



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN
PACIENTE CON ALTERACION DE LA NUTRICIÓN

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA :

VERÓNICA YANCEL CARRANZA RAMOS

NUMERO DE CUENTA: 401093759




DIRECTORA DEL TRABAJO

MTRA. MARÍA DEL PILAR SOSA ROSAS

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

MÉXICO, D. F., . OCTUBRE 2005

m.349257



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

1. Introducción	(1)
2. Justificación	(3)
3. Objetivos	(4)
4. Marco Teórico	(5)
4.1. Historia de Enfermería	(6)
4.2. Modelo de Virginia Henderson	(28)
4.3. Proceso Atención de Enfermería	(34)
5. Presentación del caso	(46)
6. Exploración física	(47)
7. Jerarquización de Diagnósticos	(49)
8. Plan de Atención de Enfermería	(50)
9. Evaluación	(77)
10. Conclusión	(78)
Bibliografía	(79)
Anexos	(80)
a. Aparato digestivo	(81)
b. Cáncer Gástrico	(89)
c. Instrumento de Valoración	(99)

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico ocupa el séptimo lugar en frecuencia y mortalidad por cáncer en el mundo. En México representa 15% de las muertes por cáncer y su tasa de supervivencia a 5 años es de sólo 20%.

Los tumores malignos que se presentan con mayor frecuencia fueron los de cuello del útero, piel, mama, próstata y estómago. En los hombres la mayor frecuencia se presentó por cáncer de piel, próstata y estómago. En cambio en las mujeres fue el cáncer cérvico uterino, mama y piel.

En las últimas décadas ha habido importantes variaciones en la epidemiología del cáncer gástrico en el ámbito mundial y en nuestro país, con una disminución significativa en su incidencia global, pero con aumento relativo de incidencia en grupos etarios definidos (mayores de 40 años) y en determinadas localizaciones cardias y unión gastroesofágica.

Desgraciadamente, a pesar de la alta incidencia que tiene esta enfermedad en nuestro país el diagnóstico sigue siendo tardío, con menos del 10% de los casos diagnosticados como cáncer incipiente, lo que explica la casi nula supervivencia a 5 años en la población general de pacientes con cáncer gástrico.

La cirugía radical sigue siendo la única opción terapéutica con intención curativa. Además, procedimientos quirúrgicos menores pueden ser importantes en la paliación de síntomas en pacientes con enfermedad más avanzada.

La incidencia de cáncer gástrico varía en forma importante en diferentes países. Es así como Japón, Chile, Costa Rica y Singapur tienen las más altas incidencias. A su vez, en nuestro país la distribución por regiones no es uniforme. Sin embargo, hay que considerar que la incidencia en nuestro país no se obtiene del registro de los casos por 100.000 habitantes, sino más bien se infiere de los egresos hospitalarios o de la mortalidad por la enfermedad.

La incidencia de cáncer gástrico en las diferentes regiones aumenta en forma progresiva con el aumento en la edad, pero en los últimos años ha habido un discreto aumento de los tumores.

El riesgo es mayor en los pacientes de estratos socioeconómicos bajos, sexo masculino, raza negra y puede aumentar discretamente en parientes de primer grado de pacientes con cáncer gástrico.

La ingestión de nitratos como fertilizantes usados en las tierras cultivadas o en alimentos salados o ahumados aumentarían el riesgo de cáncer gástrico.

Exposiciones ocupacionales como mineros, trabajadores de la industria metalúrgica, en gomas o expuestos a asbesto y aserrín también pueden tener un riesgo mayor.

Otras asociaciones con mayor riesgo de cáncer gástrico lo constituyen antecedentes familiares de esta enfermedad, el *Helicobacter Pylori*, los adenomas gástricos, el grupo sanguíneo A, la anemia perniciosa, gastritis atrófica y los pacientes sometidos a una gastrectomía por lo menos 15 años antes.

El presente trabajo es de un paciente con Diagnóstico médico de Cáncer Gástrico y un Diagnóstico de Enfermería aplicado a un paciente con alteración de la nutrición el cual se desglosa a través de los pasos del Proceso Atención de Enfermería

2. JUSTIFICACIÓN

El estudio y la preparación para el ejercicio del quehacer propio de la enfermería, exigen el conocimiento de los elementos que fundamentaron la concepción original de la profesión y su posterior evolución, atendiendo a la circunstancia socio cultural que determina la dinámica del Proceso Atención de Enfermería.

Este conocimiento contribuye a que se obtenga una visión integral de la profesión, necesaria para vislumbrar sus alcances y proyección real, situación que ayuda a consolidar sobre mayores elementos la voluntad de formarse en esta disciplina.

De otra parte, atendiendo a que la enfermería utiliza un proceso lógico y sistemático en el análisis y solución de problemas podemos decir que este método contribuye al cuidado de Enfermería.

Participando profesionalmente en las acciones de diagnóstico y tratamiento durante la estancia hospitalaria, así como promover la educación para que el paciente continúe el cuidado requerido en su casa.

3. OBJETIVO

GENERAL

- Obtener las bases para tomar decisiones respecto a las acciones y se han de emprender, estudiando primero la necesidad de la acción, lo que incluye obtener toda la información pertinente, su análisis, la síntesis de la información de todas las fuentes, la identificación de los problemas, para poder llevar a cabo acciones de enfermería.

ESPECIFICO

- Integrar los conocimientos adquiridos durante la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia para brindar los cuidados de enfermería del paciente con Cáncer Gástrico teniendo como eje central el proceso enfermero.
- Detectar a través de la valoración de necesidades, los problemas de la persona hospitalizada y formular los diagnósticos de enfermería pertinentes.
- Desarrollar progresivamente la ejecución de procedimientos generales y específicos con base en la instrumentación del proceso enfermero.
- Facilitar un proceso formativo que permita adquirir conocimientos habilidades y actitudes para poder aportar cuidados de calidad, al paciente con Cáncer Gástrico.
- Implementar las etapas del Proceso de Atención de Enfermería para la atención integral y progresiva del paciente.

MARCO TEORICO

4. MARCO TEORICO

4.1. HISTORIA DE ENFERMERIA

La historia de la profesión enfermera permite sentirse muy orgulloso de la misma. Los papeles tradicionales de la mujer como esposa, madre, hija y hermana siempre han consistido en el cuidado y la alimentación de los demás miembros de la familia. El papel tradicional de la enfermera ha sido el de proporcionar asistencia, educación, consuelo y apoyo.

En la prehistoria dentro de cada grupo había unos miembros que transmitían sus conocimientos de generación en generación. Se consideraba que la enfermedad estaba producida por espíritus que habitaban en la naturaleza (animales, rocas, plantas, fenómenos meteorológicos...) y que los poseían. Utilizaban ritos mágicos para hacer que los espíritus se fuesen. Poco a poco fueron evolucionando y apareció el Empirismo. Observando la naturaleza comprendieron que había elementos que podían ser beneficiosos en determinadas circunstancias y la magia se mezcló con los remedios naturales. Este papel estaba en manos del curandero, chaman, mago, brujo... de cada tribu.¹

De las *civilizaciones antiguas* ofrecen poca información sobre las personas encargadas de cuidar a los enfermos. Durante este tiempo, las creencias sobre las causas de las enfermedades estaban cargadas de supersticiones, magia y por eso, el tratamiento consistía a menudo en curas mágicas. Sin embargo, según estas sociedades fueron evolucionando, surgieron ideas prácticas sobre ciertas causas ajenas a la magia en las enfermedades que se observan. Se sabe que las comadronas se encargaban de cuidar a las madres y a sus hijos durante el alumbramiento, y también se sabe que las nodrizas a menudo amamantaban y cuidaban a los niños de las familias ricas. A menudo, estas tareas las desempeñaban mujeres que eran esclavas. Las enfermeras esclavas dependían del maestro, del curandero, o del sacerdote que se encargaba de instruir las y dirigir las en su trabajo. También era muy frecuente que el cuidado de los enfermos estuviera relacionado con el mantenimiento físico y el bienestar.

¹ MARTÍN García Catalina. Historia de Enfermería. ED. Harcourt Madrid España 2001 Pág. 26

La primera huella sobre las practicas de los curanderos es una tablilla de arcilla de 4000 años de antigüedad atribuida a la civilización sumeria. El primer registro sobre una ley que rige el ejercicio de la medicina es el Código de Hammurabi, atribuido a los babilonios y fechado en el año a. de C. En este código se conservan reglamentos relacionados con el saneamiento y la salud publica, el ejercicio de la cirugía, la distinción entre el ejercicio de la medicina humana, la medicina veterinaria y una tabla con los honorarios de las operaciones y con las penas para quienes violaban el código.

No hay ningún dato específico sobre la enfermería en la civilización babilónica; pero hay algunas referencias a tareas y practicas que prestaban tradicionalmente las enfermeras. La ilustración medica de este periodo suele consistir en una figura parecida a una enfermera que proporciona al paciente apoyo y bienestar. Las enfermeras son mencionadas de forma ocasional en el Antiguo Testamento como mujeres que cuidaban a los lactantes, niños, a los enfermos, moribundos, que actuaban como comadronas asistiendo a las mujeres durante el embarazo y el parto.²

En la antigua Grecia y en Roma, el cuidado de los enfermos y los heridos estaban muy avanzado tanto en la mitología como en la realidad. El dios griego Asclepio era el curandero principal: su mujer, Epione, era quien tranquilizaba a los enfermos, Higiea, que era hija de Asclepio, era la diosa de la salud y algunos la reverenciaban como la personificación de una enfermera. Después de la conquista de Grecia en el año 200 a. de C., los romanos tomaron prestados los dioses de los griegos, entre ellos a Asclepio y a Higiea.

En las culturas antiguas de África, las funciones de la enfermera eran las de comadrona, herborista, nodriza y cuidadora de niños y de ancianos. En la antigua India, los primeros hospitales estaban atendidos por enfermeras fijas que debían cumplir cuatro requisitos:

1. Conocimientos de la forma de preparar los fármacos para administrarlos
2. Inteligencia
3. Dedicación al paciente
4. pureza de cuerpo y mente

² Ibidem Pág. 30

La tradición de embalsamar los cadáveres hizo que los egipcios adquiriesen un gran conocimiento de la anatomía humana, de algunas enfermedades, de técnicas quirúrgicas y por supuesto del arte del vendaje.³

El valor cristiano de “amar al prójimo como a uno mismo” el que ha tenido un gran impacto en el desarrollo de la enfermería en Occidente. El principio de la asistencia surgió con la parábola cristiana del Buen Samaritano, que atendió a un desconocido fatigado y herido.

Entre los conversos al cristianismo durante los siglos III y IV varias matronas ricas del Imperio romano, como Marcella, Fabiola y Paula, utilizaron sus riquezas para construir casa para asistir y curar (el precedente de los hospitales) a los pobres, los enfermos y las personas sin hogar.

Las mujeres no eran las únicas que prestaban servicios de enfermería; en el siglo III, existía en Roma una organización de hombres llamada la Hermandad Parabolani. Este grupo de hombres cuida a los enfermos y a los moribundos durante la gran plaga de Alejandría. En tiempos de las Cruzadas, diversas ordenes de caballería, como los Caballeros de San Juan de Jerusalén (también llamados los caballeros hospitalarios), los Caballeros Teutónicos y los caballeros de San Lázaro, formaron compañías de hermanos de armas que prestaban cuidados a sus compañeros heridos o enfermos. Estas ordenes se encargaron de construir muchos hospitales, cuya organización y gestión sirvieron después de ejemplo para la administración de los hospitales de Europa. Con el crecimiento de la Iglesia Católica, se edificaron numerosos hospitales, y hubo muchas instituciones que se especializaron en el cuidado de los huérfanos, viudas, ancianos, pobres y enfermos.

Durante la *Edad Media* (500 – 1500 d. de C.) se fundaron ordenes religiosas masculinas y femeninas, militares y seculares, con la finalidad principal de cuidar a los enfermos. Destacaron entre ellas los antes citados Caballeros de San Juan (Caballeros Hospitalarios); la Hermandad de S. Alejo (creada en 1431); y las hermanas Agustinianas, que fue la primera orden de enfermería pura.

A finales del siglo XVI, Camilo De Lellis, santificado mas tarde por su labor de caridad cristiana, fundó una orden de enfermería para cuidar de los pobres, los enfermos,

³ *Ibidem* Pág 52

los moribundos y los que se encontraban en prisión. En 1633 San Vicente de Paul fundó en Francia la Orden de las Hermanas de la Caridad. Esta fue la primera de otras muchas ordenes al cuidado del enfermo. La Orden de la Hermanas de la Caridad envió hermanas enfermeras para que prestaran sus cuidados en el “nuevo mundo” con cuya finalidad creó hospitales en Canadá, Estados Unidos y Australia.

Los grupos de diaconisas, formados por mujeres que prestaban cuidados, tienen sus orígenes en el Imperio Romano de los siglos III y IV, pero fueron suprimidos en la Edad Media por las Iglesias Occidentales. En 1836, cuando Teodoro Fliedner volvió a crear la orden de las Diaconizas y abrió un pequeño Hospital y una escuela de prácticas en Kaiserwerth, Alemania. Florence Nightingale obtuvo su capacitación en Enfermería en la Escuela de Kaiserswerth.

La revolución intelectual de *los siglos XVIII y XIX* dio lugar a una revolución científica. La Revolución industrial desplaza a los trabajadores desde la artesanía de la granja hacia el trabajo industrial. Estos cambios se convirtieron en motivos de estrés para la salud. Aparecieron nuevas enfermedades transmitidas en las bodegas de los barcos por los roedores a los marineros que iban de polizones, las cuales atravesaron las fronteras nacionales y saltaron de un continente a otro. El hacinamiento en las labores de las fábricas, el gran número de horas de trabajo y las condiciones laborales poco saludables dieron lugar a una transmisión rápida de las enfermedades contagiosas como el cólera y la peste. La falta de cuidados prenatales, de una nutrición suficiente, y el atraso de las técnicas utilizadas en los partos originaron una elevada tasa de mortalidad materna e infantil. Muchos niños huérfanos murieron en las casas de los trabajadores debido a negligencias o crueldades.⁴

Los cuidados que necesitaban los enfermos en los hospitales o las viviendas privadas los prestaban mujeres bastante extrañas: a menudo eran prostitutas o prisioneras que tenían poco o ningún entrenamiento como enfermeras. Por esta razón, la enfermería era poco aceptada y carecía de prestigio. El único papel aceptable de enfermera era el desempeñado dentro de una orden religiosa en la que se facilitaba estos servicios formando parte de la caridad cristiana. Durante este periodo se llevan a término reformas que hacen que la asistencia a los enfermos y pobres pase de manos de la Iglesia a las de la

⁴ *Ibidem* Pág. 98

Administración del Estado. Cambia el concepto de asistencia de caridad por el de beneficencia. El Estado quita poder, posesiones y responsabilidades a la Iglesia mediante las Desamortizaciones. Esto supuso un empeoramiento de la beneficencia porque las riquezas incautadas no fueron a parar a la asistencia sino a las arcas Reales. Se crearon cementerios fuera de las poblaciones y se prohibió seguir enterrando a los muertos en las iglesias o dentro de las poblaciones.

Los hospitales todavía funcionaban como asilos para pobres, pero cada vez más, se iba extendiendo la idea de que el hospital era para atender a los enfermos, las funciones de asilo para pobres las habían de cubrir otro tipo de instituciones. Se crean orfanatos para acoger al gran número de huérfanos que había, y manicomios para los enfermos mentales, que comienzan a ser reconocidos como tales en lugar de como poseídos por espíritus o endemoniados.

Conviven dos tipos de asistencia: la religiosa, a cargo de las ordenes hospitalarias masculinas y femeninas que todavía perduran, y la seglar que cobra un sueldo por su trabajo. Aparece la figura del Practicante que actúa como un cirujano menor, y que unifica a los antiguos barberos, sangradores y cirujanos romancistas. También podían atender partos pero la mayoría de las mujeres querían ser atendidas por mujeres y preferían las comadronas. Por último, había el personal voluntario religioso laico que no cobraban nada y que servían de soporte. Queda establecido el número de camas por enfermera a atender según el grado de gravedad del enfermo.⁵

La viruela es la gran enfermedad del siglo XVIII y no tendrá una vacuna eficaz hasta 1798. Otras infecciones causaban también importantes epidemias, y la malnutrición solo hacía que empeorar la situación. La Revolución Francesa en el año 1789 marca un antes y un después en el pensamiento político y social. España, Francia, Portugal, Inglaterra y Holanda a través de las colonizaciones de los nuevos territorios se dedican a propagar epidemias por todo el mundo y producen un importante descenso, en algunos lugares desaparición total, de poblaciones nativas.

⁵ Ibidem Pág. 101

La creación en Kaiserswerth, Alemania del Instituto de Diaconizas Protestantes cambio todo esto. Asociadas a una organización religiosa, la orden de las Diaconizas hizo que se reconociera la necesidad de unos servicios prestados por mujeres para el cuidado de los enfermos, los pobres, los niños y las mujeres encarceladas. La escuela de enfermeras de Kaiserswerth enseñaban a cuidar a los enfermos hospitalizados, preparaba a las enfermeras para que hicieran visitas, les enseñaban la doctrina religiosa, la ética y la farmacia. Este movimiento de diaconizas se extendió finalmente a cuatro continentes, abarcando a Estados Unidos, África del Norte, Asia y Australia.

En la segunda mitad del siglo XIX los avances técnicos y científicos permiten cada vez intervenciones más complicadas. La medicina sé técnica y se especializa. El año 1864 se funda la Cruz Roja. Joseph Lister empieza a utilizar fenol como desinfectante quirúrgico con muy buenos resultados y de rebote su ayudante, la enfermera Caroline Hampton, utiliza por primera vez guantes quirúrgicos para proteger su piel de los efectos corrosivos del fenol. Se inventa la jeringa para poder inyectar morfina y al cabo de unos años Heinrich Dreser crea la heroína (ironías de la vida) para evitar los efectos de drogodependencia de la morfina. Pasteur hace importantes avances en microbiología y vacunas. El matrimonio Curie descubre la radioactividad.

Florence Nightingale, la alumna más famosa de Kaiserswerth, nació en una familia de intelectuales ricos. Su educación incluyó la enseñanza de diversas lenguas antiguas y modernas, literatura, filosofía, historia, ciencias, matemáticas, religión, arte y música. Se esperaba que siguiera el camino habitual de las mujeres ricas e inteligentes de la época: que se casara, que tuviera hijos y se dedicara a su hogar. Nightingale creía que “había sido llamada por Dios para ayudar a los demás y para mejorar el bienestar de la humanidad” (Schuyler 1992). Estaba decidida a convertirse en enfermera, a pesar de la oposición de su familia y del código social restrictivo que regía la vida de las jóvenes inglesas acomodadas. Visitó Kaiserswerth en 1847, y allí recibió un entrenamiento de tres meses como enfermera. En 1853 estudió en París con las Hermanas de la Caridad, después de lo cual regresó a Inglaterra para encargarse del puesto de superintendente de un hospital de caridad para institutrices enfermeras.⁶

⁶ KOZIER Bárbara et. al. Fundamentos de Enfermería. Ed. McGraw- Hill Interamericana España 2002 Pág. 7

Durante la Guerra de Crimea, los cuidados insuficientes que recibían los soldados provocaron un escándalo público. Sir Sydney Herbert, del Ministerio de la Guerra, pidió a Florence Nightingale que reclutara un contingente de enfermeras para cuidad de los enfermos y heridos en la guerra de Crimea. Nightingale y sus enfermeras transformaron los hospitales militares creando cocinas dietéticas, lavanderías, centros de recreo, salas de lectura y organizando clases para los asistentes. Mary Grant Seacole, una enfermera jamaicana, también estuvo en Crimea ayudando a las enfermeras de Nightingale a cuidar de los heridos.

Se encontró con 3.000 o 4.000 soldados heridos e ingresados en condiciones deplorables. Un índice de mortalidad de 42,7% que hizo disminuir hasta el 2,2% a base de aplicar mejoras en la calidad asistencial, tanto médica como humana de los pacientes. Se mostró como una gran administradora que con los recursos básicos organizó salas de hospitalización limpias y confortables, asistencia de enfermería adecuada, cocinas eficientes, salas de recreo y medios para distraer a los enfermos, lavandería...

Por las noches hacía rondas con una lámpara para ver el estado de los pacientes más graves y por eso siempre se la representa con una lámpara. Organizó distintos hospitales de la zona hasta que enfermó gravemente y tuvo que volver a Inglaterra en 1856. Su formación en matemáticas y estadística le permitió presentar los buenos resultados obtenidos de manera gráfica y comprensible (fue precursora en la utilización de gráficos estadísticos). Publicó un libro sobre calidad y administración hospitalaria en el ejército.

Cuando regreso a Inglaterra, Nightingale recibió unos honorarios de 4500 libras esterlinas, como gratificación de la sociedad inglesa. Mas tarde utilizo esta suma para crear la Nightingale Trining School for Nurses, que abrió sus puertas en 1860. La escuela sirvió de modelo para la creación de otros centros. En un principio tuvo la oposición de los médicos que se mostraron desconfiados pero después de ver como mejoraba la calidad de la asistencia de sus pacientes se mostraron encantados.⁷

Formó enfermeras para hospitales, domicilios y enseñanza. Devolvió a las enfermeras la profesionalidad y reconocimiento social que hacía tantos años que habían perdido. Escribió el libro "Notas sobre enfermería" (1859) que se tradujo a distintos

⁷ Ibidem Pág. 8

idiomas, y sus alumnas fueron por diversos países organizando y mejorando hospitales, y fundando escuelas de enfermería.⁸

Las personas que se graduaron allí viajaron a otros países para dirigir hospitales y crear programas de prácticas para las enfermeras. Los esfuerzos de Florence Nightingale y sus enfermeras transformaron el prestigio de la enfermería convirtiéndola en una ocupación respetable para la mujer.

Murió en Agosto de 1910 en Inglaterra.

Durante la *Guerra Civil* de Estados Unidos, surgieron algunas enfermeras que destacaron por su contribución a un país desgarrado por las luchas internas. Harriet Tubman y Sojourner Truth cuidaban y albergaban a los esclavos que escapaban hacia el norte en el Underground Railroad. La Madre Biekerdyke y Clara Barton (fundadora de la Cruz Roja estadounidense) acudían a los campos de batalla y cuidaban de los soldados heridos y los moribundos. Grandes escritores, como Walt Whitman y Louisa May Alcott, también fueron enfermeros voluntarios que cuidaron a los soldados heridos ingresados en los hospitales militares.

El final del primer decenio del siglo XVIII fue un periodo de reforma en los servicios de enfermería de Estados Unidos y Canadá. Se fundaron varias escuelas de enfermería con programas educativos organizados, y varios graduados se convirtieron en los primeros líderes de la profesión. Isabel Hampton Robb es un buen ejemplo. Siendo una joven profesora en Canadá, Robb decidió cambiar de profesión e ingreso en la Bellevue Hospital Training School en Nueva York. Después de graduarse, trabajó como enfermera en Roma durante 2 años y luego se convirtió en superintendente de la Illinois Training school a los 26 años de edad. Tres años después, viajó a Baltimore para organizar una nueva escuela asociada al Johns Hopkins Hospital.

Dos graduadas estadounidenses del Hospital de Nueva York, Lillian D. Wald y Mary Brewster, fueron las primeras en ofrecer servicios de enseñanza de enfermería a los habitantes de los barrios bajos de Nueva York. Su casa, situada en la planta superior del edificio de los pobres, es famosa ahora como centro de enfermería de la sanidad pública.

⁸ Ibidem Pág. 9

Poco después de fundarse este centro, se creó una escuela de enfermería anexa para atender las demandas domiciliarias.

Linda Richards, que se graduó en 1873 en la New England Hospital for Women and Children Training School for Nurses, en Boston es citada por muchos historiadores como la primera enfermera diplomada de Estados Unidos. Se le atribuye la reforma de la enfermería en 12 grandes hospitales, algunos de los cuales estaban especializados en las enfermedades mentales. También fue la fundadora de la primera escuela de enfermería que se creó en Japón.

El Nightingale Pledge se redactó en 1893 y fue entregado a la clase que se graduaba en la Farrand (Nurse) Training School, en Detroit, Michigan. En aquel momento, este documento reflejaba el compromiso de la enfermería con los valores éticos y morales y con los principios de la práctica de la enfermería. A pesar de que las críticas modernas atribuyen a este documento una imagen de la enfermera como subordinada al médico, sigue siendo un marco para dejar claros los valores éticos y morales y los principios que son necesarios para cuidar y promocionar las normas de la enfermería. (Calhoun 1993).⁹

EL COMPROMISO NIGHTINGALE

Me comprometo solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea a llevar una vida de pureza y a practicar fielmente mi profesión. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial y malicioso y no tomare ni administraré conscientemente ningún fármaco nocivo. Haré todo lo que este en mi mano para elevar el prestigio de mi profesión y mantendré en secreto todos los asuntos personales que me sean confiados y todas las incidencias familiares que lleguen a mi conocimiento durante el ejercicio de mi misión. Con lealtad me esforzaré en ayudar al médico en su trabajo y me consagraré al bienestar de quienes se entreguen a mis cuidados.

Después de la Primera Guerra Mundial, una pionera de la enfermería, Mary Breckinridge fundó el Frontier Nursing Service (FNS). En 1918, trabajó con el American Committee for Devastated France distribuyendo alimentos, ropas y provisiones en los pequeños pueblos de Francia y cuidando de los niños enfermos. En 1921, Breckinridge regresó a Estados Unidos con planes para cuidar a los enfermos de los pequeños pueblos de Norteamérica. En un principio se había preparado para esta labor asistiendo a clases en el

⁹ Ibidem Pág. 10

Teacher's College de Nueva York haciendo prácticas como comadronas en Londres y estableciendo importantes contactos sociales para recaudar fondos.

Desde que se inicio la organización oficial de la enfermería a fines del primer decenio del siglo XVIII hasta el final de la primera Guerra Mundial, la tendencia general fue una rápida difusión y fundación de Hospitales, con escuelas de enfermería que dependían de ellos. A su vez, los hospitales estaban subordinados a las escuelas, que se hacían cargo de las principales labores de enfermería. Durante la guerra, estas escuelas admitieron cada vez a más mujeres, y se rebajaron un poco las exigencias de la selección. En esta época, la mayoría de las escuelas había aprobado programas de 3 años, pero el día lectivo de 8 horas propuesto en un principio tardó bastante más tiempo en ser aceptado.

Hacia 1920, el sistema de formación de enfermeras en los hospitales estuvo sometido cada vez más a más críticas. Además, se estaba poniendo en duda la eficacia de tener a unas enfermeras enseñando a otras enfermeras. Por esta razón, en el Teachers College de la Universidad de Columbia, Nueva York, se ofreció un curso posbásico para preparar a las enfermeras que quisieran seguir cursos docentes. También se elaboró un programa posbásico de salud pública, en respuesta a la epidemia de gripe de la posguerra y a la reciente insistencia de la profesión médica para que se enseñaran los principios de una vida saludable a los individuos, las familias y los grupos de población.¹⁰

A principios de los años 20, el Rockefeller Survey recomendaba que las escuelas de enfermería fueran independientes de los hospitales y tuvieran nivel universitario. Como consecuencia, se establecieron dos escuelas universitarias de enfermería, una en la Universidad de Yale, en New Haven, y otra en Western Reserve University. La finalidad de estas escuelas experimentales era probar la viabilidad de organizar las enseñanzas teóricas y las prácticas en las salas del Hospital de acuerdo con las necesidades educativas de los estudiantes. Estas escuelas insistieron en el bienestar social y en los aspectos sanitarios de la enfermería y demostraron el valor de las normas de la universidad en el campo de la enfermería. Durante este periodo, surgió el concepto de especialista en enfermería clínica. En los primeros decenios del siglo XX, los hospitales comenzaron a separar a los pacientes de acuerdo con sus procesos patológicos. Las enfermeras tuvieron que adquirir

¹⁰ *Ibidem* Pág. 11

conocimientos para cuidar determinadas clases de pacientes. Estas nuevas funciones de las enfermeras se llamaron funciones ampliadas. A comienzos de los años 40, se creyó que había que insistir más en las especialidades clínicas y en los planes de estudios actualizados de los profesionales en las escuelas y las universidades. Los planes de estudio más avanzados de la enfermería preparaban a especialistas en la administración de escuelas de enfermería, en la enseñanza y en la supervisión de la salud pública y administración de los hospitales, pero no hacían hincapié en las especialidades clínicas. Estas especialidades comenzaron a cobrar importancia en la sociedad de la posguerra, tras la Segunda Guerra Mundial. A las enfermeras que regresaban a su país de origen se les pidió que trabajaran en áreas clínicas con las que no estaban familiarizadas. Una de estas áreas era la enfermería psiquiátrica, que ayudaba a las personas a readaptarse a la vida civil. En 1946, la mayoría de los programas de enfermería de Estados Unidos tenían más contenido clínico. En el año 1952 se crea el título de Auxiliar Técnico Sanitario que unifica los planes de estudio de practicantes, comadronas y enfermeras por primera vez, y empieza a dar consistencia al trabajo de las enfermeras hasta llegar al año 1977 en que se crea el título de Diplomado en Enfermería que permite que las enfermeras tengan una formación universitaria.

Hoy en día, la enfermera especialista en clínica está graduada en un programa de master o de doctorado en enfermería con una especialización en enfermería clínica. Estas enfermeras son responsables de aumentar sus propios conocimientos clínicos y su competencia, y también deben mejorar la calidad de los cuidados que imparten y la calidad del aprendizaje y la investigación.

Desde sus orígenes hasta la actualidad, la enfermería ha sufrido cambios en todas sus áreas. Se han realizado grandes avances en los programas de educación de enfermería y en muchos servicios hospitalarios y comunitarios de enfermería. Con todos estos cambios, la enfermería ha seguido prestando un servicio estable para ayudar a las personas. Las enfermeras también han formado parte de los mayores cambios ocurridos en la sociedad que han influido en la enfermería. Las líderes de la enfermería del siglo XX han participado activamente en el derecho de sufragio y en los derechos civiles de la mujer, así como en los movimientos de reforma de la asistencia sanitaria.¹¹

¹¹ Ibidem Pág. 12

HISTORIA DE ENFERMERIA EN MÉXICO

Primera Época

En esta primera época que llamaremos Prehistórica, abarca del año 10,000 Antes de Cristo hasta el año 3,000 Antes de Cristo, o sea, un periodo de 7,000 años en los que vivió en México el hombre prehistórico, según los restos humanos encontrados en Tepexpan. Como es lógico suponer, no se tienen datos respecto a que en esta época se hayan desarrollado actividades de enfermería, pues hay que recordar que en esos años el hombre primitivo andaba y actuaba solo, comiendo y viviendo donde podía, siendo de los que hemos denominado Errantes.

Segunda Época

A esta época se le llama Arcaica o Preclásica y esta comprendida del año 3,000 en que termina la anterior. Hubo gran desarrollo de artes, en esta época encontramos muy adelantado el modelado de figuras de arcilla y tallado de la jadeita, se cree que fue cuando floreció lo que se ha llamado complejo Olmeca, Civilización Olmeca, o edad Olmeca y lo más probable es que en esos años, la enfermería solo se desarrollara como Enfermería Militar en tiempos de luchas o combates entre pobladores de entonces, o bien, como rudimentos de Enfermería entre familiares principalmente.¹²

Tercera Época

También se le llama clásica se cuenta desde el año 1,000 Antes de Cristo en que termina la anterior hasta el año 600 Después de Cristo o sea, un periodo de 1,600 años en que vemos un florecimiento de la cultura Teotihuacana y los centros de Monte Alban, así como los maravillosos de Tajín y Palenque, monumentos y magníficas pirámides y las Ciencias principalmente Matemáticas y la Astronomía. Estos son los consabidos tiempos del Viejo Imperio Maya del que se cree que a fines de esta época tuvo un asma social, que degeneró en guerras de exterminio, quedando poca o ninguna raza Maya. No se tienen datos de Enfermería de este tiempo estaban o se desarrollaban en las mismas condiciones que en la época anterior.

¹² BRAVO Peña Federico Historia de Enfermería. Ed. Harcourt México 1990 Pág. 73

Cuarta Época

Esta época también tiene el nombre de Histórica o Moderna y esta comprendida del año 600 después de cristo a la fecha o sea el año actual y para su estudio se divide en 4 periodos que son:

- 1° Precortesiano de 600 años DC hasta la Conquista.
- 2° Colonial, comprendido desde la Conquista hasta 1810.
- 3° Independiente, de 1810 hasta 1905.
- 4° Actual o Contemporáneo de 1905 a la fecha.

Periodo Precortesiano

Empieza en el siglo VII y termina con la Conquista Española. La Enfermería propiamente en este periodo puede decirse que se concretaba al traslado y cuidados inmediatos de los heridos en combate, ya fuera entre unos pueblos y otros, o entre Indios y los Españoles por lo cual podemos decir que había Enfermería Militar.

Cuando los Españoles llegaron en plan de conquista, tuvieron que confesar que la Medicina entre los Aztecas estaba muy adelantada, y dice Sahagun, “el Médico suele curar y aliviar enfermedades, el bueno es entendido en las propiedades de las hierbas, de las piedras, de los árboles y sus raices; es experimentado en curar, sabiendo también concretar los huesos, purgar, sangrar, sajar, dar puntos y librar de la muerte al enfermo. El mal médico es burlador, no es hábil y en lugar de sanar, empeora a los pacientes con los brebajes que les da, y algunas veces usa hechicería y superstición, simulando que hace buenas curas”.¹³

La Medicina en tiempos de Moctezuma había alcanzado gran desarrollo, pues tenia hasta hospital para curar enfermos, uno de los cuales era el de Tulhuacan, en Tenochtitlán del que se ha referido que estaba dedicado a los veteranos inválidos de la guerra en su farmacopea para curación de enfermedades, eran conocidas miles de plantas medicinales.

Los Aztecas tenían su Dios de la Medicina representando por uno de sus ídolos al cual llamaban: TZAPOTLATEAU. Así mismo a la mujer que cuidaba enfermos entre los Aztecas, se denominaba TICITL, pero hay que aclarar que no era divinidad, ni el nombre

¹³ Ibidem Pág. 74

derivaba de algún oficio especial, sino que más bien era consecuencia de que la enseñanza de la medicina impartida por los sacerdotes, era llamada TICIOTL; al Médico Internista se le nombraba TLAMA-TEPATLI-TICITL al que se le consideraba cirujano solamente se le llamaba TEXOTLATICITL y a la comadrona se le denominaba TLAMATQUITICITL.

Pudo haber Ticittls hábiles, inteligentes de mediana habilidad o torpes, pero como era trabajo que estaba considerado como propio de esclavos o de sirvientes, nadie se preocupó por darle mayor impulso o bien exigir la mejora categórica.

Las parteras, las cuales se dedicaban exclusivamente en atender los partos y para poder trabajar en esto, se adiestraban con otras parteras más antiguas, quienes las instruían para que supieran dar consejos anticipados para prepararse. Sabían atender tanto el embarazo como el parto y el puerperio; acostumbraban llevar a las embarazadas a los Temascales, para que sudando se desembarazaran de los malos humores. La partera actuaba también como enfermera pero como partera si recibía cierta educación, debido a que le enseñaban el oficio y la entrenaban sus ascendientes (madre, abuela) que habían ejercido como TLAMATQUITICITL¹⁴

Acostumbraban a dar consejos a las embarazadas en cuanto determinaban que ya debían estar bajo sus cuidados a las cuales recomendaban:

1. Que no se calentase mucho en el fuego, ni al sol para que no se tostase la criatura.
2. Que no se durmiera en el día, para que no naciera deforme de la cara.
3. No masticar chicle negro, porque podría enfermarse de endurecimiento del paladar y engrosamiento de las encías.
4. Que no tuvieran disgustos, ni preocupaciones fuertes, que se le evitaran porque podía abortar.
5. Ordenaba a la familia y especialmente al esposo, que se le diera todo lo que se le antojara, para no ocasionar al producto grave daño.
6. Prohibía a la embarazada ver todo lo que tuviera color rojo, porque esta era la causa de que el producto naciera de lado.
7. No debería comer tierra porque daría a la criatura algún defecto corporal.
8. Aconsejaba a la gestante que en los primeros meses del embarazo, cohabitara con su marido moderadamente sin dejar de ejercer tal función, por que faltando del todo, la

¹⁴ Ibidem Pág. 77

criatura nacería enferma y de poca fuerza. Cercano el tiempo del parto prohibían todo contacto sexual para dar facilidad al parto y decía que para que el feto no se diera cuenta del acto y después lo narrara.

Recomendaba una buena alimentación, reposo físico y moral, moderación en el trabajo manual, sobre todo en los tres últimos meses, que era la época en que la embarazada corría a cargo de la partera.

Además administraba a la futura madre, cierto número de baños de vapor en el Temascal, durante el baño, la partera palpaba el vientre para detectar, y en su caso corregir la posición del feto. Al acercarse la época de dar a luz y con anticipación de 4 ó 5 días, la partera se iba a vivir a casa de la embarazada, con el objeto de prepararla y servirle los alimentos, hechos por ella, a sus horas y con regularidad.¹⁵

Al regularizarse los dolores (periodo de dilatación) le daban un baño y oportunamente le hacían beber la raíz molida en agua, de una planta llamada Chihuapatli, que gozaba de la propiedad de empujar al feto hacia fuera.

El cordón umbilical era cortado con las uñas o con un pedazo de obsidiana o de otate, nunca con instrumento de metal, porque decía que el metal es frío y le hacía daño al niño.

Mientras la placenta no era expulsada se ataba el cordón al muslo de la paciente, para que no se subiera e hiciera difícil la expulsión; pero una vez expulsada, se enterraba profundamente como si fuera el mismo feto, porque decían que era una parte del cuerpo de aquel individuo.

Periodo Colonial

Se establecieron varios hospitales y el primero fue el llamado de la limpia Concepción, fundado por el propio Hernán Cortes, en el año 1524, hospital que aun existe a la fecha se llama Hospital de Jesús Nazareno.

Fray Pedro de Gante fundó en 1529, el Hospital Real de los Naturales, dedicado exclusivamente a los indígenas. En el año 1531 fue fundado el Hospital de Santa Fe, cerca de Tacubaya por Vasco de Quiroga, habiéndose organizado en este Hospital una casa de Cuna que no prospero.

¹⁵ *Ibidem* Pág. 78

Hospital del Amor de Dios, fundado el año de 1536 por el primer obispo de México: Fray Juan de Zumarraga. En el año de 1567 fue fundado el Hospital de San Hipólito, por Bernardino Álvarez y fue dedicado a los enfermos dementes, siendo el primero que se fundo para esta clase de padecimientos en América.

El Hospital de San Lázaro fue fundado por el Dr. Pedro López en el año 1571, siendo dedicado a los leprosos; algún tiempo después (1582) este mismo Doctor fundo el Hospital de San Juan de Dios o de la Epifanía que después se llamo Hospital Morelos y últimamente se denomina “Jesús Alemán Pérez”; Este Hospital esta dedicado a las enfermedades de la mujer, es mejor conocido como el “Hospital de la Mujer”.

Durante este periodo colonial se fundaron de dos a tres hospitales en cada estado, casi todos manejados por religiosos que sin preparación alguna se dedicaban a cuidar enfermos, aunque también prestaban servicios en Hospitales algunas mujeres no religiosas.

El colegio de Santa Cruz, fue fundado en el año 1536, en Santiago Tlatelolco; en él aprendieron los indios la lectura, escritura, latín, filosofía, música y medicina.

La enfermería durante muchos años fue ejercida empíricamente por religiosas y frailes muy caritativos y abnegados la mayoría, pero sin conocimientos técnicos al respecto. Algunos misioneros de los que vinieron trayendo la idea de evangelizar a nuestros aborígenes entre los que sobresalieron Fray Pedro de Gante y Motolinia, fundaron Hospitales y Orfanatos donde enseñaban tanto a leer como a trabajar en diversos oficios, de paso curaban a los enfermos aunque no eran médicos, pero lo hacían por amor a la Humanidad y a Jesucristo.

El Protomedicato era un cuerpo formado por un grupo de médicos que esta integrado por los primeros médicos a los que se les avía autorizado para ejercer la medicina. Este cuerpo médico comisionó al Dr. Pedro Rendón, que por cierto era uno de sus miembros, para llevar a cabo un recorrido de inspección por todos aquellos lugares en donde había enfermos ya fueran hospitales, conventos, orfanatos, cárceles, etc.¹⁶

¹⁶ Ibidem Pág. 82

El convenio de la Santísima Concepción en donde el Dr. Rendón encontró un grupo de religiosas que atendían a enfermos, ese lugar reunía las mejores condiciones de responsabilidad, abnegación, habilidad, amor al necesitado y organizan en las tareas de curar y atender al enfermo y fue entonces cuando las autoridades aceptaron que las monjas desempeñaran labores de enfermería en los hospitales.

En 1579 cuando se empezó la enseñanza de la Medicina y hasta 1620 se iniciaron las clases de anatomía y de cirugía; la enseñanza era puramente verbal, sin que hubiera practica de enfermos, pues existía la orden de que un día de cada mes se estudiara anatomía en el esqueleto; en 1643 se empezaron a hacer disecciones regularizadas para enseñar a los estudiantes.

Periodo Independiente

Empezó a mediados de Septiembre de 1810 y se extiende hasta 1905 es la fecha en que se inicia el desarrollo de los estudios organizados de enfermería en México. Desde el principio de este periodo llamado independiente el país quedo en muy malas condiciones económicas y sin poder organizarse firmemente en un mando único, teniendo que soportar además una epidemia de Cólera (por el año de 1833) a consecuencia de la cual murieron 21,800 personas.

No teniendo el País con que pagar adeudos que tenia con Inglaterra, Francia y España estos gobiernos hacían gestiones para que se les pagara lo que se les debía; pero como el gobierno mexicano de entonces no tenia con que pagar, Inglaterra y España aceptaron una prorroga de plazo para el pago pero Francia no aceptó y esto dio motivo a enviar un Ejército con el objeto de hacerse pagar por la fuerza en suelo Mexicano; Este gobierno estaba representado por el emperador Maximiliano de Habsburgo el cual vino acompañado por su esposa, La emperatriz Carlota, la cual era una dama bondadosa, fundo la llamada casa u Hospital de Maternidad e infancia en ese hospital se dieron los primeros pasos en la profesión de enfermera, y fue de allí que surgieron las primeras enfermeras graduadas en México.¹⁷

En el año de 1933 el Dr. Valentín Gómez Farias en funciones del Presidente formulo un Decreto creando los establecimientos de Ciencias, uno de los cuales era de

¹⁷ Ibidem Pág. 83

Ciencias Medicas que empezó a funcionar en el antiguo convento de Betlehemitas teniendo como primer profesor de Obstetricia al Dr. Pedro del Villar.

HOSPITAL JUÁREZ

El año de 1847 las fuerzas militares americanas invadieron la Republica Mexicana y como eran muy poderosas por su número y por los amplios recursos económicos, llegaron hasta las puertas de la capital y nuestras autoridades se vieron obligadas a buscar los medios de atención a los heridos; con tal motivo y dada la urgencia del caso, el Lic. José Urbano Fonseca, se empeñó en su calidad de miembro y comisionado para los asuntos de Hospitales, le fue entregado el antiguo colegio de Agustinos de San Pablo. Enseguida el Lic. Fonseca logró que un grupo de Hermanas de la Caridad, a cuya cabeza estaba la madre Micaela Ayanz, se hicieran cargo de los heridos y llegó al Hospital de San Pablo en calidad de Superiora.

Sor Micaela Ayanz nació en el año de 1818 en un pueblo llamado Soria de Barca, provincia de Navarra (España) fue escogida por su congregación para propagar la obra de San Vicente de Paúl en México, a donde llegó muy joven procedente de su tierra natal. Llegó a México junto con otras hermanas habiéndoseles destinado a quehaceres de cocina en el Hospital de San Juan de Dios.

Por iniciativa de Sor Micaela se formó una junta de vecinos que conseguiría ropa y alimentos para los numerosos hambrientos que por la miseria pública se aglutinaban en el hospital.

A la muerte del presidente de la republica, Don Benito Juárez acaecido el 18 de julio 1872, el ayuntamiento de ese tiempo en una reunión que tuvo aprobó el nombre del Hospital de San Pablo por Hospital Juárez. El día 4 de diciembre, el entonces presidente de la Republica don Sebastián Lerdo de Tejada, expide un decreto, derivado de las leyes de reforma que regían al país, en el cual se exigía la salida de todas las religiosas de territorio nacional por tal motivo la esclarecida madre fundadora del Hospital de San Pablo tuvo que salir del país abandonando su querido hospital; la hermana Micaela Ayanz, muere el 19 de abril de 1878.¹⁸

¹⁸ Ibidem Pág. 86

Periodo Moderno

Empieza en el año 1905, ya que en ese año fue la inauguración del hospital general de la ciudad de México, en el cual se empezó a organizar formalmente la enseñanza de la enfermería en México, de una forma firme y decidida, con las bases suficientes para llenar los aspectos indispensables en la enseñanza con esto se empezó a lograr ya desde entonces un cambio en la estimación de la enfermera para poder tomarla en consideración como una profesional preparada, con estudios teóricos y una práctica dirigida de tal manera que le permitiera ser una verdadera ayudante científica de los médicos.

Los primeros años de este siglo el Dr. Eduardo Liceaga tuvo necesidad de hacer un viaje a Europa, para hacer estudios referentes a la construcción de Hospitales y Escuelas de Enfermería. En su viaje se documentó en lo referente a hospitales y volvió a México con la idea de que los Hospitales y Escuelas fueran semejantes a los europeos; trajo consigo el proyecto de que se construyeran lejos de la ciudad, en terreno suficientemente amplio para varios pabellones, con el fin de separar hombres mujeres y niños. Aparte de esto destinar varios pabellones a diversas ramas de medicina, Cirugía y Obstetricia.

Se formó una comisión, acordándose que el terreno más apropiado para la construcción era el que había en las cercanías del entonces pueblo de la Piedad y ahí se llevó a la práctica el proyecto del Dr. Liceaga.

El Hospital general de la ciudad de México fue y es, una magnífica obra, se construyó para la educación de los futuros médicos y enfermeras. Ha habido necesidad a través de los años de hacerle algunas modificaciones, para estar al día de la medicina. En lo que respecta a Escuelas de Enfermería, el Dr. Liceaga había observado el funcionamiento de algunas en Europa y venía decidido a que se establecieran en México escuelas de enfermería.¹⁹

El Dr. Eduardo Liceaga empezó haciendo por medio de la prensa, en la que invitaba a la Mujer de México para recibir instrucción en el Hospital de Maternidad e Infancia con el fin de prepararse para ser las enfermeras del nuevo hospital que pronto iba a ser puesto al servicio del público. Los requisitos eran haber cursado la escuela primaria, tener buena salud, tener alrededor de 20 años de edad, y contar con una constancia de buena conducta.

¹⁹ Ibidem Pág. 92

En el año de 1903 se abrieron las inscripciones para las futuras enfermeras y así se tuvo el primer grupo de 20 señoritas y algunas señoras. Este grupo sólo recibió algunas lecciones teóricas de cómo tomar el pulso, apreciar la temperatura, como usar el termómetro y hacer curaciones; asimismo de cómo preparar una consulta externa. El Dr. Rafael Sousa era encargado de la consulta externa y fue el primer maestro que tuvieron las alumnas que aspiraban a ser enfermeras.

En 1904, se determinó que pasara el grupo al Hospital de San Andrés, con esto se inició ya en firme la enseñanza de las enfermeras porque pasaban de la teoría a la práctica, con el fin de que aprendieran a manejar las salas de un Hospital.

Para manejar al grupo de enfermeras, el Dr. Liceaga logró que vinieran de Europa dos enfermeras alemanas, una de nombre MAUDE DATO que fungía como Jefe de Enfermeras. La otra enfermera alemana que vino de Europa fue GERTRUDIS FRIEDRICH que fungía como Subjefe de enfermeras; cuando estas enfermeras regresaron a su país, sus lugares fueron ocupados por dos enfermeras americanas llamadas MARY CLUOD y ANNA HAMBURI.²⁰

Como el trabajo era excesivo, decidieron las autoridades del Hospital aumentar el personal de enfermeras para poder cubrir los servicios. A este nuevo grupo de ingreso se le estuvieron dando cátedras preparatorias de Anatomía, Fisiología e Higiene, teóricas de curaciones y cuidados a los enfermos. Estas prácticas duraron los 2 primeros años, hasta que el director de acuerdo con la beneficencia pública, inauguró formalmente la primera escuela de Enfermeras de México, el año de 1907 con su reglamento respectivo, en el que se decía constar que la carrera tendría básicamente los estudios siguientes:

1er Año.- Anatomía, Fisiología y Curaciones

2º Año.- Higiene y curaciones en general

3er Año.- Farmacia y cuidados de toda clase de enfermos

Había tres grados en la carrera de Enfermera Hospitalaria: Aspirante, que era la que se iniciaba; Enfermera Segunda era considerada la que había recibido alguna educación en

²⁰ Ibidem Pág. 93

la escuela; la Enfermera Primera que ya estaba capacitada por sus estudios, dedicación y habilidades para llevar con éxito el servicio y responsabilidad.

En los años 1910 y 1911 ya la mayoría tenían su diploma, y siendo graduadas pidieron que una de ellas ocupara el puesto de Jefe de Enfermeras, y la primera fue la señorita Eulalia Ruiz Sandoval quien fue la primera y una de las más competentes enfermeras mexicanas graduadas.

Esta escuela de enfermería y su alumnado, pasaron a formar parte de la Facultad de Medicina, cuando se reabrió la Universidad por disposición del licenciado Don Justo Sierra, aunque el alumnado seguía recibiendo clases en el Hospital General; es en ese entonces que se genera el principio de la ENEO-UNAM.

MAMA CUCA

En la Revolución Mexicana se formo accidentalmente una enfermera, buscando el pan de sus hijos, se llamaba REFUGIO ESTEVES REYES quien se quedo sola para cuidar y velar por sus hijos a la edad de 25 años, fue en la ciudad de Guadalajara donde empezó a trabajar como costurera en un hospital pues no tenia otra manera de lograr el bienestar de sus hijos, ahí conoció a un General que la llevo a trabajar al hospital, un hecho significativo de su personalidad es que trabajo en una ocasión durante tres días consecutivos.

En el año de 1914 los Carrancistas la sacaron del hospital y se la llevaron con ellos en calidad de enfermera para que los cuidara en el campo de batalla y en ese tiempo fue cuando le pusieron el nombre de LA MADRE CUCA o MAMA CUCA. Se sabe que presto grandes servicios en todas las campañas en las que anduvo, no demostrando el menor temor a las balas. En el año de 1915 en Chihuahua recibió un balazo que la inutilizo, temporalmente pero sin que le extrajeran la bala volvió al servicio. Tiempo después, cuando vivía en la ciudad, se puso con gran empeño a estudiar enfermería, logrando conseguir su graduación como enfermera técnica. El congreso de la nación le otorgo una medalla de honor por sus meritos, después solicito su retiro del ejercito.

Falleció el 2 de Diciembre de 1956; fue la primera enfermera Militar en México y alcanzó el Grado de Teniente Coronel.²¹

²¹ Ibidem Pág. 100

ENEO – UNAM

En 1910 se celebró la reapertura de la Universidad Nacional de México.

En el año de 1933 se verificó el primer congreso de Enfermería del cual surgió la idea de que las enfermeras hicieran previamente estudios de secundaria y ello originó que la inscripción del año de 1935 ya fuera requisito indispensable.

Cuando estaba dirigiendo el Hospital Juárez, el Dr. José Castro convocó a la primera Asamblea de Cirujanos, que se llevó a cabo en el año de 1936 y al repetirse a los dos años una nueva asamblea, se creó entonces la primera convención de enfermería y en ella se propuso que el día de la enfermera fuera el 6 de Enero de cada año, en lugar de Diciembre que era anteriormente. Después se consiguió la autonomía de la Escuela de Enfermería, la cual se separó de la facultad de Medicina cuando la Doctora Leija tomó posesión de la Dirección de la Escuela de Enfermeras.

La Secretaría de Salubridad llamó a la Doctora Emilia Leija Paz para organizar el servicio de Enfermería Rural; ella redactó los programas y preparó al personal para ese servicio.

Tuvo la oportunidad de formar parte de un importante Seminario llamado “Seminario de Zimapán” debido a que se realizó en la Ciudad de Zimapán del Estado de Hidalgo; este seminario fue organizado por la oficina Sanitaria Panamericana juntamente con el Gobierno de México y fue muy importante por que tuvo un temario muy amplio e interesante, sobre los estudios de Enfermería en la América Latina, con el objeto de ver y hacer, la modificación apropiadas y convenientes a los planes de estudio y programas de enseñanza vigentes en esa época.

El paso a la luz, ser considerado como una promesa libre y jurada que hace el alumno a sus semejantes representando su entrega y servicio a la profesión. Respecto al uniforme, hay que decir que significa el conjunto de cualidades que tienen estas profesiones enfocadas a dar a entender que posee disciplina y una esmerada atención limpia hacia sus semejantes, tanto del alma como del cuerpo.²²

²² *Ibidem* Pág. 102

4.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible "

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización. ²³

Necesidad: es todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º . - Necesidad de Oxigenación
- 2º . - Necesidad de Nutrición e Hidratación
- 3º . - Necesidad de Eliminación
- 4º . - Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
- 5º . - Necesidad de Descanso y sueño
- 6º . - Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
- 7º . - Necesidad de termorregulación
- 8º . - Necesidad de higiene y protección de la piel
- 9º . - Necesidad de evitar peligros
- 10º . - Necesidad de comunicarse

²³ MARRINER Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, Ed. Harcourt Brace Madrid España 1999 Pág. 99

- 11° . - Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- 12° . - Necesidad de Trabajar y realizarse
- 13° . - Necesidad de Jugar / participar en actividades recreativas
- 14° . - Necesidad de Aprendizaje

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

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

Virginia Henderson, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Independencia: la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación

Dependencia: la ausencia de actividades llevada a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos. ²⁴

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

²⁴ *Ibidem* Pág. 100

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

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

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.²⁵

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

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona a satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. FALTA DE FUERZA: interpretamos por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual.
2. FALTA DE CONOCIMIENTO: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. FALTA DE VOLUNTAD: entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

²⁵ Ibidem Pág. 101

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

Virginia Henderson no cito directamente cuales eran los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería pero estos era los que incluía en su teoría:

- *Persona* : Un ser integral completo e independiente que tiene 14 necesidades fundamentales. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- *Entorno*: El conjunto de las condiciones y factores externos que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.
- *Salud* : La calidad de la salud, más que la vida en si misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.
- *Enfermería*: la función específica de la enfermera es ayudar a los individuos enfermos, o sanos a llevar acabo las actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación, o a una muerte en paz, actividades que los individuos podrían realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. También han de hacerlo de tal manera que ayuden a los individuos a ser independientes lo mas rápidamente posible.²⁶

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que llevan a cabo la enfermería en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Henderson..... este es el aspecto de su trabajo de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación...

²⁶ Ibidem Pág. 105

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos porque todos tenemos necesidades comunes: sin embargo varían constantemente por que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella... en la planificación y ejecución de un programa global ya sea para el mejoramiento de la salud el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.

Con relación al paciente Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que primordialmente su misión consiste en asistir a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo. El paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.²⁷

APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El Modelo de henderson como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1. En la etapa de valoración y diagnóstico sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis del mismo. En esta etapa se determina:
 - El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades
 - Las causas de la dificultad de tal satisfacción

²⁷ Ibidem Pág. 106

- La interrelación de unas necesidades con otras
 - La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas
2. En las etapas de planificación y ejecución sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas en la elección del modo de intervención mas adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención mas adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiaran la etapa de ejecución.
 3. Finalmente en la etapa de evaluación el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles independientes mantenidos y alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados ya que nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades lo mas rápidamente posible. ²⁸

²⁸ Ibidem Pág. 107

4.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Un **proceso** es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular. **El proceso de la enfermería** es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería.

Su finalidad es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas y llevar acabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades. 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. Compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el Proceso 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.²⁹

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- **Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

²⁹ KOZIER Bárbara et al. Fundamentos de Enfermería Ed. McGraw – Hill Interamericana 5ª ED. España 2002 Pág. 91

- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Los objetivos

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

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

Las ventajas:

El proceso de enfermería beneficia a los clientes mejorando la calidad de los cuidados que reciben. Un alto nivel de participación del cliente, junto a una evaluación continua, asegura el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigido a satisfacer las necesidades del cliente. Debido a que el proceso de enfermería proporciona unos métodos organizados y sistemáticos, las enfermeras pueden emplear el tiempo y los recursos con eficiencia, en beneficio propio y de sus clientes.³⁰

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

³⁰ Ibidem Pág. 95

- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

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.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:³¹

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

Tipos de datos a recolectar:

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

³¹ Ibidem Pág. 96

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).³²
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

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

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera / paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar un análisis específico a lo largo de la valoración.

³² Ibidem Pág. 97

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

B) Observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) Exploración física:

Se centra en: determinar con profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.³³

³³ Ibidem Pág. 102

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

Las diferentes formas de abordar un examen físico: Cefalocaudal, por sistemas / aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- **Cefalocaudal:** Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- **Por sistemas corporales o aparatos,** nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- **Por patrones funcionales de salud,** permite la recogida ordenada para centramos en áreas funcionales concretas.³⁴

³⁴ *Ibidem* Pág. 103

D) Expediente clínico

Es un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud debe hacer registros, anotaciones y certificaciones del paciente correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones reglamentarias.

Este instrumento de trabajo es normado por la secretaria de Salud, organismo oficial que tiende a sistematizar, homogeneizar y actualizar su manejo con principios científicos y éticos.

Sus propósitos son:

- Proporcionar información sobre hechos, cifras y observaciones sobre el paciente a otros integrantes del equipo de salud.
- Facilitar la evaluación del desempeño diario de cada integrante, en relación con la atención del paciente.
- Ofrecer información permanente para la investigación médica, administrativa y jurídica.

La información y registros de sucesos y atención, aseguran la continuidad y calidad del proceso de enfermería en los diferentes turnos para que los integrantes del equipo de salud los conozcan con detalle y los consideran en la atención interdisciplinaria que debe presentarse al paciente.

La practica de la información y registros en forma completa y precisa, es esencial para proteger tanto al paciente como al mismo personal de enfermería.

DIAGNÓSTICO:

Es la segunda etapa del proceso, las enfermeras utilizan habilidades de pensamiento critico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente. Diagnostico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/ procesos vitales o potenciales. Proporcionar la base para seleccionar las intervenciones enfermeras. ³⁵

³⁵ Ibidem Pág. 116

Los diagnósticos de enfermería guardan relación con las funciones independientes, es decir, con las áreas de asistencia sanitaria que son exclusivas de la enfermería y están bien diferenciadas de la práctica médica. Con respecto a los diagnósticos médicos, las enfermeras están obligadas a llevar a cabo los tratamientos prescritos por los médicos, es decir, las funciones dependientes.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.³⁶
- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función

³⁶ Ibidem Pág. 117

actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

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.

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:

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

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

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto. ³⁷

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

³⁷ Ibidem Pág. 129

- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

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

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones localizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.³⁸

Tipo de actividades de enfermería:

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- Independientes: Son actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

La enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades,

³⁸ Ibidem Pág. 140

- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente / cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería / problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

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.³⁹

- 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

³⁹ Ibidem Pág. 162

enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

EVALUACIÓN :

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

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.⁴⁰

El proceso de evaluación consta de dos partes

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

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

La evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente / cliente.
- Con relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

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.

⁴⁰ Ibidem Pág. 173

5. PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata del Señor Efrén que tiene 63 años de edad, soltero, ocupación sacerdote, con un Diagnostico Médico de Cáncer Gástrico.

Antecedentes, heredo familiares por parte de su papá de Cáncer de Esófago

Antecedentes personales patológicos apendicectomía en 1960, hemorroidectomía 1985, niega transfusiones, Diabetes Mellitus, alergias ha algún medicamento.

Padecimiento actual inicia hace un año con dispepsia, recibiendo tratamiento medico y presentando mejoría. Hace una semana presenta nauseas y vomito gastrobiliar por lo que se realiza endoscopia en agosto del 200 presentando así dicho diagnostico.

Realizándole después una Gastrectomía total.

6. EXPLORACIÓN FÍSICA

La piel se encuentra con palidez generalizado y cabello opaco escaso

Cráneo = Normocefálico y simétrico con prominencia frontal parietal y occipital; ausencia de nódulos. Fracciones simétricas con alopecia. Simetría de movimientos faciales.

Ojos = Cejas alineadas de forma simétrica, distribución equitativa, los párpados cierran simétricamente esclerótica y conjuntiva pálida. Cornea transparente, pupilas color negro, igual tamaño, redondas, se contrae con la luz.

Oídos = Tienen el mismo color que la piel de la cara, simétricos, pabellones auriculares móvil, firme y sin dolor. No hay dificultad para escuchar.

Nariz = Simétrica y recta, color uniforme, sin secreción, con dolor por la sonda nasoyeyunal con lesión y enrojecimiento.

Boca = Palidez con inflamación, con 32 dientes encía rosada de textura firme sin retracción de las encías. Lengua se mueve libremente, sin dolor, base de la lengua con leve inflamación mismo color que la mucosa bucal y el suelo de la boca, paladar blando, liso.

Cuello = Simétrico, cilíndrico, coordinado, movimientos suaves sin molestias. Ganglios cervicales masas pequeñas y se mueven libremente. Traquea en línea media del cuello.

Tórax = Simétrico, durante la respiración se mueve sin deterioro. No hay abultamiento, ni retracción de los espacios intercostales. No hay hipersensibilidad a la palpación, el movimiento del tórax es simétrico y sin retraso ni deterioro. Durante la percusión hay resonancia en áreas simétricas del pulmón. Los ruidos respiratorios son intensos.

Corazón = No hay abultamientos, el pulso apical es rápido y preciso. Los ruidos cardiacos son de 80x¹.

Abdomen = Piel sin manchas, color uniforme, herida quirúrgica en la zona hipogástrica; plano con un tamaño aproximado de 10 cm.

Genitales = El prepucio del pené se retrae con facilidad. La piel del glande es lisa sin ulceraciones. No hay exudados por la uretra, testiculos de igual tamaño; no hay masas palpables en el área inguinal.

Miembros inferiores = Simétricas, sin tumefacción, se encuentran con leve edema, uñas cortas y limpias y con un poco de debilidad muscular.

7. JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

- Dolor relacionado con herida quirúrgica en zona hipogástrica manifestado por comunicación verbal, poca movilidad física y una escala de Escala Visual Análoga de 8.
- Alteración de la Nutrición menor a los requerimientos corporales relacionado con alimentación enteral manifestado por pérdida de peso, debilidad muscular.
- Alteración en la movilidad relacionado con intolerancia a la actividad física manifestado por debilidad, fatiga, cansancio y edema en miembros inferiores.
- Alteración en la oxigenación relacionado con el fumar una cajetilla al día, manifestado por dificultad respiratoria, tos, fatiga y pocas secreciones.
- Alteración en la eliminación relacionada con la adaptación a la alimentación enteral manifestado por diarrea dos veces al día.
- Alteración en el patrón del sueño relacionado con insomnio y alteraciones sensoriales manifestado por ansiedad, somnolencia, inquietud, irritabilidad y comunicación verbal.
- Miedo relacionado con la enfermedad terminal manifestado por la dificultad para dormir, nerviosismo, irritabilidad, enfado consigo mismo y con los que lo rodean.
- Riesgo potencial de infección relacionado con catéter central y herida quirúrgica en zona hipogástrica.

PLAN
DE
CUIDADOS
DE
ENFERMERÍA

8. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO

Dolor relacionado con herida quirúrgica en zona hipogástrica manifestado por comunicación verbal, poca movilidad física y con una Escala Visual Análoga de 8.

Fundamentación:

Dolor estado en el cual el paciente vive una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular relacionada con un proceso maligno y su tratamiento.

Se le realizó una gastrectomía total, es la extirpación quirúrgica de todo el estomago. El esófago se conecta al intestino delgado para que el paciente pueda seguir alimentándose por la sonda nasoyeyunal.

La herida quirúrgica en zona hipogástrica es la solución de la continuidad de cualquier estructura corporal interna o externa causada por medios mecánicos. El dolor se puede valorar de acuerdo a su localización e intensidad como el EVA que proporciona una base para comunicarse con el paciente.

Objetivo	Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
- El paciente expresara verbalmente el alivio del dolor hasta un nivel de escala de Escala Visual Análoga de 0 en 2 días	- Valora y documenta las indicaciones verbales del paciente con frecuencia. (Independiente)	- La identificación oportuna de las fases en torno al dolor permite establecer un plan terapéutico para evitar disminuir o controlar el dolor. Las fases que experimenta el paciente son: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticipatoria (causas físicas, mecánicas, psicológicas o ambientales que originan o desencadenan dolor) ▪ Perceptiva (tipo, sitio, carácter o naturaleza, 	- Se logra disminuir el dolor en una escala de Escala Visual Análoga de 0

	<p>-Cambio de posición de cubito dorsal a decúbito lateral. (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente debe estar en posición de decúbito dorsal. ▪ Pedir al paciente que flexione las rodillas y cruzar el brazo distal sobre el proximal. ▪ Colocar una mano atrás del hombro distal y otra atrás de la cresta iliaca del paciente y girar hasta la posición lateral de frente a nosotros. ▪ Centrar al paciente y colocarle 	<p>intensidad, irradiación, inicio, duración, evolución, horario, periodicidad y condiciones que lo provocan o amortiguan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concluyente (efectos del dolor que influyen o interfieren individual, familiar y socialmente) <p>- Las medidas no farmacológicas favorecen la relajación y potencia los efectos de los agentes farmacológicos.</p> <p>- Esto facilita el movimiento de giro.</p> <p>-Esta posición de las manos sujeta al paciente por las dos partes más pesadas, proporcionando mayor control del movimiento durante el giro.</p> <p>-La alineación corporal es determinante en toda actividad funcional del paciente para evitar</p>	
--	--	--	--

	<p>longitudinalmente la almohada a la espalda con una mano y con la otra protegerlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasladamos a lado opuesto de la cara y arreglar la cadera y hombros del paciente. ▪ Colocar una almohada en medio de las extremidades inferiores para proteger las protuberancias óseas. <p>-Se solicita interconsulta a clínica del dolor. (Dependiente)</p> <p>-Administración de morfina en función de las necesidades, según los informes del paciente sobre el dolor. 40 unidades de morfina intravenosa y 2.5 de rescates. (Independiente)</p>	<p>lesiones neuromusculo -- esqueléticas</p> <p>-La fricción constante de las protuberancias óseas provoca lesiones en la piel.</p> <p>-Es necesario para llevar un control del fármaco que se vaya a indicar, según necesidades del paciente</p> <p>-La morfina es un analgésico opiáceo. Se fija a los receptores opioides de las células nerviosas en él hasta dorsal de la medula espinal, donde se transmite el dolor. Esta fijación altera la función de la célula nerviosa y la transmisión de la señal dolorosa en inhibida o bloqueada por completo.</p> <p>De acuerdo a la valoración por clínica del dolor se</p>	<p>-Refiere alivio del dolor con las medidas de control efectuadas.</p>
--	---	--	---

	<p>-Realizar visitas frecuentes de control. (Independiente)</p> <p>-Masaje en espalda 3 veces por semana (Independiente).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar al paciente en posición lateral o sentado en la silla y abrir la bata por la espalda. ▪ Calentar el aceite colocándolo sobre nuestras manos antes de aplicarlo. ▪ Aplicar las manos primero a la zona sacra dando masaje con movimiento circular. Dar 	<p>dan las indicaciones de administrar morfina.</p> <p>-La proximidad de una persona contribuye a eliminar el temor de ser abandonado y a no sentirse solo.</p> <p>-El masaje es un sistema de contacto terapéutico en el que el tacto, además de lograr efectos fisiológicos estimula y gratifica emocionalmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alivia la tensión muscular ▪ Proporciona alivio del dolor ▪ Mejora el funcionamiento de músculos y piel ▪ Aliviar el insomnio <p>-Se debe respetar su individualidad del paciente para que se siente con mas confianza y tranquilo.</p> <p>-El frío provoca tensión muscular.</p> <p>-la presión suave y firme aplicada a todos los grupos musculares favorece la relajación.</p>	
--	---	---	--

	<p>masaje sobre la escápula con pasadas suaves pero firmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amasar el tejido sujetándolo suavemente entre los dedos y el pulgar ▪ Finalizar el masaje con movimientos de pasada largos durante tres minutos adicionales y decirle al paciente que sé esta terminando. ▪ Limpiar el exceso de lubricante en la espalda 	<p>-El masaje incrementa la circulación, el movimiento es tranquilizador y alivia</p> <p>-Las pasadas largas son tranquilizadoras.</p> <p>-El exceso de lubricante puede ser irritante.</p>	
--	---	---	--

DIAGNÓSTICO

Alteración de la Nutrición menor a los requerimientos corporales relacionado con alimentación enteral manifestado por pérdida de peso, debilidad muscular.

Fundamentación:

La nutrición inadecuada es la insuficiente ingesta de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas de la persona.

Al paciente se le colocó una sonda nasoyeyunal por la gastrectomía total que se le realizó a través de una sonda insertada en el duodeno para alimentar e hidratar al paciente.

Objetivo	Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
-El peso del paciente aumentará y logrará adaptarse a la alimentación enteral.	-Valorar el peso y los valores de laboratorio en busca de anomalías de los electrolitos y alteraciones metabólicas. (Independiente) -Explicarle al paciente el procedimiento (Independiente) -Se solicita la fórmula prescrita a temperatura ambiente (Dependiente) -Colocar al paciente en	-La alimentación enteral pretende restaurar o conservar el estado nutricional del paciente. Se obtienen datos objetivos para medir la efectividad de la alimentación. -Un paciente bien informado colabora más y se sentirá más tranquilo. -La temperatura de la fórmula (37 a 38° C) corresponde a la temperatura corporal y no produce coagulación de los alimentos. -La relajación del cardias por la presencia de una	-Demuestra una leve mejoría ya que no ha aumentado mucho de peso a la semana, 1 Kg de peso corporal. -Expresa que todavía no

<p>posición sedente o fowler (Independiente)</p> <p>-Regular el flujo de la alimentación de infusión hasta su termino indicado. (Independiente)</p> <p>-Aumentar la alimentación gradualmente dejándola a 50 ml/ hrs. (Independiente).</p> <p>-Colgar la bolsa de la alimentación aproximadamente 30 cm por encima del punto de introducción de la sonda. (Independiente)</p> <p>-Mientras no sé este administrando alimento se tapa el extremo de la sonda de alimentación. (Independiente)</p>	<p>sonda puede originar incapacidad para utilizar los mecanismos normales para prevenir la aspiración de líquidos.</p> <p>-El flujo rápido ocasiona una sensación desagradable en la nasofaringe.</p> <p>La aparición de obstrucción determina la suspensión de la alimentación.</p> <p>-La alimentación con sonda se debe aumentar de modo gradual para prevenir la diarrea y la intolerancia a la sonda.</p> <p>-A esta altura la formula se introduce con una velocidad segura al intestino.</p> <p>-Evita que penetre aire dentro del intestino.</p>	<p>se adapta a la alimentación enteral.</p>
--	--	---

	<p>-Introducir 40 ml de agua a través de la sonda. (Independiente)</p> <p>-Vigilar la glucemia capilar una vez por turno (Independiente)</p> <p>-Administración de insulina de acción rápida 6UI (Independiente)</p> <p>-Pesar diariamente al paciente (Independiente)</p> <p>-Proporcionar higiene bucal. (Independiente)</p> <p>-Dejar cómodo y limpio al</p>	<p>-El agua limpia la luz de la sonda impidiendo su bloqueo cuando se utilizan formulas muy adherentes.</p> <p>-Indica la tolerancia a la glucosa del paciente.</p> <p>-Insulina hormona secretada por las células de los islotes de Langerhans del páncreas. Disminuye el nivel sanguíneo de glucosa y favorece la entrada de glucosa en los músculos y otros tejidos. Insulina de acción rápida cuya acción es en el plazo de una hora pero con una duración de 6 – 14 horas.</p> <p>-El aumento de peso indica mejora del estado nutricional; sin embargo el aumento súbito de más de 1 Kg en 24 hrs.; suele indicar retención de líquidos.</p> <p>-La boca requiere cuidados adicionales a fin de prevenir resequedad e irritación aun cuando el paciente no este comiendo normalmente.</p> <p>-El reposo posterior al procedimiento, ayuda a</p>	<p>-La glicemia tuvo un aumento los 4 primeros días de la alimentación de 155 y ay después estuvo de 110.</p>
--	---	---	---

	<p>paciente y evitar movimientos bruscos (Independiente).</p> <p>-Registrar la cantidad total de la formula y el agua instaladas y si tuvo alguna reaccion el paciente a la alimentacion. (Independiente)</p>	<p>prevenir el vomito. El liquido tarda de 40 a 60 minutos en dejar la cavidad.</p> <p>-Toda sustancia ingerida produce reacciones positivas o negativas en el organismo.</p>	
--	---	---	--

DIAGNÓSTICO

Alteración en la movilidad relacionado con intolerancia a la actividad física manifestado por debilidad, fatiga, cansancio y edema en miembros inferiores.

Fundamentación:

La intolerancia a la actividad es la situación en que el paciente carece de energía suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas. El paciente, por la herida quirúrgica realizada y por el dolor manifestado tiene intolerancia a la actividad. La movilidad es necesaria para estimular la actividad de los órganos vitales, tiene efectos sobre la circulación, respiración y eliminación, se debe limitar y adaptar a las necesidades del individuo.

La inactividad tiende a debilitar los músculos y hacer que pierdan su tono; también puede ocasionar congestión pulmonar.

Objetivo	Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
-El paciente lograra mantener una buena función músculo esquelética manifestada por movilidad en 3 semanas	-Anima la participación activa en actividades como peinarse, lavarse los dientes (Independiente). -Comparar la fuerza muscular con la otra parte del cuerpo diariamente (Independiente). -Intercalar periodos de descanso con periodos de	-Las actividades implican movimientos activos de las articulaciones y músculos corporales. -La detección precoz de atrofia muscular o de disminución de fuerza facilita una intervención para corregir el problema. -El reposo adecuado repone las reservas de energía.	-Mantiene una buena función manifestada por la realización de actividades personales.

	<p>actividad. (Independiente)</p> <p>-Aplicar medias antiémbolos (Independiente).</p> <p>-Elevación de las piernas varias veces durante el día, 20 minutos. (Independiente).</p> <p>-Ayudar al paciente a sentarse al Reposet. (Dependiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eleva la cabecera de la cama hasta la altura máxima ▪ Colocar los pies del paciente sobre el borde de la cama. ▪ Con la ayuda del camillero el paciente coloca sus manos sobre la superficie de la cama o 	<p>-El uso de medias evita la formación de trombos, la debilitación venosa y el edema.</p> <p>-La elevación estimula la circulación de la sangre y evita complicaciones.</p> <p>-Es para que se relaje y evitemos las úlceras por presión por estar en una sola posición</p> <p>-Esto disminuye la distancia que el paciente tiene que recorrer para sentarse en el borde de la cama.</p> <p>-Esto permite que baje los pies fácilmente de la cama.</p> <p>-Esto proporciona fuerza adicional para el movimiento.</p>	<p>-Sufre alteraciones mínimas manifestado por signos de flujo sanguíneo adecuado (ausencia de edema)</p> <p>-Desarrolla un patrón de actividad que favorece una independencia y minimiza la fatiga.</p>
--	--	---	--

	<p>sobre los hombros del camillero de forma que pueda empujar mientras se pone de pie y el camillero pasa los brazos por las axilas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se coloca de espaldas al reposit con las piernas apoyadas contra el asiento. ▪ Se va sentando poco a poco al reposit. <p>-Realización de ejercicios pasivos de 15 a 20 minutos y enseñarle al familiar. (Independiente).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cabeza debe ser flexionada y extendida a cada uno de los lados. • El hombro debe ser flexionado, extendido y después en rotación interna y externa. 	<p>-Hacer que el paciente apoye las piernas contra el asiento del reposit minimiza el riesgo de caída.</p> <p>-Son útiles para conservar la flexibilidad articular superior e inferior</p> <p>-Mover las partes del cuerpo suave, despacio y rítmicamente. Los movimientos rápidos pueden causar malestar y la posibilidad de lesión.</p> <p>-Evitar mover o forzar una parte del cuerpo por encima del grado de movimiento existente en el paciente. Esto puede producir daño dolor o lesión muscular.</p>	<p>-Aumenta su tolerancia a la actividad hasta el nivel requerido de un 70%</p>
--	--	---	---

	<p>y externa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El codo y el antebrazo deben ser flexionados y después en supinación y pronación. • La pierna debe ser flexionada hacia fuera y hacia dentro en abducción y aducción. El tobillo deber ser flexionado hacia el dorso invertido y revertido. 	<p>-Abducción: movimiento de una extremidad que se separa de la línea media del cuerpo.</p> <p>-Aducción: Movimiento de una extremidad en dirección al cuerpo.</p>	
--	--	--	--

DIAGNÓSTICO

Alteración en la oxigenación relacionado con el fumar una cajetilla al día, manifestado por dificultad respiratoria, tos, fatiga y pocas secreciones

Fundamentación:

El paciente en la valoración comentó que anteriormente fumaba bastante y su oxigenación durante la inspiración o expiración no proporcionaba una ventilación adecuada.

Tras la administración de nicotina aparece un aumento en la frecuencia respiratoria como consecuencia de la estimulación del centro respiratorio en el bulbo raquídeo.

La nicotina reduce de forma global los linfocitos T. Todo lo cual favorece la aparición de infecciones e incrementa el riesgo de desarrollar neoplasias ante la reducción en los sistemas defensivos.

Objetivo	Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
-El paciente establecerá un patrón respiratorio eficaz con una respiración sin esfuerzo y ausencia de tos en 15 días	-Vigilar la situación respiratoria del paciente. (Independiente) -Cambio de posición en Fowler u ortopneica. (Independiente) -Realice ejercicios con el espirómetro de incentivo cuatro o cinco veces al día	-La vigilancia del estado respiratorio facilita la detección precoz de complicaciones. -La posición de Fowler favorece la expansión de los pulmones y la oxigenación de los tejidos. La posición ortopneica tiene una ventaja añadida, los órganos abdominales no presionan sobre el diafragma. -Los espirómetros proporcionan un estímulo para mejorar la inspiración y facilita el intercambio de gases respiratorios.	-El paciente expresa verbalmente que ya no se fatiga tan rápido y una mejoría de la dificultad respiratoria 80%. -El paciente realiza eficaz los ejercicios con el espirómetro

	<p>(Independiente)</p> <p>-Realizar la percusión (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cubrir el área con un campo. ▪ Pedir al paciente que respire lenta y profundamente. ▪ Flexionar y extender las muñecas y las manos ahuecadas con rapidez para palmotear el tórax. <p>-Colocar y ajustar la mascarilla simple a la cara del paciente (Independiente)</p>	<p>-Es una actividad que ayuda a que las secreciones pase de los pulmones a la traquea desde donde puede ser eliminado por la tos.</p> <p>-Se cubre para reducir las molestias en el tórax.</p> <p>- Esto ayuda a que el paciente se relaje.</p> <p>-Las manos haciéndolas ahuecadas atrapan el aire contra el tórax.</p> <p>-La mascarilla simple (sistema de bajo flujo) libera concentraciones de oxígeno del 40 – 60 % a un flujo de 5 a 8 litros.</p> <p>El ajuste hermético de la mascarilla a la cara del paciente asegura una concentración mayor de O₂</p>	<p>-Mantiene una expectoración eficaz de secreciones.</p>
--	--	--	---

DIAGNÓSTICO

Alteración en la eliminación relacionada con la adaptación a la alimentación enteral manifestada por diarrea 2 veces al día.

Fundamentación:

Por la gastrectomía total realizada al paciente, se le colocó la sonda nasoyeyunal, la alimentación enteral es la introducción de alimentos directamente en el estómago duodeno o yeyuno. Estas ingestiones se indican en pacientes que no pueden alimentarse por la boca pero cuyas vías gastrointestinales son funcionales. La diarrea es un problema común en especial al comienzo de la alimentación enteral ya que si no se ha estado comiendo es probable que el intestino no tolere la alimentación y es necesario comenzar a velocidad media y aumentar gradualmente puede mejorar la tolerancia.

Objetivo	Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
-Lograr que el paciente tenga una disminución en la frecuencia de diarrea.	-Observar y registrar color, consistencia, forma, cantidad, olor de las heces. (Independiente)	-la valoración continua de las heces fecales proporciona datos para evaluar la eficacia de las intervenciones. Las características normales de las heces son: Color = marrón Consistencia = formadas, blandas, semisólidas húmedas Forma = Cilíndrica con un diámetro aproximado de 2.5 cm Cantidad = varía con la dieta Olor = aromático, se ve afectado por los alimentos ingeridos y por la propia flora bacteriana de la persona Constituyentes = pequeñas cantidades de	-Se logra que el paciente tenga un patrón de evacuación con una deposición de una vez cada dos días.

	<p>-Observar la turgencia de la piel y el peso corporal. (Independiente)</p> <p>-Fomentar la actividad dentro de los límites del paciente. El cambio de posición. (Independiente)</p> <p>-Disminuir el goteo de la nutrición enteral de 15 a 25 ml /hrs. (Independiente)</p> <p>-Asegurar al paciente un acceso fácil de un cómodo a lado de la cama (Independiente)</p>	<p>alimentos sin digerir, mezcla de bacterias muertas y células epiteliales, grasa, proteínas.</p> <p>-Esto permite evaluar el progreso del paciente.</p> <p>La inspección de la piel permite observar si tiene deshidratación.</p> <p>-La actividad física estimula el peristaltismo mientras que la inmovilización lo deprime.</p> <p>El peristaltismo es un movimiento de tipo ondulante producido por las fibras musculares. Longitudinales y circulares de las paredes intestinales, propulsa el contenido intestinal hacia delante.</p> <p>-La alimentación con sonda a un goteo elevado puede provocar la diarrea.</p> <p>-El acceso del cómodo previene el manchado accidental de la piel y la ropa así como la situación embarazosa resultante.</p>	
--	--	--	--

DIAGNÓSTICO

Alteración en el patrón de sueño relacionado con insomnio y alteraciones sensoriales internas manifestado por ansiedad, somnolencia, inquietud, irritabilidad, comunicación verbal.

Fundamentación

El paciente presenta insomnio y alteraciones sensoriales después de saber su diagnóstico de cáncer gástrico. El insomnio es la incapacidad para obtener una cantidad o calidad adecuada de sueño, frecuentemente alteran el sueño una persona preocupada por problemas personales, puede ser incapaz de relajarse suficientemente para quedarse dormida. La ansiedad acumula los niveles sanguíneos de noradrenalina mediante la estimulación del sistema nervioso simpático.

Objetivo	Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
-El paciente adquirirá un mejor sueño expresando verbalmente su satisfacción con la calidad y cantidad	-Colocar en una posición relajada para el paciente (posición decúbito lateral). (Independiente) -Se recurre al familiar para que le traiga libros que le guste leer. (Dependiente) -Se solicita una interconsulta en el servicio de Psicooncología (Dependiente) -Animar al paciente a expresar sus preocupaciones	-Esto ayuda a que el paciente este cómodo y pueda relajarse. -Desviar la atención del cerebro hacia otras actividades tiende a reducir el grado de conciencia del paciente con respecto al problema. -Puede ser necesario recurrir a métodos mas elaborados. -Expresar verbalmente las preocupaciones puede ayudar a aliviar la ansiedad y favorecer la	-El paciente demuestra que se siente más tranquilo. -Expresa verbalmente que el leer le ayuda a disminuir su ansiedad. -Con la interconsulta, logro manifestar en un 70% sus sentimientos.

	<p>cuando no sea capaz de dormir. (Independiente)</p> <p>-Informar al paciente sobre las interpretaciones asistenciales necesarias. Organizar los cuidados para permitir ciclos de sueño de al menos 60 minutos por ejemplo los medicamentos signos vitales y administrar en ese momento. (Independiente)</p>	<p>relajación.</p> <p>-La preparación del paciente para despertarse y la planificación para minimizar los despertares disminuye el estrés y la ansiedad innecesarias que pueden impedir el sueño.</p>	
--	---	---	--

DIAGNÓSTICO

Miedo relacionado con la enfermedad terminal manifestado por la dificultad para dormir, nerviosismo, irritabilidad, enfado consigo mismo y con los que lo rodean.

Fundamentación:

El miedo es la sensación de temor que se relaciona con una fuente identificable que la persona valida.

El paciente manifiesta miedo por el diagnóstico de Cáncer Gástrico y enfado consigo mismo y con los que lo rodean.

Enfermedad terminal se refiere al estado en el que las funciones orgánicas del paciente están disminuidas y pueden preceder a la muerte.

Enfermedad incurable que posiblemente muera relativamente en corto tiempo. Es manifestado por el paciente por enfado.

Objetivo	Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
-Podrá expresar verbalmente una mejora del bienestar físico emocional	-Estimular al paciente a verbalizar sus sentimientos y a expresar sus emociones el llorar. (Independiente). -Ofrecer información cuando no se dispone de la información suficiente (ejemplo: Tratamiento, algunos medicamentos). (Independiente).	-Al compartir las preocupaciones y expresar las emociones puede reducir los sentimientos del paciente en cuanto a sentirse solo. -El temor a lo desconocido y la información incorrecta con frecuencia puede causar nerviosismo.	-Verbaliza una mejora del bienestar físico y emocional. -Se logro que la información y el respetar sus decisiones le ayudaron a un 70%, disminuir el nerviosismo e irritabilidad

	<p>-Respetar las decisiones tomadas por el paciente. (Independiente)</p> <p>-Permitir que el paciente exprese su miedo ante la enfermedad terminal. (Independiente)</p> <p>-Evitar la soledad y el aislamiento con ayuda de su familia. (Dependiente)</p> <p>-Responder al enfado y hostilidad del paciente con apoyo y comprensión (Independiente)</p>	<p>-El paciente tiene el derecho de elegir no sólo cuando sus creencias son sensatas, sus pensamientos razonables y sus emociones validas, sino también cuando son contrarias y absurdas aunque en ello vaya la vida.</p> <p>-La terapia holística integra aspectos emocionales, espirituales, mentales, físicos, familiares y ambientales. La comunicación al paciente sobre su diagnóstico le permite tener una esperanza real.</p> <p>-La estancia prolongada de un paciente en el hospital genera sensación de aislamiento. La presencia de familiares o amigos significativos brinda al paciente apoyo y comprensión.</p> <p>-La expresión de las emociones puede disminuir la percepción de la intensidad del factor de sus emociones (enfado y hostilidad)</p>	<p>-Verbaliza sus sentimientos relacionados con su estado emocional.</p>
--	---	---	--

DIAGNÓSTICO

Riesgo potencial de infección relacionado con catéter central y herida quirúrgica en zona hipogástrica

Fundamentación:

Riesgo de infección situación en que la persona corre un riesgo mayor que el habitual de contraer una infección ya que se le colocó al paciente un catéter venoso central ya que evita estar punzionando al paciente varias veces y es más accesible para el personal y cómodo para el paciente.

El catéter venoso central es un catéter insertado en una gran vena localizada centralmente en la aurícula derecha del corazón. El correcto emplazamiento del catéter se confirma radiológicamente.

Herida quirúrgica lesión física que conlleva la ruptura de la piel o estructura corporal interna o externa causada por medios mecánicos.

Objetivo	Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
-Evitar infecciones. -Promover la cicatrización de la herida quirúrgica	-Lavarse las manos (Independiente). -Explicar al paciente el procedimiento de la curación de la herida quirúrgica y del catéter central (Independiente). -Cuidados a la herida quirúrgica una vez por la	-Procedimiento por medio del cual se asean las manos. -La comunicación y relación interpersonal influye en la participación efectiva del paciente. La comprensión del procedimiento disminuye o calma la ansiedad. - Para evitar infección	

	<p>mañana. (Independiente)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar al paciente en una posición cómoda y en la cual la herida o el catéter pueda estar fácilmente expuesta (Independiente) ▪ Abrir guantes estériles en un campo estéril para colocar el equipo y material requerido. (Independiente) ▪ Se realiza la asepsia y antisepsia con isodine del centro a la periferia o de limpio a sucio en tres tiempos. (Independiente) 	<p>-Una exposición excesiva es molesta.</p> <p>-La sanitización reduce a un nivel de seguridad el número de contaminantes bacterianos.</p> <p>-Asepsia: ausencia de materia séptica. Estado libre de infección. Método para prevenir infecciones por medios físicos.</p> <p>-Antisepsia es un conjunto de procedimientos encomendados a evitar al máximo la diseminación y transmisión de microorganismos. A mayor número de microorganismos se requiere mayor concentración de agente destructor.</p> <p>-El isodine es una solución bactericida que actúa lizando la pared bacteriana. Provoca irritación de los tejidos si se deja por en contacto por periodos prolongados.</p>	<p>-Los cuidados a la herida que se le han proporcionado han sido eficaces ya que no hubo ningún signo de infección y el objetivo se cumplió a un 100%</p>
--	--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enjuagar la herida o donde se encuentra el catéter con solución de irrigación. (Independiente) ▪ Secar con gasa estéril herida quirúrgica. (Independiente) ▪ Cubrir la herida con material de curación estéril (gasas) a la herida quirúrgica. (Independiente). ▪ Retirarse guantes y sujetar gasas con micropore para herida quirúrgica. (Independiente) ▪ Colocar el material utilizado en su lugar. (Independiente) ▪ Registrar condiciones 	<p>-La desinfección es el proceso físico o químico por el cual se destruyen los agentes patógenos. El agua corriente favorece el arrastre mecánico de microorganismos.</p> <p>-La humedad favorece al crecimiento bacteriano. Un objeto sucio contamina uno estéril.</p> <p>-La protección de heridas y del catéter con material estéril evita su contaminación. Las gasas secas inhiben la multiplicación y el paso de gérmenes.</p> <p>- La protección del epitelio superficial antes de fijar el material adhesivo evita lesiones posteriores.</p> <p>La circulación sanguínea transporta materiales que nutren y reparan los tejidos corporales.</p> <p>-La separación del material sucio en lugares adecuados aumenta la seguridad del paciente y personal de salud.</p> <p>-El tamaño, extensión, límites, cuerpos extraños,</p>	<p>- La herida se encuentra sin ningún signo de infección</p>
--	---	--	---

	<p>de la herida y del catéter y reportarlas al médico. (Independiente)</p> <p>- Cuidados del Catéter</p> <p>-Cuando se baña al paciente se le da un parche para evitar que se humedezca. (Independiente)</p> <p>-Verificar que haya retorno venoso. (Independiente)</p> <p>-Sé hepariniza el catéter, arrow 2 vías (poliuretano) cuando no esta conectado al equipo de venoclisis (1 ml de heparina + 3 ml. De solución salina) (aplica 2 ml en cada línea). (Independiente)</p> <p>-Una vez a la semana se realiza curación, el equipo de terapia intravenosa</p>	<p>tejido necrótico son datos que facilitan el control de la herida, o del catéter si tiene retorno o alguna molestia por el paciente. La comunicación oportuna permite el tratamiento oportuno.</p> <p>-La humedad favorece el crecimiento bacteriano</p> <p>-El retorno venoso es para verificar que se encuentra bien colocado en la vena cava superior.</p> <p>-La heparina es un mucopolisacarido natural que actúa en el organismo como factor antitrombina, evitando la coagulación intramuscular.</p> <p>Sé hepariniza 2 veces a la semana y cada vez que se utilice el catéter (curación, laboratorio, quimioterapia)</p> <p>-El equipo de terapia intravenosa es un grupo de enfermeras especializadas en el cuidado y control de líneas intravasculares que trabajan en forma</p>	<p>-Los cuidados que se le dieron al catéter fueron óptimos ya que esto ayudo a evitar alguna complicación.</p>
--	--	--	---

	<p>(ETI). (Dependiente).</p> <p>-Se vigilan signos de infección: calor local, dolor en la piel de sitio de inserción, eritema local, supuración, goteo o extravasación del líquido.</p> <p>(Independiente)</p>	<p>integrada con el grupo médico.</p> <p>- Infección es la invasión del organismo por microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican causando un estado de lesión celular local.</p>	
--	--	---	--

9. EVALUACIÓN

La elaboración del Proceso de Atención de Enfermería fue satisfactorio, ya que se obtuvo la colaboración del paciente y su familia

Se logró cubrir las necesidades del paciente detectadas, ya que la mayoría se solucionaron y esto dio como resultado; que el paciente controlara su dolor de la herida quirúrgica y no se infectara.

El señor Efrén no logro adaptarse totalmente a la alimentación enteral ya que le ocasionaba molestias la sonda nasoyeyunal, además estaba desesperado por que no podía ingerir sus alimentos por la boca.

La movilidad mejoro ya que logro deambular y el edema de las extremidades se redujo.

La realización de los ejercicios respiratorios le ayudo bastante ya que obtuvo una mejoría en su respiración.

Se logró controlar la diarrea con las intervenciones realizadas

La angustia se termino en cuanto se controlo su dolor y conforme se dio toda la información para aclarar dudas.

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

Por último cabe señalar que su Diagnostico Médico de Cáncer Gástrico ya estaba muy avanzado y presento metástasis a hígado y pulmón falleció en el mes de Julio de este año.

10. CONCLUSIONES

Se cumplió adecuadamente el objetivo general ya que se logro tomar las decisiones respecto a las acciones de enfermería que se realizaron en ese momento.

Los objetivos específicos fueron cubiertos con el conocimiento adquirido durante la carrera de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia y así otorgar los cuidados específicos al paciente.

El Diagnósticos de enfermería se elaboro gracias a la valoración hecha al paciente, pues con ella se obtuvo un panorama más amplio para detectar problemas y necesidades durante su estancia en el hospital.

Con las etapas del Proceso Atención de Enfermería se logro dar una cuidado integral de calidad al paciente progresivo junto con su familia, teniendo como medida de evaluación únicamente la mejoría del paciente.

Así se comprobó que los cuidados de enfermería llevados a cabo bien planeados e individualizados se lograra proporcionar una mejor atención favoreciendo su recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

- BRAVO Federico. Nociones de Historia de Enfermería ED. Harcourt México 1990.
- CARPENITO Lynda Manual de Diagnósticos en Enfermería. ED. Harla España 1999
- FERNÁNDEZ Ferrín Carmen. et. al. Enfermería Fundamental ED. MASSON 200
- GARCIA Catalina. Historia de enfermería ED. Harcourt Madrid España 2001
- KOZIER Bárbara. et. al. Fundamentos de Enfermería 5ª edición ED. McGraw Hill-Interamericana. España 2002
- LIPPINCOTT Enfermería practica 5ª edición. Ed. McGraw Hill Interamericana Philadelphia 1995
- MARRINER Ann. Modelos y Teorías en Enfermería 4ª Edición ED. Harcourt Brace Madrid 1999.
- OTTO E: Shirley Enfermería Oncológica 3ª edición. Ed. Harcourt Brace España 1999
- POTTER A: Patricia. Fundamentos de Enfermería 5ª edición. ED. Harcourt / Océano España 2002
- RODRIGO Teresa Diagnósticos de Enfermería 3ª Edición ED. Harcourt Brace. Barcelona 1998
- ROSALES Susana Fundamentos de Enfermería 3ª edición. ED. Manual Moderno México 2004
- TORTORA Gerard. Principios de Anatomía y Fisiología. 7ª edición. ED. Harcourt Brace España 2001
- UGALDE Mercedes Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA. ED. MASSON Barcelona España 1995.
- WOLF Lewis Fundamentos de Enfermería 4ª edición. ED, Harla México 1992.

ANEXOS

a) APARATO DIGESTIVO

Los alimentos son fundamentales para la vida, ya que constituyen la fuente de energía que dirige las reacciones químicas que tienen lugar en las células y proporcionan materia para la formación de nuevos tejidos o para la reparación de los tejidos dañados. La energía es necesaria para la contracción muscular, para la conducción de impulsos nerviosos y para las actividades secretora y absorptiva de muchas células. Sin embargo, los alimentos tal y como los ingerimos no están en una forma adecuada para su uso como fuente de energía por las células. Antes deben descomponerse en moléculas lo suficientemente pequeñas como para que atraviesen las membranas plasmáticas (celulares). La fragmentación de grandes moléculas de alimento en moléculas suficientemente pequeñas para entrar en las células recibe el nombre de digestión y los órganos que realizan esta función forman en conjunto el aparato digestivo.

El aparato digestivo realiza cinco actividades básicas:

1. Ingestión. Entrada de alimentos en la boca (comer)
2. Movimiento de alimento. Paso del alimento a lo largo del aparato digestivo
3. Digestión. Fragmentación del alimento mediante procesos químicos y mecánicos.
4. Absorción. Paso del alimento digerido desde el tracto gastrointestinal hacia los sistemas cardiovasculares y linfático para su distribución a las células.
5. Defecación. Eliminación del tracto gastrointestinal de las sustancias no digeribles.

La *digestión mecánica* consta de varios movimientos del tracto gastrointestinal. El alimento es macerado por los dientes antes de deglutirlo. A continuación, el músculo liso del estómago y del intestino delgado remueve el alimento de forma que se mezcle completamente con las enzimas que digieren los alimentos. La *digestión química* es un conjunto de reacciones catabólicas. Las enzimas escinden las grandes moléculas de hidratos de carbono, lípidos y proteínas que ingerimos en moléculas más pequeñas que pueden ser absorbidas y utilizadas por las células.⁴¹

⁴¹TORTORA Gerard. *Principios de Anatomía y Fisiología*. Ed. Harcourt Brace Madrid España 2001 Pág. 766

Los órganos de la digestión se dividen en dos grupos. En primer lugar, el tracto gastrointestinal o conducto alimentario, un tubo continuo que se extiende desde la boca hasta el ano. Los órganos que lo componen son: boca, faringe, esófago, estomago, intestino delgado e intestino grueso. El segundo grupo de órganos que componen el aparato digestivo son las estructuras accesorias: los dientes, la lengua, las glándulas salivales, el hígado, la vesícula biliar y el páncreas.

La pared del tracto gastrointestinal desde el esófago hasta el conducto anal, tiene la misma disposición básica de tejidos. Las cuatro capas o túnicas del tracto desde el interior hasta el exterior son la mucosa, submucosa, la muscular externa y la serosa.

Mucosa

La mucosa o revestimiento interno del tracto esta formada por tres capas: 1) una capa de revestimiento de epitelio en contacto directo con los contenidos del tracto, 2) una capa subyacente de tejido conjuntivo laxo denominada lamina propia y 3) una fina capa de músculo liso denominado muscular de la mucosa.

Submucosa

La submucosa esta formada por tejido conjuntivo laxo, es muy vascular y contiene una parte del plexo submucoso, el cual forma parte de la inervación autónoma de la muscular de la mucosa.

Muscular externa

La muscular externa de la boca, la faringe y la parte superior del esófago esta formada en parte por músculo esquelético que produce la deglución voluntaria. El músculo esquelético también forma el esfínter externo del ano, que permite el control voluntario de la defecación.

Serosa

Es la capa más externa de la mayoría de las regiones del tracto gastrointestinal. Es una membrana serosa formada por tejido conjuntivo y epitelio. Por debajo del diafragma, esta capa recibe el nombre de peritoneo visceral y forma una parte del peritoneo.⁴²

⁴² *Ibidem* Pág. 767

La boca es un área voluble de la anatomía humana, encargada de articular la voz, degustar, masticar y tragar alimento. La cavidad bucal está situada justo debajo de la cavidad nasal y está formada por los huesos palatinos y la apófisis palatina de la maxila en la parte superior y por la mandíbula en la parte inferior. En la apertura de la cavidad bucal están los labios, que son estructuras musculares recubiertas de una fina piel membranosa. Los labios ocluyen la cavidad bucal durante la masticación para retener dentro el alimento y el líquido, ayudan a controlar el alimento durante la masticación y facilitan la articulación de la voz. Dentro de la cavidad bucal, los dientes se extienden por debajo desde sus alvéolos maxilares y por encima desde sus alvéolos mandibulares para formar el arco dental. Los músculos y la piel de las mejillas cubren los laterales externos de la cavidad bucal, mientras que las estructuras musculares de la lengua y el revestimiento mucoso sublingual y los músculos forman la parte inferior de la cavidad bucal.

Cuando se introduce alimento en la boca, los labios se cierran, a la vez que las glándulas salivares producen saliva. La saliva lubrica la boca y humedece el alimento. La superficie interior de los labios, la lengua y las mejillas controlan el alimento situándolo entre los dientes para que pueda triturarse. Con una acción combinada de estos movimientos y un movimiento semicircular y afilado de los dientes, se tritura el alimento y se forma una pasta con la saliva. Las enzimas de la saliva comienzan a separar el alimento y la lengua mueve una parte de esta pasta alimenticia hacia la parte posterior de la cavidad bucal impulsándola arriba y detrás a lo largo del paladar duro. El paladar blando, a su vez, se levanta para ocluir la cavidad nasal. La bola de pasta alimenticia, denominada bolo, pasa a la faringe. La epiglotis baja para cubrir las vías respiratorias de modo que el alimento no se introduzca en la laringe. Desde la faringe, se producen contracciones, denominadas movimientos peristálticos, que impulsan el bolo hacia abajo y a través del esófago al estómago, donde se digieren más.⁴³

La saliva también realiza una función de limpieza, que contribuye a alejar de los dientes las células epiteliales exfoliadas, la mayoría de bacterias y las partículas de alimento. La saliva mantiene la boca lubricada durante la articulación y el habla y ayuda también a humedecer el alimento para facilitar su ingestión. Las enzimas de la saliva

⁴³ *Ibidem* Pág. 770

comienzan la separación digestiva del alimento antes incluso de que llegue al estómago. En la saliva se segregan algunas toxinas (incluyendo plomo, mercurio y otros metales pesados); también interviene en la regulación del equilibrio de agua en el cuerpo.

Las glándulas salivares (junto con otras membranas de mucosa de la cavidad bucal) tienen la función de secretar saliva, que es un líquido transparente, semiviscoso y alcalino que ayuda a la digestión del alimento. Las glándulas salivares incluyen la gran glándula parótida y las glándulas submaxilares y sublinguales más pequeñas. Cuando se huele o degusta el alimento, o incluso cuando se piensa en, las glándulas salivares comienzan su secreción para preparar la boca para el alimento.

La lengua suele ser plana y moderadamente extensible. Consiste en una red de fibras musculares estriadas, tejido fibroso, masas adiposas y linfoides, glándulas salivales y una membrana mucosa protectora. Es un músculo muy móvil que permite degustar la comida, moverla de un lado a otro al masticar, empujarla hasta la faringe (garganta) al tragar y es un órgano imprescindible para poder hablar. Deriva principalmente de la base de la faringe (o tubérculo). Este tubérculo crece hacia delante y se une con otros tejidos de la zona, formando este complejo órgano muscular de múltiples funciones.

La faringe es la porción superior de las vías respiratorias y del tracto digestivo. Conecta con las aperturas en cuatro áreas generales: la cavidad bucal (en la parte trasera de la lengua), la cavidad nasal, la laringe (que se dirige hacia la tráquea) y el esófago. Durante el proceso de tragado, la parte nasal de la faringe, la laringe y la cavidad bucal cooperan para cerrar el conducto respiratorio de forma que al tragar la comida no entre en la tráquea.⁴⁴

El esófago es el tubo largo y flexible que comienza en la faringe y termina en el cardias en la parte superior del estómago. El esófago medio tiene unos veinticinco centímetros de largo, y sus paredes están formadas de fibra muscular que realizan movimientos de contracción (denominados peristalsis) para impulsar el bolo (glóbulos) de

⁴⁴ Ibidem Pág. 779

alimento masticado con saliva hacia el estómago. El malestar por acidez se produce cuando el ácido estomacal se vierte en el esófago. Dado que el esófago no tiene una capa de mucosa como la tiene el estómago, el ácido produce dolor que se genera justo detrás del esternón y parece que viene del corazón, de hay que se utilice bastante el término "acidez".

El estómago es uno de los principales órganos del sistema digestivo. Está situado en el medio de la cavidad abdominal y se extiende desde el extremo inferior del esófago hasta el duodeno. El estómago tiene forma de saco curvo, con una curvatura menor a lo largo de la parte superior y una curvatura mayor a lo largo de la parte inferior. El bolo de pasta alimenticia masticada entra en el estómago desde el esófago, impulsado por movimientos peristálticos. Las glándulas gástricas del cardias están situadas junto a la entrada del estómago y lubrican el alimento cuando entra. El estómago segrega ácido clorhídrico y las enzimas pepsina renina y lipasa que ayudan a digerir los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas del alimento. El estómago está surcado por un duro revestimiento de mucosa que lo protege de los jugos gástricos, de modo que no se digiera el estómago así mismo. A veces, una parte de este revestimiento se desgasta y los jugos digestivos irritan el revestimiento estomacal. Esta condición se conoce como úlcera y es algo común que puede afectar al estómago, la parte inferior del esófago o el duodeno. El píloro controla el extremo inferior del estómago y es un esfínter que admite el alimento digerido en el duodeno después de que lo hayan procesado convenientemente los jugos digestivos.⁴⁵

El estómago medio puede contener un litro aproximadamente, no obstante, puede ensancharse para contener mucho más. Cuando está vacío, o casi vacío, se contrae para formar pliegues o rugosidades en su revestimiento mucoso. Aunque antiguamente se pensaba que las contracciones del estómago en ausencia de alimento eran las que producían la sensación de hambre, ahora se sabe que el impulso principal del hambre es debido a niveles bajos de glucosa en la corriente sanguínea. No obstante, puede sentirse a menudo la contracción del estómago, y el sonido que se escucha cuando el alimento pasa a través del tracto digestivo inferior hace recordar la sensación de hambre.

⁴⁵ *Ibidem* Pág. 780

El páncreas es una glándula con forma de lóbulo grande que tiene la función de secretar la hormona insulina y un fluido alcalino que ayuda al proceso de digestión. La insulina es importante en la utilización de azúcar en la sangre y la carencia de esta hormona produce la diabetes mellitus. El fluido digestivo se secreta directamente al duodeno, justo debajo del estómago en el tracto digestivo.

El hígado es la glándula más grande del cuerpo y tiene varias funciones importantes. Pesa aproximadamente un kilo trescientos cincuenta y nueve gramos y es de color rojo-marrón; este órgano presenta un alto grado de vascularidad que es lo que le da el color oscuro. La mayor parte está situada en el lateral derecho de la cavidad abdominal, justo sobre el duodeno; el hígado ayuda a la digestión de las grasas secretando bilis al duodeno. El hígado también destruye los glóbulos rojos, forma la urea para la excreción de los restos nitrogenados, forma el fibrinógeno que se utiliza en la coagulación de la sangre, almacena glucógeno, que ayuda en el metabolismo y almacenamiento de las vitaminas y produce sustancias protectoras y antitóxicas, entre muchas de sus funciones.

La vesícula biliar tiene la función de concentrar y almacenar la bilis que produce el hígado en forma diluida y secretar la bilis a través del conducto cístico al duodeno donde puede ser de utilidad en el proceso de digestión. La vesícula biliar es un órgano azul verdoso, de unos siete coma sesenta y dos centímetros y está situada en la superficie inferior del hígado. La bilis está compuesta de colesterol, sales biliares y pigmento biliar. La vesícula biliar no es fundamental para la supervivencia del ser humano, y podría eliminarse sin que produjera graves efectos adversos. La cristalización de las sales biliares en la vesícula biliar da origen a cálculos biliares, que a menudo requieren operación quirúrgica.⁴⁶

El intestino grueso es un amplio tubo ondulado que recibe el producto resultante de la digestión del intestino delgado y lo transporta hasta que se excreta, y sigue procesando el material que llega. Cualquier material alimenticio que no se haya absorbido se almacena en el intestino grueso hasta que el cuerpo pueda reabsorber el agua del mismo de forma

⁴⁶ Ibidem Pág. 789

parcial, después pasa los residuos por el ano para su eliminación. La sobre absorción de agua de los materiales residuales puede que deje las heces duras y ligeramente secas que pueden chocar, dificultando su eliminación. Esta condición se conoce como estreñimiento. Si no se reabsorbe suficiente líquido, normalmente debido a infecciones víricas o mala nutrición, el intestino grueso pasa demasiado líquido al ano, dificultando el control de la eliminación. Esta condición, y el fluido (que a menudo daña los tejidos anales) se conoce como diarrea. El intestino grueso está dividido en ocho secciones: el ciego, el apéndice, el colon ascendente, el colon transversal, el colon descendente, el colon sigmoideo, el recto y el ano.

El intestino delgado tiene la función de completar la digestión y absorber los productos alimenticios útiles del sistema linfático y la corriente sanguínea. El intestino delgado es un tubo estrecho enrollado de 2,54 a 5,08 cm. De diámetro y de 6 a 7 metros de largo, en el abdomen inferior, debajo del estómago. El intestino delgado se extiende desde el duodeno, donde recibe el quimo (alimento predigerido), hasta el orificio ileocecal, donde pasa el subproducto alimenticio semifluido al intestino grueso. El alimento pasa a través del tracto intestinal por medio de contracciones de la pared intestinal denominadas movimientos peristálticos. La bilis y otros jugos digestivos depositados en el duodeno desde la vesícula biliar, el páncreas y el hígado ayudan a digerir más el alimento. El alimento digerido pasa por los millones de vellosidades (proyecciones) de la pared interior de los intestinos, que absorben las proteínas y los hidratos de carbono en sus capilares, y los nódulos linfáticos, que absorben las grasas. Las vellosidades pasan las proteínas y los hidratos de carbono al hígado para que se produzca el proceso metabólico, y los nódulos linfáticos pasan las grasas a través del sistema linfático a la corriente sanguínea. El intestino delgado está separado de la espina dorsal por una membrana vascular denominada mesenterio.⁴⁷

El recto es una de las últimas partes del intestino grueso. Tiene unos trece centímetros de longitud y se extiende desde el colon sigmoideo hasta unirse al canal anal. Los desechos fecales se almacenan en el recto hasta que se expulsan pasando a través del canal anal y salen por el ano.

⁴⁷ *Ibidem* Pág. 795

El ano es el esfínter que regula el orificio inferior del tracto digestivo. El esfínter mantiene el ano cerrado, abriéndolo durante la excreción para permitir que pasen las heces.⁴⁸



⁴⁸ Ibidem Pág. 798

b) CANCER GASTRICO

El cáncer de estómago, también denominado cáncer gástrico, puede comenzar en cualquier parte del estómago diseminándose a los ganglios linfáticos cercanos y a otras partes del organismo como el hígado, páncreas, colon, pulmones y ovarios. La mayoría de los casos de cáncer de estómago son del tipo denominado adenocarcinoma, que significa que se forma a partir de células que revisten el interior del estómago. Otros tipos de tumores que se forman en el estómago incluyen linfoma, sarcoma gástrico y tumor carcinoide, todos éstos muy poco frecuentes.

El estómago se ubica en la parte superior del abdomen y desempeña un papel importante en la digestión de los alimentos. Cuando se ingiere el alimento, este desciende por el esófago —o garganta— e ingresa en el estómago. Los músculos del estómago mezclan el alimento y liberan jugos gástricos que ayudan a digerirlo y triturarlo. Seguidamente, el alimento se traslada al intestino delgado para continuar la digestión.

Estadísticas

La mayoría de las personas con diagnóstico de cáncer de estómago tienen entre 60 y 70 años. La tasa de supervivencia relativa a cinco años (porcentaje de pacientes que sobrevive al menos cinco años una vez detectado el cáncer, excluidos aquellos que mueren por otras enfermedades) de pacientes con cáncer de estómago asciende al 22%. Esta estadística refleja el hecho de que la mayoría de los casos de cáncer de estómago se diagnostican cuando el cáncer ya se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Si el cáncer se diagnostica antes de que se haya diseminado, la tasa de supervivencia relativa a cinco años asciende al 59%. Es imposible informar a una persona de cuánto tiempo vivirá con cáncer de estómago. Debido a que las estadísticas de supervivencia se miden en intervalos de cinco años (o a menudo de un año), pueden no representar correctamente los avances que se hacen en el tratamiento o diagnóstico de este tipo de cáncer.⁴⁹

⁴⁹ OTTO Shirley. Enfermería Oncológica. Vol. 1 3ª edición. Ed. Harcourt Brace España 1999 Pág. 147

Factores de riesgo

El factor de riesgo es el elemento que aumenta la posibilidad de que una persona desarrolle una enfermedad, incluida el cáncer. Existen factores de riesgo que pueden controlarse, como el tabaquismo, y factores de riesgo que no pueden controlarse, como la edad y los antecedentes familiares. Si bien los factores de riesgo pueden influir en la enfermedad, aún no se sabe si muchos de ellos realmente son los causantes directos del cáncer. Algunas personas con varios factores de riesgo nunca desarrollan la enfermedad, mientras que otras que carecen de factores de riesgo conocidos sí lo hacen. El conocer sus factores de riesgo y comunicarse con el médico puede ayudarle a tomar decisiones inteligentes sobre el estilo de vida adecuado y los cuidados de su salud.⁵⁰

Los siguientes factores pueden elevar el riesgo que tiene una persona de desarrollar cáncer de estómago:

Edad. La mayoría de los casos de cáncer de estómago ocurren en personas de más de 55 años.

Sexo. Los hombres son dos veces más propensos a desarrollar cáncer de estómago que las mujeres.

Antecedentes familiares. Las personas que tienen un familiar de primer grado con cáncer de estómago corren más riesgo de padecer esta enfermedad.

Etnia. Las personas negras son más propensas a desarrollar cáncer de estómago que las blancas.

Alimentación. El consumo de alimentos conservados con métodos de secado, ahumado, salado o encurtido puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de estómago. El consumo de frutas y vegetales frescos puede ayudar a disminuir el riesgo.

Bacterias. Una bacteria común denominada *Helicobacter pylori*, que causa inflamación y úlceras estomacales, puede aumentar el riesgo de cáncer de estómago. No obstante, la mayoría de las personas infectadas con esta bacteria nunca desarrolla cáncer de estómago.

Cirugía previa o estado de salud. Las personas que se han sometido a cirugía de estómago o tienen anemia perniciosa (disminución pronunciada de glóbulos rojos) o aclorhidria (ausencia de ácido clorhídrico en los jugos gástricos, que ayuda a digerir los

⁵⁰ *Ibidem* Pág. 149

alimentos) corren más riesgo de cáncer de estómago.

Exposición ocupacional. La exposición a determinadas sustancias en polvo o gas puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de estómago.

Tabaco y alcohol. El uso de tabaco y el consumo excesivo de alcohol puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de estómago.

Mutaciones genéticas. Determinadas alteraciones genéticas hereditarias como el cáncer de colon hereditario sin poliposis (HNPCC, por su sigla en inglés o síndrome de Lynch) y la poliposis adenomatosa familiar (FAP, por su sigla en inglés) pueden aumentar el riesgo de cáncer de estómago.

Obesidad. El peso corporal excesivo aumenta el riesgo de que el hombre desarrolle cáncer de estómago. No está claro si la obesidad aumenta el riesgo de la mujer de padecer cáncer de estómago.

País de origen. En ciertos países la incidencia del cáncer de estómago es más alta, debido a causas aun desconocidas. Tal ocurre en Japón, Chile y algunos países de Asia. La causa podría estar relacionada a infección endémica del *Helicobacter pylori* mencionado.

Síntomas

Las personas con cáncer de estómago pueden tener los siguientes síntomas, pero a veces no muestran ninguno de estos síntomas. También debe entenderse que muchas veces estos síntomas pueden ser similares a los síntomas de otras dolencias médicas.⁵¹

El cáncer de estómago habitualmente no se detecta en un estadio temprano porque no causa síntomas específicos. Cuando los síntomas se presentan, pueden ser ambiguos e incluir:

- Indigestión o acidez estomacal
- Dolor o molestia en el abdomen
- Náuseas y vómitos
- Diarrea o estreñimiento
- Hinchazón del estómago después de las comidas
- Pérdida del apetito

⁵¹ *Ibidem* Pág. 150

Los síntomas de cáncer de estómago avanzado pueden incluir:

- Debilidad y fatiga
- Vómitos de sangre o sangre en la materia fecal
- Pérdida involuntaria de peso

Es importante recordar que estos síntomas también pueden estar causados por muchas otras afecciones, como un virus o úlcera estomacal.

Diagnóstico

Algunas pruebas también pueden determinar cuál es el tratamiento más efectivo. En la mayor parte de los tipos de cáncer, la biopsia es el único método para efectuar un diagnóstico definitivo de cáncer. Si no se puede realizar la biopsia, el médico puede sugerir que se realicen otras pruebas que ayuden a formular un diagnóstico. Se pueden utilizar pruebas con imágenes para determinar si el cáncer se ha extendido en el organismo.⁵²

Se pueden utilizar las siguientes pruebas para diagnosticar el cáncer de estómago:

Endoscopia Durante el procedimiento, el gastroscopio se inserta a través de la boca, desciende por el esófago y penetra en el estómago. Durante la endoscopia, el médico puede extraer una muestra de tejido y estudiarla para detectar la presencia de cáncer.

Ecografía endoscópica. Esta prueba es similar a la endoscopia, pero el gastroscopio tiene en el extremo una pequeña sonda de ultrasonido que produce una imagen del estómago. En el ultrasonido, las ondas de sonido proporcionan una imagen de las estructuras internas del cuerpo. La imagen ecográfica ayuda a los médicos a determinar la extensión del cáncer en los tejidos estomacales gástricos y Órganos vecinos.

Radiografía. La placa radiográfica es una imagen del interior del cuerpo. La placa radiográfica de tórax puede ayudar a los médicos a determinar si el cáncer se ha diseminado a los pulmones.

Ingesta de bario. Con la ingesta de bario, la persona bebe un líquido que contiene bario y se toma una serie de placas radiográficas. El bario cubre el revestimiento interno del

⁵² *Ibidem* Pág. 150

esófago, estómago e intestinos, de manera que los tumores u otras anomalías resultan más fáciles de ver en la radiografía.

Estudio por tomografía computada (TAC es su sigla en español). El estudio por TAC crea una imagen tridimensional del interior del cuerpo con una máquina de rayos x. Una computadora luego combina estas imágenes en una vista detallada de cortes transversales que muestra anomalías o tumores. A menudo, se inyecta un medio de contraste (una tinción especial) en una vena para obtener mejores detalles.

Imágenes de resonancia magnética (RMN). Las RMN utilizan campos magnéticos, en lugar de rayos x, para producir imágenes detalladas del cuerpo.

Determinación del estadio

La determinación del estadio es una manera de describir cáncer la extensión de la enfermedad, como por ejemplo, dónde está ubicado, adónde se ha diseminado y si está afectando las funciones de otros órganos del cuerpo. El conocimiento del estadio permite al médico decidir cuál es el mejor tratamiento y predecir el pronóstico del paciente. Existen diferentes descripciones de los estadios según los diferentes tipos de cáncer.⁵³

Se utiliza tres criterios para juzgar el estadio del cáncer: el tumor mismo, los ganglios linfáticos alrededor del tumor y si el tumor se ha diseminado al resto del cuerpo. Los resultados se combinan para determinar el estadio del cáncer de cada persona. Existen cinco estadios: estadio 0 (cero) y los estadios I a IV. El estadio es una forma común de describir el cáncer de manera que los médicos puedan trabajar juntos en la planificación de los mejores tratamientos.

TNM es la abreviatura de tumor (T), ganglio (N, en inglés) y metástasis (M).

Tumor. Mediante el sistema TNM, se utiliza la "T" más una letra o número (0 a 4) para describir el tamaño y la localización del tumor. Algunos estadios se dividen en grupos más pequeños que permiten describir el estado del paciente con más detalle. A continuación se brinda información específica sobre los estadios de los tumores:

TX: No se puede evaluar el tumor primario.

⁵³ *Ibidem* Pág. 151

T0 (T cero): No hay evidencia de tumor primario en el estómago.

Tis: Este estadio describe una enfermedad denominada carcinoma in situ. El cáncer sólo se encuentra en las células del epitelio superficial (el revestimiento interno del estómago) y no se ha diseminado a ninguna otra capa del estómago.⁵⁴

T1: El tumor ha invadido la lámina propia y la submucosa

T2: El tumor ha invadido la lámina muscular propia y la subserosa.

T2a: El tumor ha crecido a través de la lámina muscular propia

T2b: El tumor ha crecido en la serosa (la capa externa del estómago).

T3: El tumor ha crecido a través de la serosa pero no ha invadido las estructuras u órganos fuera del estómago.

T4: El tumor ha invadido las estructuras u órganos que rodean al estómago como bazo, colon o hígado.

Ganglio. La "N" en la abreviatura del sistema de determinación de estadios TNM significa ganglios linfáticos, que son órganos minúsculos con forma de poroto que ayudan a combatir las infecciones.

Los ganglios linfáticos dentro del abdomen se denominan ganglios linfáticos regionales. Los ganglios linfáticos ubicados en otras partes del cuerpo se denominan ganglios a distancia. El pronóstico de los pacientes con cáncer de estómago se basa en la cantidad de ganglios linfáticos regionales que muestran evidencia de cáncer.

NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a la falta de información.

N0 (Ncero): El cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales.

N1: Hay diseminación del cáncer hacia uno a seis ganglios linfáticos regionales.

N2: Hay diseminación del cáncer hacia siete a quince ganglios linfáticos regionales.

N3: Hay diseminación del cáncer a más de 15 ganglios linfáticos regionales.

Metástasis a distancia. La "M" del sistema TNM indica si el cáncer se ha diseminado a otras áreas del cuerpo.

MX: No se puede evaluar la metástasis distante.

M0 (M más cero): No se detectan metástasis.

⁵⁴ Ibidem Pág. 151

M1: Hay metástasis a distancia.

Agrupación de los estadios del cáncer

Estadio 0 (Tis, N0, M0): Este estadio también se denomina cáncer in situ y sólo se encuentra en la superficie del epitelio. El cáncer no ha invadido ninguna otra capa del estómago y se considera un cáncer temprano.

Estadio IA (T1, N0, M0): El cáncer ha invadido la capa interna de la pared del estómago pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos.⁵⁵

Estadio IB: El cáncer de estómago se denomina estadio IB en cualquiera de estas dos situaciones:

- El cáncer se ha desarrollado en las capas internas de la pared del estómago y compromete uno a seis ganglios linfáticos (T1, N1, M0).
- El cáncer ha crecido en las capas musculares externas de la pared del estómago pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos (T2a o T2b, N0, M0).

Estadio II: El cáncer de estómago se denomina de estadio II en cualquiera de estas dos situaciones:

- El cáncer ha invadido la capa interna de la pared del estómago y se ha diseminado a siete a 15 ganglios linfáticos (T1, N2, M0).
- El cáncer ha invadido las capas musculares externas de la pared del estómago y se ha diseminado a uno a seis los ganglios linfáticos (T2a o T2b, N1, M0).
- El cáncer ha crecido a través de la pared del estómago pero no en los ganglios linfáticos u órganos circundantes (T3, N0, M0).

⁵⁵ *Ibidem* Pág. 151

Estadio IIIA: El cáncer de estómago se denomina de estadio IIIA en cualquiera de estas situaciones:

- El cáncer ha invadido las paredes musculares externas del estómago y se ha diseminado a siete a 15 ganglios linfáticos (T2a o T2b, N2, M0).
- El cáncer ha penetrado la pared del estómago y se ha diseminado a uno a seis ganglios linfáticos (T3, N1, M0).
- El cáncer ha invadido órganos o estructuras que rodean al estómago, pero no los ganglios linfáticos (T4, N0, M0).⁵⁶

Estadio IIIB (T3, N2, M0): El cáncer ha penetrado la pared del estómago, pero no los órganos circundantes y se ha diseminado a siete a 15 ganglios linfáticos.

Estadio IV: El cáncer de estómago se denomina de estadio IV en cualquiera de estas situaciones:

- Cualquier metástasis a distancia a otras áreas del cuerpo además de la zona que circunda el estómago (cualquier T, cualquier N, M1).
- El cáncer ha invadido más de 15 ganglios linfáticos, independientemente de la profundidad con que el tumor ha invadido la pared del estómago (cualquier T, N3, M0).
- El cáncer ha invadido las estructuras u órganos que rodean al estómago y se ha diseminado a los ganglios linfáticos (T4, N1 a N3, M0).

Cáncer recurrente: Si el cáncer recurre (vuelve a aparecer) después de haber sido tratado, se lo denomina cáncer recurrente. Puede tratarse de una recurrencia localizada (vuelve a aparecer en el lugar donde creció la primera vez) o puede ser una metástasis a distancia (aparece en otra área del cuerpo).

⁵⁶ Ibidem Pág. 151

Tratamiento

El tratamiento del cáncer de estómago depende del tamaño y la localización del tumor, de si se ha diseminado y del estado clínico general del paciente.

El cáncer de estómago puede tratarse con cirugía, quimioterapia o radioterapia. A menudo se recurre a una combinación de estos métodos de tratamiento. La cura del cáncer de estómago puede ser difícil porque a menudo no se lo detecta hasta que se encuentra en un estadio avanzado.⁵⁷

Cirugía

En los estadios tempranos (0 o I) cuando el cáncer todavía está confinado al estómago, el tratamiento generalmente consiste en cirugía para extirpar la parte del estómago afectada y los ganglios linfáticos cercanos. Si el cáncer se ha diseminado a la pared externa del estómago o a más de tres ganglios linfáticos (estadio II), puede recurrirse a cirugía más quimioterapia o radioterapia. El cirujano puede extirpar parte del estómago (gastrectomía subtotal o parcial) o todo el estómago (gastrectomía total). Durante la gastrectomía total, el cirujano une el esófago al intestino delgado. En la gastrectomía parcial, el cirujano conecta la parte restante del estómago al esófago o intestino delgado. Luego de esta cirugía, el paciente estará en condiciones de comer pequeñas cantidades de alimentos solamente.

La gastrectomía es una cirugía mayor y puede tener complicaciones o efectos secundarios graves. Un efecto secundario común es un grupo de síntomas conocidos como síndrome de evacuación gástrica rápida, que incluye calambres, náuseas, diarrea y mareos después de comer. Esto sucede cuando el alimento ingresa en el intestino delgado con demasiada rapidez. El médico puede sugerir métodos para evitar esta situación y recetar medicamentos para controlar estos síntomas. Por lo general, los síntomas desaparecen a los pocos meses, pero en algunos casos pueden ser permanentes. A las personas a las que se les extirpa todo el estómago se les deberán administrar inyecciones de vitamina B12 porque ya no podrán absorber esta vitamina esencial a través del estómago.

A menudo, durante la cirugía (linfadenectomía) se extirpan los ganglios linfáticos próximos al cáncer porque es posible que se haya diseminado hasta esa área. Todavía existen polémicas sobre la extensión de la linfadenectomía.

⁵⁷ Ibidem Pág. 152

Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de drogas antitumorales para destruir a las células cancerosas. La quimioterapia sistémica consiste en el uso de medicamentos que atacan a las células cancerosas de todo el cuerpo. El objetivo de la quimioterapia puede ser destruir el cáncer que quede después de la cirugía, retardar el crecimiento del tumor o disminuir los síntomas relacionados con el cáncer. También se la puede combinar con radioterapia.

Los agentes quimioterapéuticos pueden administrarse por vía oral o inyecciones intravenosas. Debido a que los agentes quimioterapéuticos afectan tanto a las células normales como a las células cancerosas, muchas personas experimentan efectos secundarios como resultado del tratamiento. Los efectos secundarios dependen del medicamento utilizado y la dosis. Los efectos secundarios frecuentes incluyen náuseas y vómitos, pérdida del apetito, diarrea, fatiga, recuento sanguíneo bajo, sangrado o hematomas después de cortes o lesiones menores, entumecimiento o cosquilleo en manos o pies, dolor de cabeza, pérdida del cabello y oscurecimiento de la piel y las uñas. Los efectos secundarios habitualmente desaparecen cuando finaliza la quimioterapia.

Radioterapia

La radioterapia es el uso de rayos x con alta potencia u otras partículas para matar las células cancerosas. Las personas con cáncer de estómago generalmente reciben radioterapia de rayos externos desde una máquina fuera del cuerpo. La radioterapia puede utilizarse antes de la cirugía para disminuir el tamaño del tumor o después de la cirugía para destruir las células cancerosas que queden. Los efectos secundarios de la radioterapia incluyen cansancio, reacciones cutáneas leves, malestar estomacal y deposiciones líquidas. La mayoría de los efectos secundarios desaparecen apenas finaliza el tratamiento.⁵⁸

⁵⁸ *Ibidem* Pág. 153

c) INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

Nombre = Efrén Ramos Salazar

Edad = 65 años

Fecha de admisión = 04 de Enero del 2004

Edo. Civil = Soltero

Procedencia = Guerrero

Fuente de Información = Expediente, familiar y paciente

Persona significativa = Hermano

Ocupación = Sacerdote

1. - NECESIDAD DE OXIGENACION

DATOS

- Subjetivo

Fuma = si Cuantos cigarrillos al día = 1 cajetilla al día

Varia la cantidad según su estado emocional = si

Ha presentado molestias al respirar = Algunas ocasiones

- Objetivos

Registro de signos vitales = Pulso 80x¹ TCA 130/80 Temp. 36.5 FR. 26x¹

Características de las NECESIDADES, tos, piel, mucosas, y llenado capilar = tiene dificultad respiratoria, tos seca en algunas ocasiones, piel con palidez y mucosas deshidratadas

Pulsos periféricos = presentes

2. - NECESIDADES DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

- Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): alimentación enteral por sonda nasoyeyunal

Número de comidas diarias: Goteo continuo

Trastornos digestivos: Diarrea

Intolerancias alimentarias / Alergias: Al principio intolerancia

Problemas de la masticación y deglución: Si

Patrón de ejercicio: No

- Objetivo

Turgencia de la piel: Deshidratada

Membranas mucosas hidratadas / secas: secas

Características de uñas / cabello: uñas limpias, con alopecia

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Fatiga y debilidad neuromuscular y esquelética

Aspectos de los dientes y encías: limpios sin caries

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: se le realiza una gastrectomía total y el tiempo de cicatrización es de 12 días

Capacidad para alimentarse: Necesita ayuda

3. - NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Subjetivo

Habitos intestinales: Al día evacua 5 veces características de las heces, orina y menstruación: evacuaciones pastosas y orina de color amarillo

Historia de hemorragias y enfermedades renales, otros: no

Uso de laxantes: no Hemorroides: no

Dolor al defecar / menstruar / orinar: no

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No influye

- Objetivo

Abdomen características: plano, color uniforme, con herida quirúrgica limpia

Ruidos intestinales: presentes

Palpitación de la vejiga urinaria: no palpable

Control de esfínteres: sí

Capacidad para trasladarse y levantarse al WC: Necesita ayuda ya que se encuentra débil

4. - NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- Subjetivo

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: sí

Ejercicio/ tipo y frecuencia: no realiza

Temperatura ambiental que de es agradable: cuando hace calor

- Objetivo

Características de la piel: deshidratada, reseca Transpiración: varia con la humedad y actividad, temperatura

5. - NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- Subjetivo

Capacidad física cotidiana: se encuentra con debilidad

Actividades en el tiempo libre: rezar en la iglesia

- Objetivo

Viste de acuerdo a su edad: sí

Estado del sistema músculo esquelético, Fuerza: debilidad

Capacidad muscular, Tono / resistencia / flexibilidad: se encuentra muy debilitado

Necesidad de ayuda para la deambulación: sí

Dolor con el movimiento: sí por la herida quirúrgica

Presencia de temblores: no Estado de conciencia: consciente

Estado emocional: deprimido y triste

6. - NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- Subjetivo

Hora de descanso: 11pm a 5am Horario de sueño: 1 am a 4am

Horas de descanso: no descansa Horas de sueño: 3 horas

Siesta: No Ayudas: _____

Insomnio: Sí Debido a: preocupación por la enfermedad

Descansado al levantarse: no Toma medicamento para dormir: no

- Objetivo

Estado mental, Ansiedad / estrés / lenguaje: Ansiedad y estrés

Ojeras: Sí Atención: _____ Bostezos: X Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: No

Respuesta a estímulos: responde a estímulos verbales y táctiles

7. - NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- Subjetivo

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: No

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No

- Objetivo

Viste de acuerdo a su edad: sí

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: sí

Vestido

Incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: Completo, limpio

8. - NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- Subjetivo

Frecuencia del baño: tres veces a la semana

Momento preferido para el baño: en la mañana

Cuántas veces se lava los dientes al día: tres veces al día

Aseo de manos antes y después de comer: sí Después de eliminar: sí

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

- Objetivo

Aspecto general: limpio

Olor corporal: limpio Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: limpio con alopecia

Lesiones dérmicas Tipo: herida quirúrgica por gastrectomía

Se baña solo o requiere ayuda: Ayuda de su familiar

Higiene y características de uñas: Limpias

Requiere aseo corporal parcial: No

9. - NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- Subjetivo

Que miembros componen la familia de pertenencia: él y su hermano, ya que no quiere hablar de su familia

Como reacciona ante situación de urgencia: se asusta

Conoce las medidas de prevención de accidentes: sí en caso de incendio y temblores

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: anteriormente no, ahora sí

Como canaliza las situaciones de tensión de su vida: con estrés y miedo

- Objetivo

Detormidades congénitas: No

Trabajo: Agradable

Condiciones de seguridad en el Hospital: se encuentra bien

10. - NECESIDAD DE COMUNICARSE

- Subjetivo

Estado civil: soltero Años de relación: _____ Vive con: su hermano

Preocupaciones / estrés: preocupaciones Familia: _____

Otras personas que pueden ayudar: los demás sacerdotes

Rol en estructura familiar: vive con su hermano

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: algunas veces ya que la mayor parte del tiempo se encuentra triste

Cuanto tiempo pasa solo: casi no, ya que lo acompaña su hermano

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: dos o tres veces por semana

- Objetivo

Habla claro: _____ sí _____ Confusa: _____

Dificultad. Visión: _____ No _____ Audición: _____ No _____

13 - NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- Subjetivo

Actividades recreativas que realiza en tiempo libre: ninguna

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: no

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: no

- Objetivo

Reclama a las actividades recreativas: si

Estado de ánimo: Apático / aburrido / participativo: aburrido

14 - NECESIDADES DE APRENDIZAJE

- Subjetivo

Nivel de educación: secundaria

Problemas de aprendizaje: no

Limitaciones cognitivas: no

Preferencias leer / escribir: leer

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: si

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: si pero hay dias que ya no quiere saber nada

- Objetivo

Órganos de los sentidos: presentes

Estado emocional: ansiedad, dolor: triste y deprimido

Memoria reciente: si

Memoria remota: si, pero no le gusta que le pregunte de su infancia