



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**ESTUDIO DE CASO, APLICADO A UN ADULTO MAYOR BAJO LA FILOSOFÍA  
CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON POR RESECCIÓN ABDOMINAL  
BAJA POR CÁNCER DE RECTO.**

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

**P R E S E N T A**

**L. E. O María Elizabeth Núñez López**

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



**Ciudad de México**

**29 de Agosto de 2017.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Contenido

DEDICATORIA .....	4
AGRADECIMIENTOS.....	5
Capítulo 1. INTRODUCCIÓN.....	6
Capítulo 2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO .....	9
2.1 Objetivo General del estudio de caso.....	9
2.2 Objetivos Específicos .....	9
Capítulo 3. FUNDAMENTACIÓN.....	10
3.1 Antecedentes.....	10
Capítulo 4. MARCO CONCEPTUAL .....	11
4.1 Conceptualización de la Enfermería.....	11
4.2 Paradigmas en enfermería.....	13
4.3 Teoría de Enfermería: Virginia Avenel Henderson.....	18
4.4 Proceso de Atención Enfermería .....	20
Capítulo 5. MARCO REFERENCIAL .....	29
5.1 Anatomía y fisiología .....	29
5.2 Epidemiología.....	37
5.3 Factores de riesgo .....	38
5.4 Manifestaciones clínicas.....	43
5.5 Vías de diseminación .....	43
5.6 Evaluación diagnóstica .....	44
5.7 Factores pronósticos .....	44
5.8 Estadificación .....	45
5.9 Tratamiento.....	52
6. METODOLOGÍA.....	60
6.1 Fuentes de Información .....	60
6.2 Consideraciones éticas.....	60
7. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	66
7.1 Ficha de Identificación .....	66
7.2 Tratamiento farmacológico.....	68
8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	68
8.1 Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	68

8.2 Jerarquización de las necesidades alteradas .....	71
8.3 Diagnósticos de Enfermería .....	71
9. PLAN DE ALTA .....	82
10. VALORACIONES FOCALIZADAS: .....	84
11. CONCLUSIONES .....	98
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	99
13. ANEXOS.....	105

## DEDICATORIA

Primero que nada, quiero dedicar y dar gracias a Dios, por permitirme llegar hasta aquí, por siempre darme fortaleza en mis momentos de debilidad y agotamiento, por enseñarme que, en la vida, por muy difícil y malas que sean algunas circunstancias, siempre hay momentos de alegría y felicidad, que compensan y hacen que todo haya valido la pena.

A mi gran pilar y ejemplo de vida, mis padres, a mí padre que me acompaño todo este año desde el cielo y el cual me ha demostrado una y mil veces que siempre está y estará ahí para mí, el cual me enseñó a luchar y a levantarme una y mil veces si hace falta, sé que sin ti padre mío no hubiese logrado nada, a ti te debo todo, te agradeceré y extrañare por siempre, a mi madre que pese a lo difícil de la situación siempre me ha apoyado y ayudado en cada momento, ella se ha convertido en lo más importante para mí, por la cual lucho y me supero cada día, por la cual nunca me rendiría y a la cual le debo la más grata compañía, a ambos los amo y amare siempre, porque ustedes me han dado todo, por todo su esfuerzo y sacrificio mil gracias.

A mis cinco hermosas mujeres, mis hermanas, las cuales me han ayudado y acompañado siempre, gracias por poner su granito de arena, de cada una de ustedes aprendo a cada día, las respeto, admiro y quiero muchísimo, a sus hermosos retoños mis sobrinos (as), que me alegran cada día.

Mi familia que son lo más grande y hermoso que tengo en la vida, la unión y compañía que me han brindado siempre, han hecho que me sienta feliz, plena y realizada y sé que siempre estarán ahí para mí en las buenas y en las malas, en ustedes puedo confiar a ciegas, son lo más importante en mi vida.

Un sincero y especial Agradecimiento a don Alfredo y su esposa doña Martha, por colaborar conmigo a lo largo de este año, ya que sin ellos no hubiese sido posible la realización del presente trabajo.

A todos ellos les dedico este trabajo porque cada uno colaboro colocando su granito de arena.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi tutor, el Lic. Rogelio Rodríguez Díaz, por su apoyo y enseñanzas, por dedicar su tiempo para mejorar y pulir el presente trabajo, por hacer un espacio dentro de sus múltiples ocupaciones y dedicar un tiempo extra para ello, mil gracias.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), la cual es un ejemplo a seguir por su amplia experiencia y el gran apoyo que me brindo para el crecimiento personal y profesional

Al Instituto Nacional de Cancerología (INCan), México, por darme la valiosa oportunidad de aprender y practicar dentro de sus hermosas y amplias instalaciones, por la experiencia, por todos los conocimientos y la innovación que posee tanto en instalaciones, equipo y modernidad, así como el gran equipo de trabajo que labora dentro de él.

A todos y cada uno de mis profesores por ese amor a la educación y la enseñanza, por regalarme cada minuto de su ocupado y valioso tiempo, para transmitirme su experiencia y conocimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, máxima casa de estudios, por permitirme ser parte de ella, me siento inmensamente dichosa y afortunada, muchas gracias.

## Capítulo 1. INTRODUCCIÓN

El estudio de caso es un proceso de indagación a profundidad cuyo propósito es integrar la teoría y la práctica, analizando un hecho de la vida real, que puede ser una persona, grupos, familias, organización y otros, estudiándose en su propio contexto.

Tiene un carácter dinámico, vivo y en evolución de una realidad específica en este caso, la salud de las personas; describe una situación real de la vida profesional, detalla una serie de hechos de un campo particular del conocimiento relacionado con el cuidado para llegar a la toma de decisiones en relación a las intervenciones de enfermería.

El estudio de caso en la Enfermería especializada, integra el proceso de cuidado, de manera que existe una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente, de ahí que éste enfoque teórico-metodológico, da coherencia y sustento al estudio como método de análisis de la práctica del cuidado.

Bajo este enfoque, la enfermera oncóloga tiene el compromiso y la obligación de prestar un cuidado integral y especializado basado en el proceso de atención de enfermería, aplicando conocimientos teóricos y prácticos, de manera individualizada, que respondan a las necesidades de la persona, y ayuden a mejorar la calidad de vida, afrontamiento, transcurso de la enfermedad, a través de la enseñanza y aprendizaje como un eje para la capacitación del paciente, el cuidador primario y la familia.

Basado en este concepto, se realizó este estudio de caso en el Sr. Alfredo, que se encuentra con un diagnóstico de cáncer de recto, hospitalizado en el 5° piso de Hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología.

Hoy en día el cáncer es reconocido como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células, que puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. Suele invadir el tejido circundante y provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia antineoplásica, especialmente si se detectan en una fase temprana.<sup>1</sup>

El cáncer de recto es una enfermedad en la que se forman células cancerosas malignas en los tejidos del recto. La edad y los antecedentes familiares

---

<sup>1</sup> OMS, 2016, citado: 21/12/16, Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es>

pueden afectar el riesgo de presentar cáncer de recto, algunos signos y síntomas son cambios en los hábitos intestinales o sangre en las heces.<sup>2</sup>

El cáncer color rectal ocupa el primer lugar por frecuencia entre los cánceres gastrointestinales. El 30 % de los casos está asociado a factores genéticos. El cáncer colorrectal representa 9% de las neoplasias malignas en el ser humano. En México se registraron 3802 casos en el año 2003, lo cual ubica en el primer lugar por frecuencia entre los cánceres gastrointestinales. El riesgo de padecerlo aumenta con la edad. La incidencia es 19 por 100 000 habitantes menores de 65 años y 337 por 100 000 en mayores a esa edad. En una zona de alta incidencia, un individuo tiene un riesgo de 5% de desarrollar cáncer colorrectal durante su vida.<sup>3</sup>

En el desarrollo de este trabajo se podrá observar que contiene un objetivo general que define por qué y a quien, del estudio, objetivos específicos que dirigen el objetivo general. En la fundamentación se incluyen los estudios de caso realizados previamente en personas con cáncer colorrectal, por colegas enfermeros (as), que sirvieron de base para este trabajo. En el marco conceptual se incluyen los conceptos de enfermería en base a algunas teoristas y autores, así como los paradigmas de enfermería de categorización, transformación e integración. Se incluyó la teoría de enfermería de Virginia Henderson, en la cual se basó la elaboración del presente trabajo, el proceso de atención de enfermería y todas y cada una de sus etapas desarrolladas de forma específica.

En el marco referencial se define y describe todo lo referente a la anatomía y fisiología del colon y recto, así como los datos epidemiológicos referentes al cáncer colorrectal, los factores de riesgo para desarrollarlo, tanto demográficos, como ambientales y hereditarios, sus manifestaciones clínicas y las vías de diseminación por las cuales puede desarrollarse e invadir otras partes del organismo. La evaluación diagnóstica así como los factores pronósticos para personas con esta enfermedad. Se describe y detalla la estadificación TNM, la historia natural y las diferentes modalidades de tratamiento para cáncer colorrectal.

Se presenta la metodología que se siguió así como las fuentes de información que sirvieron para realizar este trabajo. Las consideraciones éticas, la carta de derechos generales de los pacientes, las NOM 168 del expediente clínico, y lo referente al consentimiento informado.

Posteriormente en la presentación del caso se incluyen la ficha de identificación de don Alfredo, los antecedentes, el desarrollo del padecimiento actual, el tratamiento médico con el cual se encontraba en el momento de la valoración, se redacta la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson,

---

<sup>2</sup> "Cáncer de Recto", Instituto Nacional del cáncer NIH, 15 julio de 2016, citado: 21/12/16; Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/paciente/tratamiento-rectal-pdq>

<sup>3</sup> American Cancer Society, "Estadísticas importantes sobre cáncer de colon y recto", Citado [26/06/17]; Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/estadisticas-clave.html>

se detectan y jerarquizan las necesidades alteradas y posterior a ello se realiza la redacción de diagnósticos de enfermería. Se incluye el plan de alta, y 6 valoraciones focalizadas que se realizaron después de su egreso, al final del trabajo se anexan las conclusiones personales y del señor Alfredo, las referencias bibliográficas y por último el formato del consentimiento informado que firmo el señor Alfredo para permitirme realizar el presente trabajo.

## **Capítulo 2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO**

### **2.1 Objetivo General del estudio de caso**

Realizar y aplicar una valoración continua para Establecer un plan de cuidados aplicando el proceso de atención de enfermería, mediante la Identificación de necesidades humanas alteradas en el Sr. Alfredo, para definir diagnósticos de enfermería reales, de riesgo y bienestar, para realizar intervenciones de enfermería dirigidas a fomentar el autocuidado a través del aprendizaje.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Realizar una valoración exhaustiva utilizando un formato de valoración basado en la filosofía conceptual de Virginia Henderson, para detectar necesidades humanas alteradas.
- Jerarquizar y formular diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar, de enfermería, plantear objetivos y definir intervenciones de educación.
- Evaluar las intervenciones y revalorar el plan de cuidados.
- Establecer un plan de alta.

## **Capítulo 3. FUNDAMENTACIÓN**

### **3.1 Antecedentes**

**1.-** Montes de Oca P. E., “CANCER DE COLON, Proceso de Atención de Enfermería que para obtener el título de Licenciado en enfermería y Obstetricia”, UNAM/ENEO, México, D.F. 1987; citado [22/06/17]; Disponible en: Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO).

**2.-** Peralta R. I., “Proceso de atención de Enfermería aplicado en la teoría de Dorothea Orem a un paciente adulto joven con Cáncer Colorrectal”, Marzo 2016, México, D.F., ENEO/UNAM; Citado [22/06/17]; Disponible en: Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO).

**3.-** Meza G. A., “Proceso de Atención de Enfermería basado en la teoría de Dorothea Orem aplicado a un adulto joven con cáncer de recto en el Hospital General de México”, ENEO/UNAM, 2016, México, D.F., Citado [22/06/17]; Disponible en: Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO).

## Capítulo 4. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1 Conceptualización de la Enfermería

Según la OMS, La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.<sup>4</sup>

Florence Nightingale definió la enfermería como “el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su curación”. Indicó en sus escritos que el objetivo fundamental de la enfermería era situar al paciente en el mejor estado posible, para que la naturaleza actuara sobre él. Consideraba que la enfermería requería un conocimiento distinto del conocimiento médico, ya que era una vocación religiosa. Definió la Enfermería como arte y ciencia.<sup>5</sup>

Según Dorothea Orem los cuidados de Enfermería deben centrarse en “Ayudar al individuo a llevar a cabo o mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad, y afrontar las consecuencias de esta”.

Según el Consejo Internacional de Enfermería, la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.<sup>6</sup>

Callista Roy la define como un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo. Callista hace una diferenciación entre enfermería como ciencia y enfermería práctica, significando que la segunda se enfoca con el propósito de ofrecer a los individuos un servicio que fomente positivamente su salud.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), “Enfermería”, citado [24/06/17]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

<sup>5</sup> Bello L. Nidia, “Definición de Enfermería por Florence Nightingale”, citado [24/06/17]; Disponible en: <http://www.escuelaignaciochavez.edu.mx/definicion-de-enfermeria-por-florence-nightingale-1853-1874/>

<sup>6</sup> Consejo Internacional de Enfermería, “Definición de Enfermería”, diciembre 2015, citado [24/06/17]; Disponible en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>

<sup>7</sup> Callista R., “Sor Callista Roy”, Citado [24/06/17] ; Disponible en: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/sor.html>

Martha Rogers define la Función de la Enfermería como ciencia humanitaria y arte. Sus actividades van encaminadas hacia el mantenimiento y promoción de la Salud, la prevención de las enfermedades y rehabilitación de enfermos e incapacitados. Para ello se intervendrá sobre la totalidad del hombre, grupo y entorno. Para procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así, las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la consciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de Salud.<sup>8</sup>

Imogene King define enfermería como un proceso de reacción, acción e interacción; en el que el paciente y la enfermera comparten información. En este dice que la enfermería se encuentra en los sistemas de cuidados de la salud en la sociedad (King, 1971), básicamente dice que la meta de la enfermería es ayudar a las personas a mantener su salud para que puedan cumplir con sus roles. Dice que las percepciones de una enfermera y de un paciente influyen en el proceso interpersonal.<sup>9</sup>

Según la Real Academia Española (RAE), la Enfermería es la Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas.<sup>10</sup>

La American Nurses Association define la enfermería como la protección, el fomento y la optimización del estado de salud y las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas, y la defensa de la asistencia a los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones.<sup>11</sup>

Ida Jean Orlando consideró la enfermería como profesión independiente que funciona de manera autónoma, la función de enfermera profesional la describe como la averiguación y la atención de las necesidades de ayuda inmediata al paciente.

Myra Levine refiere que la enfermería es una interacción humana cuyo objetivo es promover la integridad de todas las personas enfermas o sanas.

---

<sup>8</sup> Roghers M. E. "Definición de Enfermería", citado [24/06/17], Disponible en; <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/martha.html>

<sup>9</sup> Imogene K., "Desarrollo del conocimiento en Enfermería", Citado [24/06/17]; Disponible en; <http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.mx/2013/12/marco-de-sistemas-de-interaccion-y.html>

<sup>10</sup> Amezcua M., "La enfermería como profesión", Facultad de ciencias de la salud, citado [24/06/17]; Disponible en; <http://index-f.com/gomeres/wp-content/uploads/2015/01/TEMA-8a-Profesion.pdf>

<sup>11</sup> American Nurses Association, "Enfermería profesional, técnicas y fundamentos", citado [24/06/17] ; Disponible en; <http://www.mailxmail.com/curso-enfermeria-profesional-tecnicas-fundamentos/enfermeria-profesional-definicion-papel-profesional>

Dorothy Johnson la define como una fuerza reguladora externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del paciente a un nivel óptimo en aquellas ocasiones en que la conducta del paciente a un nivel óptimo en aquellas ocasiones en que la conducta constituye una amenaza para la salud física, social o existe una enfermedad.<sup>12</sup>

## 4.2 Paradigmas en enfermería

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados.

A partir de la década de los 60, el inicio de la investigación en enfermería constató la falta de sistemas teóricos sólidos que pudieran ofrecer conexiones conceptuales válidas para el ejercicio profesional. Con estas observaciones en el área de la ciencia de enfermería se comienza a usar el concepto de paradigma como referente para el desarrollo de la ciencia y base para múltiples ciencias. Al utilizar este concepto debe hacerse referencia a *Thomas Khun*, que lo utiliza como eje central de su visión de la ciencia a partir de su concepción de "ciencia normal" y de la naturaleza de las evoluciones científicas. Es evidente que la filosofía de la ciencia, dictada por *Khun*, ha servido de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia.

En los años 80, el desarrollo en las teorías de enfermería fue el característico de los períodos de transición, del modelo de pre-paradigma al de paradigma, Los paradigmas dominantes (modelos) proyectaban diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería, la administración de ciencias, la investigación y los posteriores desarrollos técnicos, es decir, dirigían las actividades de una disciplina y como tal fue aceptada por la mayoría de sus miembros. Es por ello, que en el trabajo que realizan los enfermos se observan características de los distintos paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia, los cuales en período de transición se superponen sin que una forma de pensamiento supere totalmente a la anterior. Esto es aplicable a cualquiera de los campos en que se puede orientar el trabajo de enfermería.

---

<sup>12</sup> Hernández C. A., Guardado de la Paz C., "La Enfermería como disciplina profesional holística", Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2004 Ago [citado 2017 Jun 24]; 20(2): 1-1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es).

Todo lo anteriormente expuesto motivó la realización de este trabajo y para ello se propuso reflexionar sobre los distintos paradigmas que ayudan a sustentar las bases del pensamiento en enfermería, identificar los cuidados enfermeros como la esencia de la profesión y describir un modelo de cuidado y un método sistemático, como punto de partida de los cuidados enfermeros.

## **Paradigmas**

"La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas". En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

### **Paradigma de la categorización**

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

#### **Orientación centrada en la salud pública**

Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios."

Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

- **La persona**, posee la capacidad de cambiar su situación.
- **El entorno**, comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- **La salud**, es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.
- **El cuidado**, es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.

## Orientación centrada en la enfermedad y unidad a la práctica médica

Surge cuando comienzan a controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:

- **La persona**, es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- **El entorno**, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- **La salud**, es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.
- **El cuidado**, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.

La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unidad a la práctica médica está reflejada en *F. Nightingale*, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

Otros enfermeros como *Henderson, Hall y Watson* suponen la transición entre los diversos paradigmas, especialmente porque dan paso al de la integración, en ellos ya se avisa que la experiencia de salud-enfermedad supera la linealidad y comienza a considerar a la persona en su integralidad, en interacción con el entorno.

## Paradigma de la Integración

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de *V. Henderson, H. Peplau y D. Orem* quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- **La persona**, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.

- **El entorno**, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- **La salud**, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- **El cuidado**, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

### **Paradigma de la transformación**

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo.<sup>1</sup> Los modelos y teorías propuestas por *R.R. Porse*, *M. Newman*, *M. Rogers* y *Walson* quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera

- **La persona**, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- **La salud**, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- **El entorno**, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- **El cuidado**, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la

disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera *Kerouac*, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud". Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton:

- Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
- Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
- Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
- Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer esta necesidad. Para *King*... las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos."

Se coincide plenamente con el criterio de *King*, teniendo en cuenta el auge que tienen las acciones de promoción y prevención de la salud, encargadas de facilitar a las personas el conocimiento para modificar estilos y modos de vida insanos hacia formas de vida saludables y crear en ellas una conciencia que facilite el autocuidado y la autorresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad.

*Orem* describe los cuidados de acuerdo con su finalidad para la salud de la persona como de prevención primaria, secundaria y terciaria. Esto nos permite entender los cuidados de salud como acciones que contribuyen al bienestar de la persona, lo que hacen que sean considerados necesarios a lo largo de toda la vida y en todas las condiciones de ésta. Los avances que se están realizando en proporcionar un enfoque multidisciplinario individualizado de los cuidados del

paciente no pueden sino mejorar el bienestar de la población y emplear mejor los recursos.

En la actualidad, los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces la intervención de enfermería con esta orientación va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad. A partir de esta opción, los fenómenos que despiertan el interés son las respuestas que presenta el ser humano ante distintas situaciones de salud-enfermedad a lo largo de la vida y esto es, entre otras razones, lo que distingue a la enfermería de otras ciencias. Por ello, además de colaborar con otras profesiones de la salud, como disciplina autónoma debe aportar algo específico y diferenciador del resto: nuestra propia función. Como ya afirmaba *F. Nightingale* a mediados del siglo XIX,... "La enfermería requiere de conocimientos propios, diferentes del conocimiento médico".

Actualmente, la práctica científica de enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. "Método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz" Ambos elementos significan la epistemología de enfermería entendida como los fundamentos (modelos de cuidados) y métodos (procesos de atención de enfermería) del conocimiento de enfermería. Estos dos elementos adquieren su verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso. Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión, lo que quiere decir en otras palabras "Garantizar que todos los enfermeros compartan una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional, y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados."<sup>13</sup>

### **4.3 Teoría de Enfermería: Virginia Avenel Henderson**

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y

---

<sup>13</sup> Luiris S. T., Otero C. M., Urbina L. O. y cols. (2002). "Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería". *Rev Cubana Educ Med Super*, 16(4), 4. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16\\_4\\_02/ems07402.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm)

que no abandona hasta su muerte. Después, acepto un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nursing Service de Nueva York. En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermería en Norfolk Protestant hospital de Virginia. Entró al Teacher College de la universidad de Columbia, donde se licencio como profesora y donde posteriormente realizó un master. En 1929 trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong memorial hospital de Rochester, Nueva York. En 1953 ingresa a la universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería. Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la universidad de Yale y recibe 9 títulos honoríficos. El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad. El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

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

Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1. Oxigenación
2. Nutrición e hidratación
3. Eliminación
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Descanso y sueño
6. Usar prendas de vestir adecuadas
7. Termorregulación
8. Mantener la higiene corporal
9. Evitar peligros
10. Comunicarse
11. Vivir según sus creencias y valores
12. Trabajar y sentirse realizado
13. Participar en actividades recreativas

## 14. Aprendizaje.

- **Cuidado:** Está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.
- **Entorno:** Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
- **Persona:** como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella planteó que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad. Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

**1. Nivel sustitución:** la enfermera sustituye totalmente al paciente.

**2. Nivel de ayuda:** la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.

**3. Nivel de acompañamiento:** la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson da una definición de enfermería, “asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.<sup>14</sup>

### 4.4 Proceso de Atención Enfermería

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

---

<sup>14</sup> García G. M., (2004). “El Proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson”. Editorial Progreso. Citado: 5/06/17; Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=rH2WwSgmrAEC&oi=fnd&pg=PA2&dq=teor%C3%ADa+de+virginia+henderson&ots=g1-YvuuZ0r&sig=CaxHhs7k4c-Da16jIn9tSZmtxbY#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20de%20virginia%20henderson&f=false>

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), ellas consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (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.

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

**Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la 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.

**Evaluación:** Consiste en comparar las repuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

Los objetivos del proceso de enfermería son:

- Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, además de Identificar las necesidades reales y de riesgo 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.

## **El desarrollo del proceso de atención de enfermería**

Para el desarrollo del PAE, Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente, además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).

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

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, la persona y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; la persona es beneficiada, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad, por lo cual algunas ventajas del PAE son:

Para el paciente:

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

Para la enfermera:

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

### **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.

**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.

## Etapa de valoración

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

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:

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

Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora 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.

Mediante la valoración se lleva a cabo la obtención de datos, 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.

**Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.

**Datos objetivos:** se pueden medir por 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.

Métodos para obtener datos:

- La entrevista clínica
- La observación
- La exploración física.

Posteriormente se debe realizar una validación y una organización de los datos, y finalmente una documentación y un registro de la valoración.

### **Etapa de diagnóstico**

En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

**Diagnóstico de enfermería real** se refiere a una situación que existe en el momento actual.

**Diagnóstico de riesgo** se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

**La dimensión dependiente** de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

**La dimensión interdependiente** de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

**Dimensión independiente** de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Los pasos de esta fase son:

### 1.- Identificación de problemas:

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

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

### **Los componentes de las categorías diagnósticas:**

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

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

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

### **Tipos de diagnósticos:**

**Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definiciones características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

**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. 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 actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

### **Etapas de planificación de los cuidados de enfermería:**

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

#### Etapas en el Plan de Cuidados

**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 de la persona con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo. Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

**Elaboración de las actuaciones de enfermería,** esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas

que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

### **Documentación en el plan de cuidados de enfermería:**

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

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

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

### **Etapa de ejecución:**

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

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

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

intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

### **Etapas de 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, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

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

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

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica, 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.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Material complementario Enfermería Comunitaria, "El Proceso de Atención de Enfermería", UNAM-Ixtacala, citado [8/05/17], Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

## Capítulo 5. MARCO REFERENCIAL

### 5.1 Anatomía y fisiología

#### Intestino Grueso

Tiene una longitud de 1.5 metros y es la porción final del aparato digestivo. Está separado del intestino delgado a través del esfínter ileocecal. Cuando se distiende la porción final del íleon, el esfínter ileocecal se relaja el quimo ingresa en el intestino grueso.

De afuera hacia adentro, el intestino grueso presenta cuatro estructuras:

- Una serosa que cubre la pared
- Dos capas musculares, una longitudinal y otra circular.
- Una submucosa
- Una mucosa, con muchos nódulos linfáticos. (Figura 1)

La mucosa del intestino grueso no posee vellosidades intestinales. Las fibras musculares longitudinales forman bandas llamadas tenias, que van desde el ciego al recto. Entre las tenias se ubican las haustras, dilataciones en forma de saco separadas por pliegues semilunares. El intestino grueso recibe el quimo del íleon. Su principal función es concentrar y almacenar los desechos sólidos y transformar el quimo en materia fecal. Las células presentes en la mucosa colónica reabsorben el agua del quimo, sales minerales y algunas vitaminas.

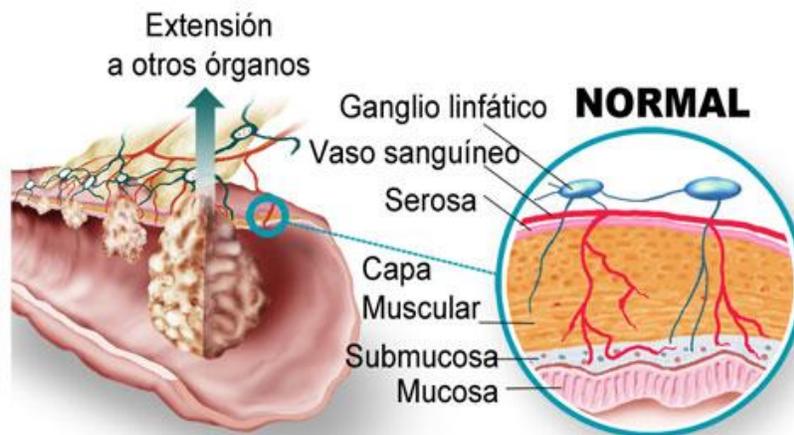


Figura 1 Disponible en:

[https://www.google.com.mx/search?q=colon+y+recto&source=lnms&tbn=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwjQ6qC\\_xsvUAhVGKCYKHQVMBn0Q\\_AUIBygC&biw=1366&bih=613#imgrc=FCqAW21vpBJcDM](https://www.google.com.mx/search?q=colon+y+recto&source=lnms&tbn=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwjQ6qC_xsvUAhVGKCYKHQVMBn0Q_AUIBygC&biw=1366&bih=613#imgrc=FCqAW21vpBJcDM)

## Ciego

El ciego es la primera porción del intestino grueso, situado entre el esfínter ileocecal y el colon ascendente. Tiene forma de saco y mide entre 5 y 7 cm de longitud. En su parte inferior se proyecta el apéndice vermiforme o cecal. (Figura 2)

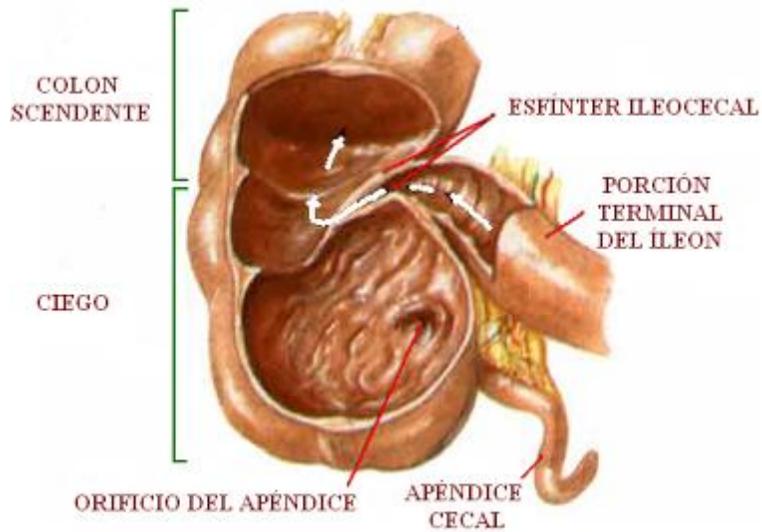


Figura 2 Disponible en: <http://hnnbiol.blogspot.mx/2008/01/sistema-digestivo-ii.html>

## Apéndice Vermiforme

Es una prolongación de forma tubular que se encuentra adherida al ciego. Tiene una longitud de 10 centímetros en adultos y un diámetro de 7-8 milímetros. El apéndice vermiforme o apéndice cecal se aloja en el cuadrante inferior derecho del abdomen. Carece de una función significativa.

## Colon

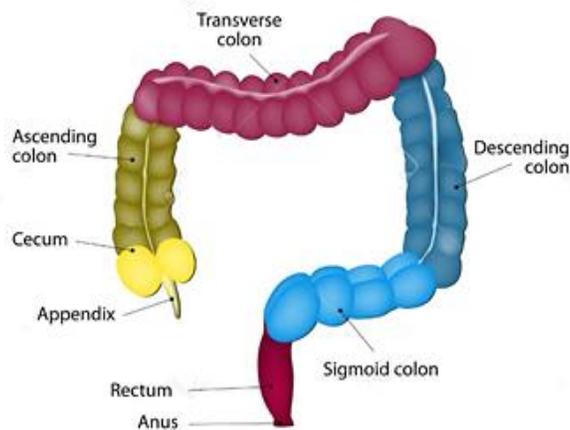
Se ubica entre el ciego y el recto. Se divide en cuatro regiones: colon ascendente, colon transverso, colon descendente y colon sigmoides. (Figura 3)

**Colon ascendente** mide de 12-20 cm de longitud, se ubica a la derecha del abdomen y se prolonga hasta la cara inferior del hígado, donde se acoda.

**Colon transverso** mide de 40-50 cm de largo, atraviesa el abdomen y se dobla al llegar al bazo.

**Colon descendente** mide 30 cm, desciende sobre el lado izquierdo del abdomen, inclinándose hacia la línea media.

**Colon sigmoides** mide 40 cm posee potentes músculos que empujan la materia fecal hacia el recto.



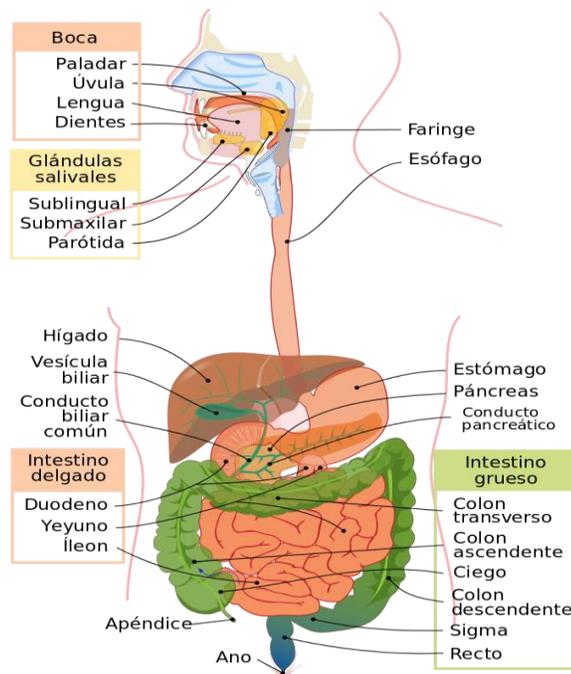
**Figura 3.** Disponible en:

[https://www.google.com.mx/search?q=colon+y+recto&source=lnms&tbn=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwjQ6qC\\_xsvUAhVGKCYKHQVMBn0Q\\_AUIBygC&biw=1366&bih=613#imgdii=-Lnpj1cZvhLkM:&imgrc=aB6lk3EXfy7CtM](https://www.google.com.mx/search?q=colon+y+recto&source=lnms&tbn=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwjQ6qC_xsvUAhVGKCYKHQVMBn0Q_AUIBygC&biw=1366&bih=613#imgdii=-Lnpj1cZvhLkM:&imgrc=aB6lk3EXfy7CtM)

### **Fisiología del aparato digestivo.**

Todo el proceso digestivo se basa en la trituración y digestión del alimento, tanto física como química, para posteriormente proceder a la absorción de nutrientes, que pasarán al sistema circulatorio, bien sanguíneo, bien linfático. Por último, se expulsarán al exterior los materiales no digeridos.

En la boca el proceso comienza con la trituración mecánica por parte de los dientes. En la saliva están los primeros enzimas, principalmente amilasas encargadas de degradar algunos azúcares complejos, encargándose del primer paso en la digestión química. Al producto triturado y mezclado con la saliva se le denomina bolo alimenticio. Tras bajar por el esófago, el bolo alimenticio llega al estómago. Entra en el mismo y se cierra el cardias, para evitar reflujo. En el estómago se segregan los jugos gástricos, ricos en ácido clorhídrico y enzimas que rompen las macromoléculas, como por ejemplo la pepsina; la pepsina es segregada en forma de pepsinógeno, inactivo, que se transforma en pepsina por la acción del pH ácido provocado por los ácidos gástricos, de forma que se activa y comienza su acción, es decir, degradar proteínas a aminoácidos. Además, el estómago se mueve y retuerce facilitando no solo la digestión mecánica, también facilita la digestión química al mejorar la mezcla de los alimentos con los jugos gástricos. Al contenido del estómago se le denomina ahora quimo. (Figura 4)



**Figura 4.** Disponible en:

[https://www.google.com.mx/search?q=aparato+digestivo&tbn=isch&imgil=2jp2\\_jPeKoC0mM%253A%](https://www.google.com.mx/search?q=aparato+digestivo&tbn=isch&imgil=2jp2_jPeKoC0mM%253A%253A)

El proceso digestivo finaliza con la digestión química completa que tiene lugar en el intestino delgado. Gracias, sobre todo, a los jugos pancreáticos, ricos en enzimas proteolíticas, como las proteasas pancreáticas que degradan las proteínas y cadenas de aminoácidos transformándolas en aminoácidos simples, las lipasas que transforman las grasas en ácidos grasos o grasas simples, y las amilasas que transforman los polisacáridos en azúcares sueltos. Los jugos pancreáticos y la bilis, además, ayudan a elevar el pH de todo lo que es vertido por el estómago (recordemos que era muy ácido, debido a los ácidos estomacales). La bilis afecta a las grasas, provocando que se forme una emulsión en lugar de grandes agregados grasos. De este modo se facilita la absorción. Al resultado de esta digestión, que ya está listo para ser absorbido, se le denomina quilo.

La absorción se lleva a cabo a lo largo de todo el intestino delgado, viéndose el proceso facilitado por la enorme superficie de contacto con la luz del tubo que posee (recordemos las vellosidades intestinales y las microvellosidades). La cara posterior al epitelio que reviste al intestino delgado está altamente vascularizada y con multitud de vasos linfáticos, de forma que, tras atravesar esa barrera epitelial, los nutrientes pueden pasar a la sangre o al sistema linfático. A través de esa barrera epitelial el paso es abundante, pero controlado. Solo pueden pasar sustancias de tamaño limitado, como aminoácidos sueltos, azúcares, pequeños disacáridos, ácidos grasos, etc. Las grasas pasan a los vasos linfáticos directamente. El intestino grueso posee una absorción de nutrientes muy baja. Su pared es lisa, carece de

vellosidades (no las necesita). Solo algunos productos derivados de la acción bacteriana. Y sobre todo, agua (debemos evitar que las heces arrastren cantidades excesivas de agua para evitar la deshidratación). Tras todo el proceso, las sustancias no digeridas ni absorbidas llegan al final del tubo digestivo y son eliminadas por el ano. El hígado, además de segregar bilis, controla y almacena algunos alimentos. Sobre todo, azúcares, en forma de glucógeno, y grasas. Además, transforma, altera y elimina algunos productos tóxicos, como el colesterol o la bilirrubina (son expulsadas al intestino por el conducto biliar, junto con la bilis). Es el encargado de algunos procesos metabólicos como la gluconeogénesis, es decir, fabricar glucosa a partir de otros productos metabólicos. Como ya comentamos, el páncreas regula procesos digestivos, sobre todo los niveles de glucosa en la sangre, gracias al control llevado a cabo por dos hormonas que segrega el páncreas endocrino: la insulina, que rebaja los niveles de glucosa en sangre cuando son excesivos, y el glucagón, que aumenta los niveles de glucosa en sangre cuando descienden demasiado (la concentración de glucosa en sangre debe mantenerse constante). (Figura 5)<sup>16</sup>

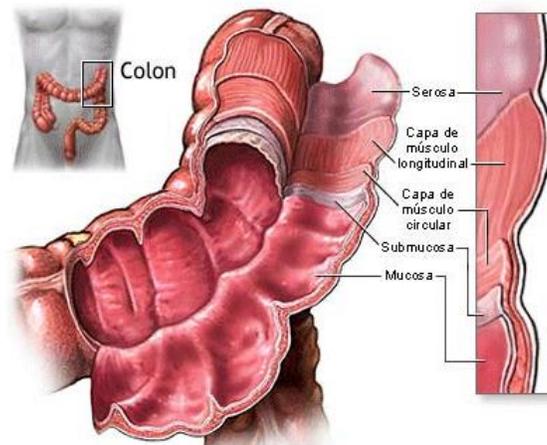


Figura 5. Disponible en:

[https://www.google.com.mx/search?q=anatom%C3%ADa+y+fisiolog%C3%ADa+del+colon&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjcl8PohdfUAhXFyoMKHeRGD4kQ\\_AUIBigB&biw=1366&bih=662#imgrc=LhTGbwKGySAi3M](https://www.google.com.mx/search?q=anatom%C3%ADa+y+fisiolog%C3%ADa+del+colon&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjcl8PohdfUAhXFyoMKHeRGD4kQ_AUIBigB&biw=1366&bih=662#imgrc=LhTGbwKGySAi3M):

## Recto

El recto (del latín *rectum*) es el último tramo del tubo digestivo, situado inmediatamente después del colon sigmoide. El recto recibe los materiales de desecho que quedan después de todo el proceso de la digestión de los alimentos,

<sup>16</sup> Reiriz P. J., "Sistema digestivo Anatomía", colegio de Enfermeras de Barcelona, citado [11/05/17]; Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/98/Sistema%20digestivo.pdf?1358605970>

constituyendo las heces. El recto es la parte final del intestino grueso y tiene una longitud de 15 cm, y de aquí las heces fecales salen del cuerpo a través del ano.

La histología del recto es similar a la del colon, salvo que presenta criptas de Lieberkuhn más profundas pero que se presentan en menor cantidad. Las columnas de Morgan son pliegues longitudinales de la mucosa, que se unen entre sí para formar las válvulas anales, que ayudan al ano a dar sostén a la columna de excremento.

El epitelio nos presenta una transición, desde un epitelio prismático a un epitelio pluriestratificado no cornificado. Luego el epitelio se queratiniza. La lámina propia alberga glándulas anales a nivel de la unión recto anal y glándulas circumanales a nivel del extremo distal del conducto anal. La capa muscular de la mucosa tiene una constitución prototípica. La submucosa alberga el plexo venoso hemorroidario interno y externo.

El esfínter anal interno corresponde a un engrosamiento de la capa circular interna de la capa muscular, por lo que está conformada por músculo liso. El esfínter anal externo está formado por músculos del suelo de la pelvis, y corresponde a músculo esquelético voluntario. (Figura 6)

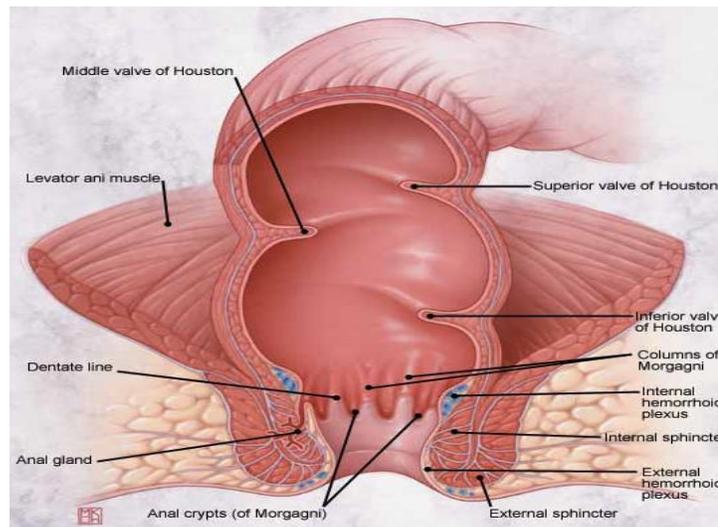


Figura 6. Disponible en:

[https://www.google.com.mx/search?q=colon+y+recto&source=lnms&tbn=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwjQ6qC\\_xsvUAhVGKCYKHQVMBn0Q\\_AUIBygC&biw=1366&bih=613#tbn=isch&q=recto+y+ano&imgcr=-2qbfv2HRabZNM](https://www.google.com.mx/search?q=colon+y+recto&source=lnms&tbn=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwjQ6qC_xsvUAhVGKCYKHQVMBn0Q_AUIBygC&biw=1366&bih=613#tbn=isch&q=recto+y+ano&imgcr=-2qbfv2HRabZNM):

## Fisiología

El recto es uno de los órganos más importantes en la defecación humana. La ampolla rectal sirve como almacenamiento temporal de las heces, debido a que las paredes rectales se distienden cuando se acumulan los excrementos en su interior. Los receptores de estiramiento del sistema nervioso vegetativo, situado en las paredes rectales, estimulan el deseo defecatorio. Si no se culmina la defecación, se inhibe el reflejo defecatorio, y las heces siguen acumulándose y continúa la absorción de agua por el recto, lo que provoca un endurecimiento de las heces y un estreñimiento. Cuando el recto está lleno, la presión intrarectal empuja a las paredes del canal anal, el recto se acorta y las ondas peristálticas propulsan las heces hacia el ano. Los esfínteres interno y externo se abren por los músculos del suelo pélvico, permitiendo la salida de los excrementos al exterior.<sup>17</sup> (Figura 7)

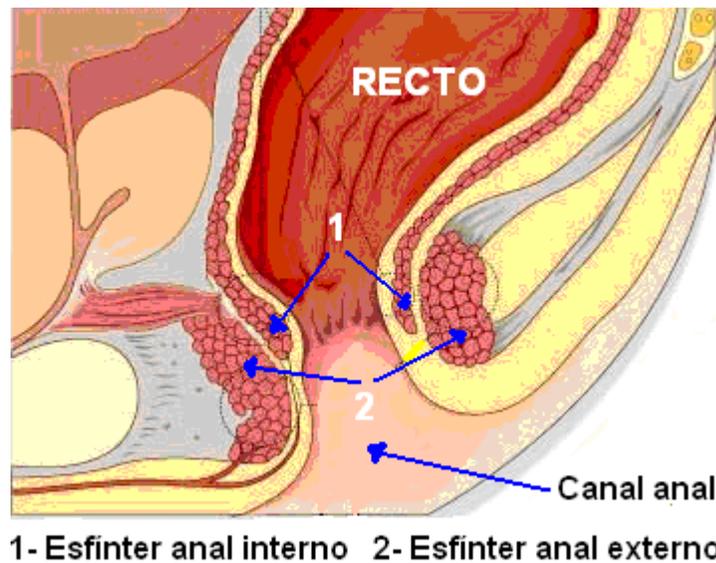


Figura 7 Disponible en: <http://hnnncbiol.blogspot.mx/2008/01/sistema-digestivo-ii.html>

## Reflejo de la defecación

Cuando la materia fecal ingresa en el recto provoca distensión de sus paredes, hecho que desencadena el reflejo de la defecación. El aumento de presión en las paredes del recto es captado por receptores que envían señales a la médula y producen:

- Aumento de la contracción en el colon sigmoideo.
- Relajación del esfínter anal interno

<sup>17</sup> Macarrulla T., Elez E., "Comprender el cáncer de colon y recto". Editorial AMAT, 2011; citado [5/06/17]; Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=EnBr1Tpa7S4C&oi=fnd&pg=PA9&dq=Anatomia+y+fisiologia+del+colon+y++recto&ots=Vmb18U0Lod&sig=dIbYdbtlur93RmmEq1sTvslFU-c#v=onepage&q=Anatomia%20y%20fisiologia%20del%20colon%20y%20recto&f=false>

- Contracciones de la musculatura abdominal.
- Al tener fibras musculares estriadas, el esfínter anal externo no participa en el reflejo de la defecación. (Figura 8) (Ibid. Reiriz P.J. pag. 31)

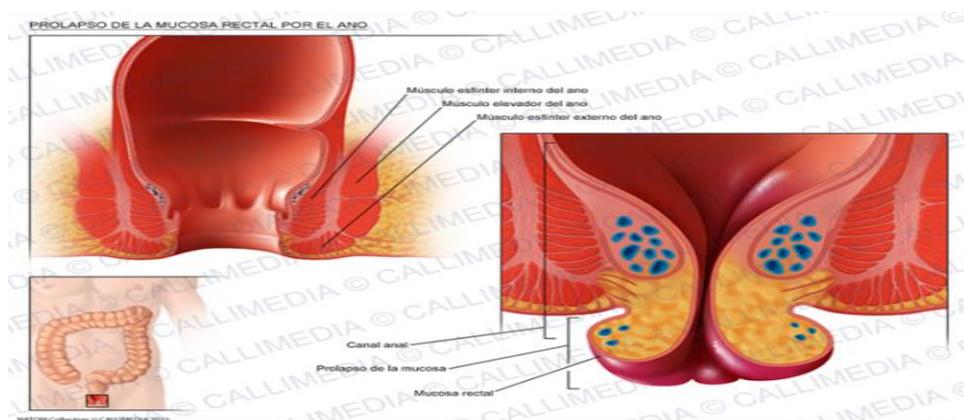


Figura 8 Disponible en: <http://www.natomimages.com/es/proctologia/1814-prolapso-de-la-mucosa-rectal-por-el-ano.html>

### **Resección anterior baja del recto (RAB).**

Algunos cánceres rectales en etapa I y la mayoría en etapa II o III en la parte superior del recto (cerca de donde se conecta con el colon) pueden ser extirpados mediante una resección anterior baja. En esta operación, se remueve la parte del recto que contiene el tumor. Luego el colon es adherido a la parte remanente del recto inmediatamente tras la remoción del tumor o después en otra cirugía.

Para la resección anterior de recto se realiza una laparotomía media supra e infraumbilical. Se moviliza el colon a nivel de la corredera parietocólica izquierda, se liga la arteria mesentérica inferior en su origen, la vena en el borde inferior del páncreas y se desciende de rutina el ángulo esplénico del colon. La sección proximal se realiza en la unión entre el colon sigmoides y colon izquierdo. Se ingresa a la pelvis preservando la inervación autonómica a menos que esté comprometida por la resección anterior baja del recto más reconstrucción con coloplastia. En las lesiones del tercio medio e inferior del recto se realiza una resección completa del mesorrecto de rutina. La sección distal del recto se efectúa no menos de 1 cm del margen macroscópico del tumor. Para realizar la coloplastia se selecciona un punto entre 5 y 6 cm proximal al borde de sección del colon descendido. La extensión de la incisión longitudinal en el colon debiera ser entre 8 y 9 cm. La colotomía se cierra en forma transversa a puntos separados con Vicryl 3-0. La integridad de la anastomosis se puede certificar insuflando solución salina. La anastomosis coloanal

o colorrectal baja se puede efectuar en forma manual o con engrapadora. De preferencia se deja protegida la anastomosis con una ileostomía en asa. En la pelvis se deja regularmente un drenaje Jackson-Pratt.<sup>18</sup>

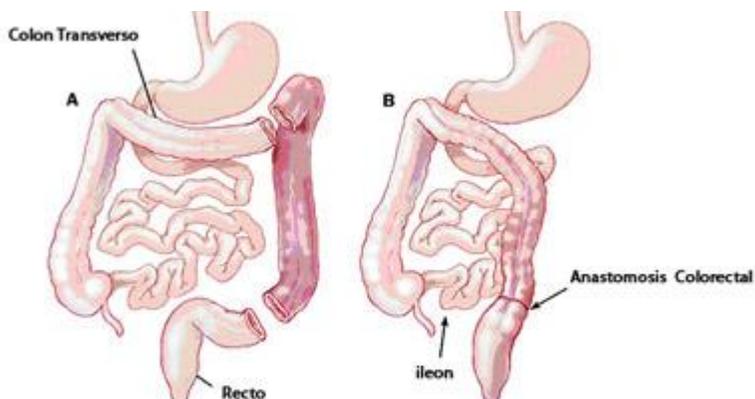


Figura 9 Disponible

en:[https://www.google.com.mx/search?q=resecci%C3%B3n+anterior+baja&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwikj6ej2arXAhUS4mMKHb7GCE4Q\\_AUICigB&biw=1366&bih=662#imgrc=mCWImPSXCk3vZM](https://www.google.com.mx/search?q=resecci%C3%B3n+anterior+baja&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwikj6ej2arXAhUS4mMKHb7GCE4Q_AUICigB&biw=1366&bih=662#imgrc=mCWImPSXCk3vZM):

## 5.2 Epidemiología

En México según estadísticas del Globocan en 2008, se reporta una incidencia de cáncer colo-rectal de 6437 casos (5%), y una mortalidad de 4009 casos (5.2%). El INEGI reportó en 2010, 74,685 muertes (13% de las muertes en México) de las cuales 5.4% son por cáncer colo-rectal.<sup>19</sup>

El Cáncer de Colorrectal (CCR) ocupa el 3er lugar en incidencia y el 4to en mortalidad a nivel mundial. Según el SEER (E.U.) la tasa de incidencia es de 46/100,000, una media de edad de aparición de 69 años, sobrevivida a 5 años de 64% y un riesgo acumulado de 5% (es decir, 1 de cada 20 estadounidenses lo padecerá a lo largo de su vida). El 39% de los pacientes tiene enfermedad localizada al diagnóstico. (American Cancer Society, *Ibíd* pag. 6)

En 2008 ocurrieron en México 3 275 muertes por cáncer colorrectal (CCR). De éstas, 798 (24.37%) correspondieron a los seis estados que forman la frontera norte de nuestro país. Nuevo León registró 135 muertes por CCR, lo cual representa 4.12 y 16.9% de los decesos ocurridos en México y en la frontera norte,

<sup>18</sup> Dr. Francisco L.K., Alvaro Z.A. "Resección anterior baja del recto más reconstrucción con coloplastia", Técnicas quirúrgicas, Universidad católica de Chile, Rev. Chilena, vol.54, no. 1, 2002; citado; [6/11/17]; Disponible en: [http://www.cirujanosdechile.cl/revista\\_antteriores/PDF%20Cirujanos%202002\\_01/Cir.1\\_2002%20Resec.%20anterior%20baja.pdf](http://www.cirujanosdechile.cl/revista_antteriores/PDF%20Cirujanos%202002_01/Cir.1_2002%20Resec.%20anterior%20baja.pdf)

<sup>19</sup> Edición del: Dr. Acuña T. M., Román B. E., "Cáncer de colon-recto", Guías Diagnosticas, versión 2013; citado; [12/06/17]; Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/onco/guias/cancer\\_Colon.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/onco/guias/cancer_Colon.pdf)

respectivamente. Por otro lado, son escasos e imprecisos en esta región de México otros datos epidemiológicos relacionados con el CCR.<sup>20</sup>

El cáncer colorrectal es el tercer cáncer que se diagnostica con más frecuencia tanto en los hombres como en las mujeres en los Estados Unidos. Para el año 2016, los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para este cáncer en los Estados Unidos son: 95,270 casos nuevos de cáncer de colon y 39,220 casos nuevos de cáncer de recto. En general, el riesgo de padecer cáncer colorrectal en el transcurso de la vida es de aproximadamente 1 en 21 (4.7%) para los hombres y de 1 en 23 (4.4%) para las mujeres. El riesgo es ligeramente menor en las mujeres que en los hombres.

El cáncer colorrectal es la tercera causa principal de fallecimientos asociados con el cáncer en los Estados Unidos cuando se consideran a los hombres y a las mujeres por separado, y la segunda causa principal cuando se combinan ambos sexos.

La tasa de mortalidad a causa de cáncer colorrectal ha disminuido tanto en hombres como en mujeres desde hace varias décadas. Es posible que sea el hecho de que actualmente los pólipos colorrectales se descubren con más frecuencia mediante pruebas de detección y se extirpan antes de que se transformen en cáncer o se detectan más temprano cuando es más fácil tratar la enfermedad. Además, el tratamiento del cáncer colorrectal ha mejorado durante las últimas décadas. Como resultado, actualmente existen más de un millón de sobrevivientes de cáncer colorrectal en los Estados Unidos. (American Cancer Society, *Ibíd.* Pag 6)

### **5.3 Factores de riesgo**

#### **Demográficos**

Edades mayores de 65 años,

Género masculino.

---

<sup>20</sup> Delgado G. P., Said F. S., García G. I. y cols., "Cáncer colorrectal en Nuevo León: factores de riesgo, hallazgos clínicos y cambios en el desempeño físico de los pacientes a los 12 meses de postcirugía", *Rev. Salud Pública de México*, vol 58Núm. 6, citado; [12/06/17]; Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342016000600592&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000600592&lng=es). <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.7762>

## **Factores Ambientales**

Dieta, carne roja

Estilo de vida, sedentarismo.

Alcoholismo

Tabaquismo

Ingesta de café

## **Síndromes hereditarios**

Las personas con ciertos trastornos en un gen único conocido tienen un aumento del riesgo de desarrollar cáncer de recto, representan de un 10 a un 15% de los casos de cáncer de recto.

## **Trastornos poliposos.**

La mayoría de los cánceres colorrectales se desarrollan lentamente durante varios años. Antes de que se origine, usualmente se forma un crecimiento de tejido o un tumor que es un pólipo no canceroso en el revestimiento interno.

Un tumor puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso); un pólipo es benigno, no canceroso, sin embargo, algunos (no todos) pueden transformarse en malignos, y esto depende de la clase a la que pertenecen:

- Los pólipos adenomatosos (adenomas) son pólipos que pueden volverse malignos. Debido a esto, a los adenomas se les llama una afección precancerosa.
- Los pólipos inflamatorios y los pólipos hiperplásicos, por lo general, no son precancerosos. Pero algunos médicos creen que algunos pólipos hiperplásicos pueden convertirse en precancerosos o pueden ser un signo de un riesgo mayor de adenomas y enfermedad oncológica, particularmente cuando éstos crecen en el colon ascendente.

La displasia es otra clase de afección precancerosa. Es un área en el revestimiento del colon o del recto donde las células lucen anormales (pero no como células cancerosas verdaderas) cuando son observadas con un microscopio, éstas pueden volverse malignas con el paso del tiempo. Por lo general, se presenta en las personas que han tenido enfermedades, como la colitis ulcerosa o la enfermedad de

Crohn, por muchos años. Ambas enfermedades causan inflamación crónica del colon.<sup>21</sup>

Si se producen células cancerígenas dentro de un pólipo, con el tiempo, puede comenzar a crecer en el espesor de la pared del colon o del recto. Cuando estas células se encuentran en la pared, pueden crecer hacia los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos. Los vasos linfáticos son canales delgados y diminutos que transportan material de desecho y líquido, este material llega primero hasta los ganglios linfáticos adyacentes, que son estructuras que contienen células inmunológicas que ayudan a combatir las infecciones. Una vez que las células cancerosas se propagan a los vasos sanguíneos o linfáticos, éstas pueden trasladarse hasta los ganglios adyacentes o las partes distantes del cuerpo, como el hígado, a lo que se le denomina metástasis.

Algunos padecimientos poliposos son:

- Poliposis adenomatosa familiar gen APC
- Poliposis adenomatosa familiar atenuado gen APC
- Síndrome de Turcot, gen APC, genes de reparación de errores de emparejamiento.
- Síndrome de poliposis hiperplásica, genes BRAF y KRAS2.
- Síndrome de poliposis relacionada con el gen MYH.

Los judíos askenias, tienen un aumento del riesgo de cáncer colorectal, relacionado con una mutación del gen APC, que está presente del 6 al 7 % de esa población.

### **Trastornos no poliposos.**

Defectos de los genes de reparación de errores de emparejamiento (MSH2, MLH1, PMS1, PMS2, O MSH6), y síndrome de Lynch, del 3 al 5% de las neoplasias malignas. En la mayoría de los casos genéticamente definidos participa MSH2 en el cromosoma 2p y MLH1 en el cromosoma 3p.

### **Trastornos Hematomatosos**

- Síndrome de Peutz-Jeghers: gen STK11/LKB1
- Síndrome de poliposis juvenil genes SMAD4, DPC4, BMPR1A.
- Síndrome de Cowden gen PTEN.
- Síndrome de Ruvalcaba Myhre-Smith, gen PTEN.
- Síndrome de poliposis mixta hereditario.

---

<sup>21</sup> GLOBOCAN, "Cáncer Colon-Recto", Info Cáncer, 2015, Citado; [12/06/17]; Disponible en: <http://www.infocancer.org.mx/busqueda.php>

Otros factores de riesgo más comunes que aumentan el riesgo de cáncer de recto son:

- Antecedentes de cáncer colorrectal o adenomas colorrectales.
- Antecedentes de familiares de primer grado, padres, hermanos o hijos.
- Antecedentes personales de cáncer de ovario, endometrio o mama.

Estos grupos de riesgo constituyen el 23% de todos los cánceres colorrectales. (American Cancer Society, *Ibíd.* Pag 6)

## Patogénesis

Existen dos modelos de carcinogénesis en el CCR: la vía supresora (clásica) y la vía mutadora (alternativa). La vía Supresora también se le conoce como vía de la inestabilidad cromosómica, así como a la vía Mutadora la vía de la inestabilidad microsatelital. La vía clásica es el modelo de progresión Adenoma – Carcinoma descrito por Fearon y Volgestein en 1990, el cual ocurre en el 80% del CCR esporádico. En la vía mutadora, hay mutaciones en los genes de reparación del DNA que condicionan como fin último inestabilidad microsatelital, se presenta en 20% del CCR esporádico y 80% CCR hereditario. Las mutaciones más frecuentes son: APC 60%, p53 70%, DCC 70%, KRAS 40% y BAX 50%.

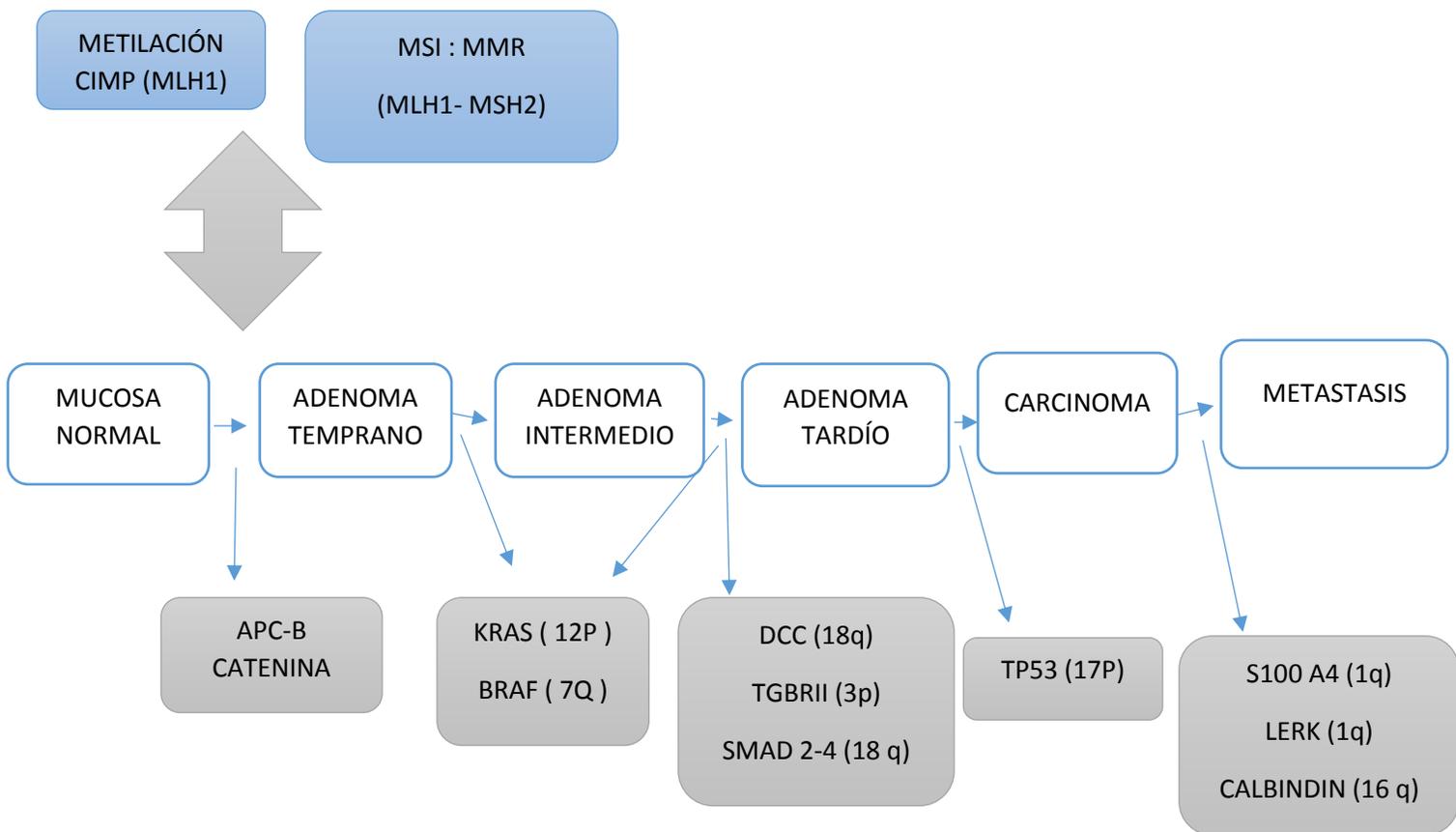


Figura 9 Edición del: Dr. Acuña T. M., Román E. B. "Cáncer de colon-recto", Guías Diagnosticas, versión 2013; citado; [12/06/17]; Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/onco/guias/cancer\\_Colon.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/onco/guias/cancer_Colon.pdf)

## 5.4 Manifestaciones clínicas

- Hemorragia rectal
- Cambios de hábitos intestinales
- Dolor abdominal
- Obstrucción intestinal
- Cambios en el apetito
- Pérdida de peso
- Debilidad

## 5.5 Vías de diseminación

Existen tres maneras distintas de cómo se disemina el cáncer de recto en el cuerpo:

- Una de las formas más común es través de los tejidos. Las células cancerosas invaden el tejido normal circundante.
- Otra forma puede ser a través del sistema linfático. El sistema linfático es invadido por las células cancerígenas y circula por los vasos linfáticos hasta los otros lugares del cuerpo.
- También se suele diseminar a través de la sangre. Las células cancerosas invaden las venas y los capilares y circula por la sangre hasta diferentes lugares del cuerpo.

En el momento en el cual las células cancerígenas quedan desprendidas del tumor primario (original) y empiezan a viajar a través del sistema linfático o la sangre hasta otros lugares del cuerpo puede formar otro tumor. Este proceso es conocido como metástasis.

Las metástasis del tumor son células del mismo tipo de cáncer que el tumor primario. Esto es, si el cáncer de recto se extiende al hígado, las células cancerosas en los huesos son en realidad células de cáncer de recto.

El Dx diferencial del CCR incluye carcinoide, linfoma, tumores estromales o metastásicos.

La progresión del CCR es: Hematógena

Hígado	38-60%
Pulmón	38%
Cerebro	8%
Hueso	10%

Por Continuidad:

Pared abdominal	28%
Linfática	39%

## 5.6 Evaluación diagnóstica

- Examen físico y antecedentes
- Examen digital del recto
- Colonoscopia
- Biopsia
- Ensayo del antígeno carcinoembrionario (ACE)
- Prueba de reacción en cadena de la polimerasa con retrotranscripción
- Inmunohistoquímica.

El examen físico puede revelar una masa palpable o sangre brillante en el recto. En el caso de enfermedad metastásica, pueden estar presentes signos de adenopatía, hepatomegalia o pulmonares. El examen de laboratorio puede revelar anemia, por carencia de hierro y anomalías de los electrolitos y del funcionamiento del hígado.

## 5.7 Factores pronósticos

- Adherencia a órganos adyacentes o invasión de los mismos.
- Presencia o ausencia de compromiso tumoral en los ganglios linfáticos, y número de ganglios linfáticos positivos.
- Presencia o ausencia de metástasis a distancia.
- Perforación u obstrucción del intestino
- Presencia o ausencia de características patológicas de alto riesgo como: Márgenes quirúrgicos positivos., Invasión linfovascular, Invasión perineural. Características histológicas precariamente diferenciadas.
- Margen circunferencial de resección (MCR) o profundidad de la penetración del tumor a través de la pared intestinal medida en milímetros, el MCR se define como el margen retroperitoneal o margen adventicio del tejido blando más cercano al punto más profundo de penetración del tumor.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Instituto Nacional del Cáncer. "Cáncer de recto", 16//2016, Citado: 16/11/16 Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/pro/tratamiento-rectal-pdq>

## 5.8 Estadificación

La estadificación del tumor más común es postoperatoria, basada en los hallazgos patológicos, aunque las decisiones terapéuticas se deben tomar antes de la cirugía. Por lo tanto, antes del tratamiento, la clasificación TNM de la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), que incluye información obtenida de la ecografía endorrectal es recomendada. Después de la cirugía primaria, el sistema de clasificación postterapéutico de UICC o TNM toma en cuenta toda la información histopatológica sobre la cual se puede basar un tratamiento adicional. También se utiliza el sistema de Dukes modificado por Astler-Coller.<sup>23</sup>

La estadificación preoperatoria se realiza con el apoyo de métodos imagenológicos. Dentro de los métodos actualmente disponibles están la endosonografía rectal (EUS), tomografía computada (TC), resonancia magnética (RM), tomografía por emisión de positrones (PET/CT) y ultrasonido intraoperatorio (IOUS). La EUS es un método realizado por el cirujano colorrectal, que permite la evaluación de la invasión de la pared, así como también de los linfonodos, sin embargo, su principal limitación es la evaluación del compromiso de la fascia mesorrectal. La RM es, hasta el momento, el mejor método para evaluar el compromiso de la fascia mesorrectal, además de informar el compromiso de pared y una adecuada evaluación de linfonodos comprometidos. La TC es un método ampliamente disponible, cuya principal utilidad es la evaluación de metástasis a distancia. El PET/CT está cobrando actualmente mayor importancia, sin embargo, su uso en estadificación preoperatoria aún no es ampliamente aceptado. El IOUS permite evaluar el compromiso metastásico del hígado durante la cirugía y por lo tanto, determina conducta y pronóstico. Por lo anterior, es necesario un conocimiento actualizado del cirujano en cuanto a esta metodología, sus ventajas y limitaciones.<sup>24</sup>

Existen dos tipos de clasificación por etapa para el cáncer colorrectal:

- La etapa clínica consiste en el mejor estimado del médico en cuando a la extensión de su enfermedad según los resultados del examen físico, la biopsia y cualquier estudio por imágenes que haya tenido.
- Si se sometió a una cirugía, el médico patólogo también puede determinar la etapa patológica, la cual se basa en los mismos factores que la etapa clínica, más lo que se encuentre como resultado de la operación.

---

<sup>23</sup> Guías Diagnósticas de Gastroenterología, "Cáncer de Recto", citado [26/06/17]; Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/gastro/cancer\\_recto.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gastro/cancer_recto.pdf)

<sup>24</sup> Calva A. M., Acevedo T. M., " Revisión y actualización General en Cáncer Colorectal", 2009, citado [25/06/17]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091i.pdf>

En algunos casos, las etapas clínicas y patológicas pueden ser diferentes. Por ejemplo, durante la intervención quirúrgica el médico puede encontrar células malignas en un área que no apareció en los estudios por imágenes, lo que pudiera considerarse una etapa patológica más avanzada.

La mayoría de los pacientes con este diagnóstico se someten a cirugía. Por lo tanto, la etapa patológica se usa con más frecuencia cuando se describe la extensión de la enfermedad. La clasificación patológica por etapas probablemente sea más precisa que la clasificación clínica por etapas, ya que permite al médico obtener una impresión directa de la extensión de las células cancerígenas.

Un sistema de clasificación por etapas es una manera convencional que el equipo de profesionales tiene para describir la extensión de la enfermedad. El sistema de clasificación por etapas del cáncer colorrectal es el que provee el *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*. También se conoce algunas veces como el sistema TNM. Existen también los sistemas de clasificación más antiguos, como el sistema Dukes y el sistema Astler-Coller.

El sistema TNM describe tres piezas clave de información:

- La letra T describe cuán lejos el tumor primario ha crecido hacia la pared del intestino y si ha crecido hacia las áreas adyacentes.
- La N describe la extensión de la propagación a los ganglios linfáticos o nódulos adyacentes (regionales).
- La M indica si se propagó (ha hecho metástasis) a otros órganos del cuerpo (las células cancerígenas se pueden propagar a casi cualquier parte del cuerpo, pero los lugares más comunes de propagación son el hígado y los pulmones).

Los números o las letras que aparecen después de la T, N y M proveen más detalles acerca de cada uno de estos factores. Los números del 0 al 4 indican la gravedad en orden ascendente. La letra X significa "no puede ser evaluado porque la información no está disponible".

### **Categorías T de cáncer colorrectal:**

Éstas describen la extensión de la propagación a través de las capas que forman la pared del colon y del recto. Estas capas, de la interior a la exterior, incluyen:

- El revestimiento interno (mucosa).
- Una capa muscular delgada (*muscularis mucosae*).
- El tejido fibroso que se encuentra debajo de esta capa muscular (*submucosa*).
- Una capa gruesa de músculo (*muscularis propria*) que se contrae para forzar el contenido de los intestinos
- La capa delgada más externa de tejido conectivo (la *subserosa* y la *serosa*) que cubre la mayor parte del colon, pero no el recto. **Figura 10**

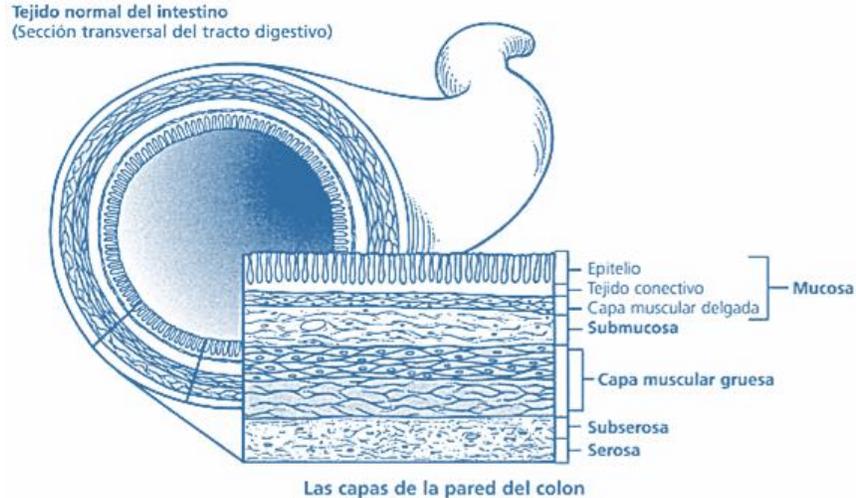


Figura 10, Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>

**Tx:** no es posible proveer una descripción de la extensión del tumor debido a que se cuenta con información incompleta.

**Tis:** la enfermedad se encuentra en su etapa más temprana (in situ). Sólo afecta la mucosa. No ha crecido más allá de la muscularis mucosae (capa muscular interna).

**T1:** la enfermedad ha crecido a través de la muscularis mucosae y se extiende hasta la submucosa.

**T2:** ha crecido a través de la submucosa y se extiende hasta la muscularis propria (capa muscular gruesa más externa).

**T3:** el padecimiento ha crecido a través de la muscularis propria y hacia las capas más externas del colon o el recto, pero no a través de ellas. No ha alcanzado ningún tejido ni órgano adyacente.

**T4a:** ha crecido a través de la serosa (también conocida como peritoneo visceral), el revestimiento más externo de los intestinos.

**T4b:** la enfermedad ha crecido a través de la pared del colon o del recto y está unido o invade a los tejidos u órganos adyacentes.

### Categorías N de cáncer colorrectal:

Indican si se ha propagado o no hasta los ganglios cercanos y, si lo ha hecho, cuántos de éstos están afectados. Para obtener una idea precisa sobre cuánto se

han afectado, la mayoría de los médicos recomiendan que se remuevan al menos 12 de éstos durante la cirugía y se examinen con un microscopio.

**Nx:** no es posible proveer una descripción de cómo se han afectado los ganglios debido a que se cuenta con información incompleta.

**N0:** no hay cáncer en los ganglios adyacentes.

**N1:** se encuentran células cancerosas en o cerca de uno a tres ganglios linfáticos adyacentes.

**N1a:** se encuentran células cancerosas en un ganglio adyacente.

**N1b:** se encuentran células cancerosas en dos a tres ganglios adyacentes.

**N1c:** se encuentran pequeños depósitos de células cancerosas en áreas de grasa cercanas a los ganglios, pero no en éstos.

**N2:** se encuentran células cancerosas en cuatro o más ganglios adyacentes.

**N2a:** se encuentran células cancerosas en cuatro a seis ganglios adyacentes.

**N2b:** se encuentran células cancerosas en siete o más de éstos.

### **Categorías M de cáncer colorrectal:**

Las categorías M indican si las células se han propagado a órganos distantes, como por ejemplo el hígado, los pulmones o los ganglios distantes.

**M0:** no hay propagación distante.

**M1a:** se propagó a un órgano distante o a un grupo de ganglios linfáticos distantes.

**M1b:** se propagó a más de un órgano distante o a un grupo de ganglios distantes, o se ha propagado a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal).

### **Agrupación de las etapas**

Una vez que se han determinado las categorías T, N y M de una persona, usualmente después de la cirugía, esta información se combina en un proceso llamado *agrupamiento por etapas*. La etapa se expresa en números romanos desde la etapa I (la menos avanzada) hasta la etapa IV (la más avanzada). Algunas etapas se subdividen con letras.

## Etapa 0

**Tis, N0, M0:** se encuentra en su etapa más temprana. No ha crecido más allá de la capa interna (mucosa) del colon o del recto. Esta etapa también se conoce como *carcinoma in situ* o *carcinoma intramucoso*.

## Etapa I

**T1-T2, N0, M0:** ha crecido a través de la *muscularis mucosae* hasta la submucosa (T1) o también es posible que haya crecido hasta la muscularis propia (T2). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes ni a áreas distantes.

## Etapa IIA

**T3, N0, M0:** ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto, pero no ha atravesado estas capas (T3). No ha alcanzado órganos adyacentes. Todavía no se ha propagado a los ganglios cercanos ni a otras partes distantes del cuerpo.

## Etapa IIB

**T4a, N0, M0:** ha crecido a través de la pared del colon o del recto, pero no ha crecido hacia otros tejidos u órganos adyacentes (T4a). Todavía no se ha propagado a los ganglios cercanos ni a otras partes distantes del cuerpo.

## Etapa IIC

**T4b, N0, M0:** ha crecido a través de la pared del colon o del recto y está unido o crece hacia otros tejidos u órganos adyacentes (T4b). Todavía no se ha propagado a los ganglios cercanos ni a otras partes distantes del cuerpo.

## Etapa IIIA

Se aplica en uno de los siguientes casos.

**T1-T2, N1, M0:** ha crecido a través de la mucosa hasta la submucosa (T1) y también es posible que haya crecido hasta la muscularis propia (T2). Se propagó a entre uno y tres ganglios cercanos ((N1a/N1b) o hacia áreas de grasa cercanas, pero no a éstos en sí (N1c). No se ha propagado a partes distantes.

**T1, N2a, M0:** ha crecido a través de la mucosa hasta la submucosa (T1). Se propagó a entre cuatro y seis ganglios cercanos (N2a). No se ha propagado a partes distantes.

### Etapa IIIB

Se aplica en uno de los siguientes casos.

**T3-T4a, N1, M0:** ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto (T3), o a través del peritoneo visceral (T4a), pero no ha alcanzado los órganos adyacentes. Se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos cercanos (N1a/N1b) o hacia áreas de grasa cercadas, pero no a los ganglios en sí (N1c). No se ha propagado a partes distantes.

**T2-T3, N2a, M0:** la enfermedad ha avanzado hacia la muscularis propia (T2) o hacia las capas más externas del colon o el recto (T3). Se propagó a entre cuatro y seis ganglios cercanos (N2a). No se ha propagado a partes distantes.

**T1-T2, N2b, M0:** la enfermedad ha crecido a través de la mucosa hasta la submucosa (T1) o también es posible que haya crecido hasta la muscularis propia (T2). Se propagó a siete o más ganglios cercanos (N2b). No se ha propagado a partes distantes.

### Etapa IIIC

Se aplica en uno de los siguientes casos.

**T4a, N2a, M0:** el padecimiento ha crecido a través de la pared del colon o del recto (incluyendo el peritoneo visceral), pero no ha alcanzado los órganos adyacentes (T4a). Se propagó a entre cuatro y seis ganglios cercanos (N2a). No se ha propagado a partes distantes.

**T3-T4a, N2b, M0:** ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto (T3), o a través del peritoneo visceral (T4a), pero no ha alcanzado los órganos adyacentes. Se propagó a siete o más ganglios cercanos (N2b). No se ha propagado a partes distantes.

**T4b, N1-N2, M0:** ha crecido a través de la pared del colon o del recto y está unido o crece hacia otros tejidos u órganos adyacentes (T4b). Se propagó por lo menos a un ganglio linfático cercano o hacia áreas de grasa cercanas a ellos (N1 o N2). No se ha propagado a partes distantes.

### Etapa IVA

**Cualquier T, cualquier N, M1a:** la enfermedad puede o no haber crecido a través de la pared del colon o del recto, y puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes. Se propagó a un órgano distante (tal como los pulmones o el hígado) o a un grupo de ganglios (M1a).

## Etapa IVB

**Cualquier T, cualquier N, M1b:** puede o no haber crecido a través de la pared del colon o del recto, y puede o no haberse propagado a los ganglios adyacentes. Se propagó a más de un órgano distante (tal como el hígado o los pulmones) o a un grupo de ganglios, o a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal) (M1b).

### Comparación de las etapas AJCC, Dukes y Astler-Coller

La siguiente tabla se puede usar para encontrar la etapa AJCC/TNM correspondiente. Como se puede ver, los sistemas de clasificación Dukes y Astler-Coller frecuentemente combinan diferentes grupos de clasificación AJCC y no son tan precisos.

AJCC/TNM	Dukes	Astler-Coller
0	-	-
I	A	A, B1
IIA	B	B2
IIB	B	B2
IIC	B	B3
IIIA	C	C1
IIIB	C	C1, C2
IIIC	C	C2, C3

### Grado del cáncer colorrectal

Otro factor que puede afectar al pronóstico de supervivencia es el grado de la enfermedad. El grado es la descripción de cuán parecida es el área afectada por la enfermedad al tejido colorrectal normal cuando se le observa con un microscopio. La escala utilizada para clasificarlos por grados va desde G1 (donde la piel afectada se parece mucho a la piel colorrectal normal) hasta G4 (donde el tejido luce muy anormal). Los grados G2 y G3 están en algún lugar intermedio. A menudo, el grado se simplifica como de “bajo grado” (G1 o G2) o de “alto grado” (G3 o G4).

Los cánceres de bajo grado tienden a crecer y propagarse más lentamente que los de alto grado. En la mayoría de los casos, el pronóstico es mejor para los cánceres de bajo grado que para los de alto grado de la misma etapa.<sup>25</sup>

## Historia Natural

Se presenta primero una lesión Premaligna un Pólipo que es una proyección de la superficie de la mucosa intestinal, con tipo histológico específico.

El más frecuente es el hiperplásico (inflamatorio). 34-52% hombres y 29-45% mujeres > 50 años.

Adenoma: Lesión benigna más frecuente. Su capacidad de transformación maligna es dependiente de su histología y tamaño.

Macroscópico: Pedunculados y sésiles.

Histológico: Tubular: 60-80% (< 1cm. 2cm.= 46% 60% adenoma simple y 40% adenoma múltiple, 60% se localizan distal al ángulo esplénico.

El 24% de los pacientes con pólipos no tratados desarrollaran CCR en 20 años. El más común es el Adenocarcinoma, el 85–90% son AdCa sin características morfológicas especiales.

## 5.9 Tratamiento

El tratamiento del cáncer rectal tiene cuatro objetivos

1. Curación.

2. Control local (márgenes de resección tumoral negativos y extirpación de todos los ganglios linfáticos de drenaje).

3. Restauración de la continuidad intestinal

4. Preservación de la función urinaria, sexual y del esfínter ano rectal

Aspectos quirúrgicos Márgenes de resección. Se recomienda obtener un margen de 2 cm. Linfadenectomía. Para obtener el control local de la enfermedad y proceder a una estadificación precisa, se debe realizar una linfadenectomía adecuada, un mínimo de 6 a 8 ganglios. La técnica implica la escisión con profundidad del mesorecto, disecando el exterior de la fascia de revestimiento (escisión meso rectal total).

---

<sup>25</sup> American Cancer Society, "Etapas del Cáncer Colorrectal", citado [26/06/17]; Disponible en; <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>

## **Radioterapia**

La radioterapia preoperatoria se indica para tumores T3 y T4 del recto, se puede indicar para tumores T2, aunque el riesgo de reaparición se presenta poco después de una resección quirúrgica completa y sola. La radioterapia postoperatoria se debe considerar si el espacio libre quirúrgico del tumor es incompleto en ausencia de la radioterapia preoperatoria, o si el tumor se ha estatificado preoperatoriamente. La radioterapia intraoperatoria se utiliza para el tratamiento tanto del cáncer localmente avanzado como fallo loco regional.

## **Radioquimioterapia**

La radio quimioterapia combinada se recomienda para tratamiento de enfermedad loco regional en pacientes considerados inoperables, a causa de razones médicas o si se rehúsa a cirugía.

## **Terapia adyuvante del cáncer rectal**

Los dos componentes son radioterapia pélvica y quimioterapia con 5-FU El objetivo de la quimioterapia es aumentar la radio sensibilidad del tumor y disminuir la probabilidad de fallo a distancia. Por su parte el objetivo de la radioterapia es aumentar el control local y, cuando se administra preoperatoriamente, facilita la resección quirúrgica con márgenes negativos y preservación del esfínter.

## **Radioterapia y quimioterapia postoperatorias**

La adición de quimioterapia a la radioterapia se ha utilizado para reforzar la radio sensibilidad del tumor y, en consecuencia, aumentar el efecto positivo del tratamiento radioterapéutico sobre la enfermedad. Existe una reducción de fallo local y una mejoría en la supervivencia. Se recomienda en estadios Dukes B2 y C.

En pacientes con enfermedad no metastásica:

- 1) EC I no requiere QT adyuvante
- 2) EC II sin factores de riesgo (T4,G3, ILV, perforado/obstruido, márgenes positivos ó < 12N), se pueden dejar en observación o esquema MAYO (LV/5FU).
- 3) EC II con FR+ según el estudio MOSAIC son candidatos a recibir FOLFOX.
- 4) EC III, 6 meses con FOLFOX, CapeOX, FLOX.

Aproximadamente 50–60% de los pacientes con CCR desarrollará enfermedad metastásica y 90% de ellos tendrá enfermedad hepática irresecable. A estos pacientes se debe realizar evaluación del KRAS (mutado ó normal) para terapia anti-EGFR: aproximadamente del 30–50% del CCR se conoce con KRAS mutado, lo que podría indicar que >50% de los pacientes responderían a terapia anti-EGFR, sin embargo, 40–60% de estos pacientes solamente responderán.

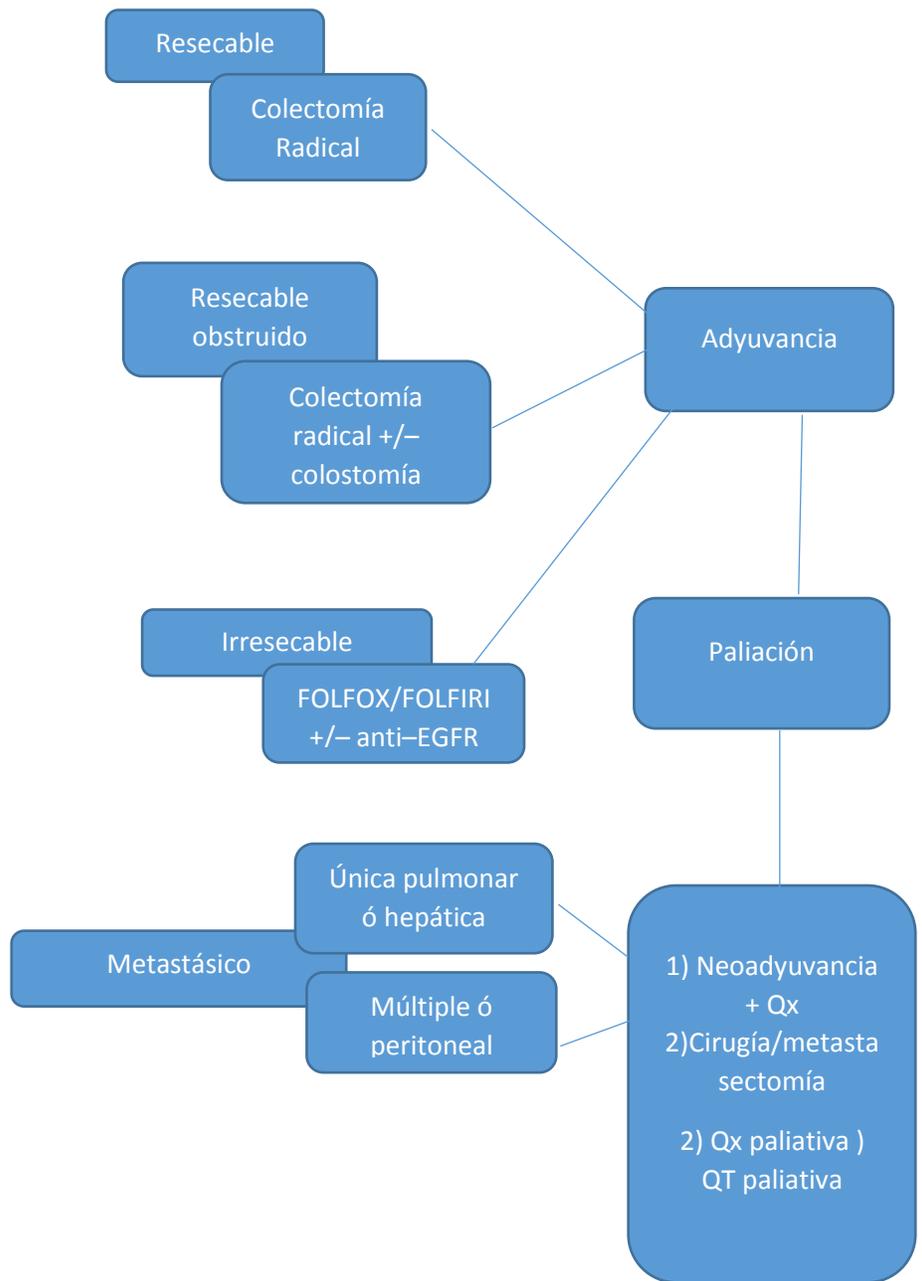
El PET-CT nos ayuda a evaluar si es candidato probable a resección metastásica. Los pacientes con enfermedad metastásica pulmonar ó hepática potencialmente resecable ó irresecable es candidato a terapia neoadyuvante 2–3 meses con FOLFIRI ó FOLFOX, seguido de colectomía/metastasectomía y continuar el esquema asignado por 6 meses más.

La RT adyuvante está indicada en aquellos casos en que los márgenes de la resección quirúrgica se encuentra comprometidos, como en el caso de adherencia o infiltración a órganos vecinos ó infiltración al espacio retroperitoneal.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Charúa G.R., "Guías diagnósticas y de tratamiento de carcinoma de colon y recto", citado [24/06/17]; Disponible en; <https://www.gastro.org.mx/wp-content/uploads/2014/06/carcinomaTratamiento.pdf>

**DX CCR**  
 Exámenes de rutina, ACE,  
 RHP biopsia, colonoscopia,  
 CT



**Figura 11** Edición del: Dr. Acuña T. M., Román E. B. "Cáncer de colon-recto", Guías Diagnosticas, versión 2013; citado; [12/06/17]; Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/onco/guias/cancer\\_Colon.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/onco/guias/cancer_Colon.pdf)

## **Guías diagnósticas de gastroenterología**

### **Cáncer rectal en etapa 0**

Opciones de tratamiento:

1. Escisión local o polipectomía simple.
2. Resección del recto en todo su espesor vía transanal o transcoccigea para lesiones grandes no susceptibles de escisión local.
3. Irradiación endocavitaria.
4. Radioterapia local.

### **Cáncer rectal en etapa 1**

1. Resección quirúrgica amplia y anastomosis cuando puede realizarse una resección anterior baja (RAB) adecuada, con suficiente recto distal para permitir anastomosis convencional o anastomosis coloanal.

2. Resección quirúrgica amplia con resección abdominoperineal (RAP) para lesiones demasiado distales que no permiten una resección anterior baja.

3. La resección transanal local u otras con radiación de haz extremo perioperatorio, o sin ella, más 5-FU.

4. Los pacientes con tumores T2 o mayores tienen 20% o más de los ganglios linfáticos comprometidos y requieren terapia adicional, como radiación y quimioterapia, o una extirpación quirúrgica más estándar. Los pacientes con características histológicas precarias deben ser considerados para RAB o RAP y tratamiento postoperatorio como lo indique una clasificación quirúrgica completa.

5. Radiación endocavitaria, con haz externo, o sin él, en paciente seleccionados con tumores de menos de 3 centímetros de tamaño, con tumores bien diferenciados y sin ulceración profunda, sin fijación de tumor ni ganglios linfáticos palpables.

### **Cáncer rectal en etapa II**

Puede existir invasión a útero, vagina, parametrito, ovarios o la próstata. Los estudios que usan radioterapia preoperatoria o postoperatoria solas han mostrado tasas reducidas de fracaso local regional. No se ha demostrado una

mejora significativa en la supervivencia total cuando solo se usa radiación, excepto en un ensayo de radioterapia postoperatoria.

### **Opciones de tratamiento:**

1. Resección quirúrgica amplia y resección anterior baja con reanastomosis colorrectal o coloanal cuando sea factible, seguida de quimioterapia y radioterapia postoperatoria. Resección quirúrgica amplia con resección abdominoperineal con quimioterapia adyuvante y radioterapia postoperatoria.

2. Exenteración pélvica parcial o total en la rara situación en que haya invasión vesical, vaginal o prostática, con quimioterapia adyuvante y radioterapias postoperatorias.

3. Radioterapia preoperatoria con quimioterapia, o sin ella, seguida de cirugía con intento de preservar la función del esfínter con quimioterapia adyuvante subsecuente.

4. En instituciones que cuentan con los instrumentos apropiados, se podría considerar la radioterapia intraoperatoria con haz de electrón (IORT por sus siglas en inglés) en los sitios con residuos microscópicos o masivos de enfermedad, después de una extirpación quirúrgica.

### **Cáncer rectal en etapa III**

El cáncer rectal en etapa III denota enfermedad con complicación de ganglios linfáticos. Opciones de tratamiento.

1. Amplia resección quirúrgica y resección anterior baja con reanastomosis colorrectal o coloanal cuando sea factible, seguida de quimioterapia y radioterapia postoperatoria.

2. Resección quirúrgica amplia con resección abdominoperineal con quimioterapia adyuvante y radioterapia postoperatoria.

3. Exenteración pélvica total o parcial en el caso inusual de que haya invasión vesical, uterina, vaginal o prostática, con quimioterapia adyuvante y radioterapia postoperatoria.

4. Radioterapia preoperatoria con quimioterapia, o sin ella, seguida de cirugía con intento de preservar la función del esfínter con quimioterapia adyuvante posterior.

5. En instituciones que cuentan con los instrumentos apropiados, se podría considerar la radioterapia intraoperatoria con haz de electrón (IORT por sus

siglas en inglés) en los sitios con residuos microscópicos o masivos de enfermedad, después de una extirpación quirúrgica.

### **Cáncer rectal en etapa IV**

El cáncer de recto en etapa IV denota una enfermedad con metástasis distantes. Los métodos para tratar las metástasis hepáticas incluyen la resección de hígado y/o la administración de quimioterapia intraarterial con bombas de infusión o bombas implantables. Para los pacientes con metástasis hepáticas limitadas (tres o menos) se puede tener en cuenta la resección que tiene una tasa de 20% a 40% de supervivencia de 5 años.

### **Metástasis hepática**

Se ha usado otras técnicas ablativas locales para tratar las metástasis del hígado, incluso criocirugía, embolización y radioterapia intersticial. La quimioterapia intraarterial hepática con floxuridina para tratar las metástasis hepáticas ha producido tasas mayores de respuesta general, pero sin una mejora constante de la supervivencia cuando se compara con la quimioterapia sistémica.

### **Opciones de tratamiento:**

1. Resección quirúrgica / anastomosis o derivación de las lesiones obstructoras en casos seleccionados o resección como paliativo. Resección quirúrgica de metástasis aisladas (hígado, pulmón, ovarios).
2. Quimiorradiación como paliativo local.
3. Quimioterapia sola con enfermedad distante después de la resección de la enfermedad local.

### **Cáncer rectal recurrente**

El cáncer que recurre localmente puede ser resecable, particularmente si se había realizado una operación anterior con resultados inadecuados. Para los pacientes con recurrencia local sola después de un intento inicial de resección curativa, la terapia local agresiva con resección anterior baja repetida y la anastomosis coloanal, la resección abdominoperineal y exenteración pélvica total o posterior puede llevar a un período de supervivencia prolongado sin enfermedad.

## Opciones de tratamiento:

- 1.- La resección del cáncer rectal que recurre localmente puede ser paliativa o curativa en pacientes seleccionados.
- 2.- La resección de metástasis hepáticas en pacientes seleccionados (la tasa de curación a 5 años con resección de metástasis solitarias excede el 20%).
- 3.- Resección de metástasis aisladas pulmonares u ováricas.
- 4.- Radioterapia paliativa.
- 5.- Quimioterapia paliativa en pruebas clínicas de fase I y II.
- 6.- Quimiorradiación paliativa.

## Seguimiento

Un paciente con desempeño pobre que no está en condición para cirugía adicional debe ser sometido a un seguimiento mínimo. Los exámenes estándares para el seguimiento son: examen clínico, estudio de rayos X, ultrasonido de hígado y colonoscopia. Si el paciente ha tenido cirugía conservadora del esfínter, se puede hacer una rectoscopia y/o ultrasonografía endorrectal. Si la interpretación de un ultrasonido no es adecuada, un TC de pelvis y/o del hígado es una opción.

La TC y IRM no son exámenes rutinarios en el seguimiento de cánceres rectal. Las pruebas de la función del hígado y marcadores no se deben realizar como rutina. La observación de un nivel elevado de ACE debe ser confirmada por pruebas repetidas después de un intervalo mínimo de 1 mes (estándar). Si una colonoscopia preoperatoria no se hizo o fue incompleta; Una colonoscopia postoperatoria se debe hacer 6 meses después del tratamiento (estándar). En todos los casos, una colonoscopia debe ser realizada a los 12 meses posteriores de la cirugía, y repetirla de acuerdo a los hallazgos.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> "Cáncer de Recto", Guías Diagnósticas de Gastroenterología, 2013, Citado: 19/12/16, Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/gastro/cancer\\_recto.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gastro/cancer_recto.pdf)

## 6. METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó en el INCAN, durante la práctica clínica de la asignatura de Atención de enfermería 1, en el primer semestre, en el 5to piso de hospitalización de cirugía oncológica, donde se conoció al señor Alfredo durante su hospitalización para la realización de una cirugía por cáncer de recto. Al conocerlo se identifica desconocimiento del cuidado de HxQx, manejo de la ostomía en casa, por lo que se realizaron intervenciones por parte de enfermería para mejorar su situación de salud, su carencia de información, así como para prevenir la presencia de complicaciones futuras. Para ello se le otorgo al Sr. Alfredo y a su cuidador primario un consentimiento informado, para que nos permitiera trabajar con él, de esta manera se brinda toda la información sobre el presente trabajo, las intervenciones, ayuda y cuidados que se proporcionarían por parte de mi persona, así como de los beneficios que él obtendría al formar parte del presente trabajo, de esta forma se realizó en base al Proceso de atención de enfermería una valoración exhaustiva que permitió la identificación de las necesidades alteradas, se realizó una jerarquización de ellas y la elaboraciones de planes de cuidado, para brindar una mejor atención al señor Alfredo, se realizó un plan de alta al egresar del instituto y posteriormente se dio seguimiento mediante la elaboración de valoraciones focalizadas, mediante el contacto directo y la orientación por vía telefónica, dejando a su servicio y disposición la asesoría y el cuidado que fuese necesario.

### 6.1 Fuentes de Información

1. **Primarias:** El paciente, cuidador primario (Esposa, la señora Martha)
2. **Secundarias:** Expediente clínico electrónico INCANet, Revistas (Scielo, Medigraphic, Elsevier), libros, Procesos de Atención de Enfermería.

### 6.2 Consideraciones éticas

#### **Carta de los derechos generales de los pacientes**

#### **Ley General de salud**

#### **NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico.**

1. **Recibir atención médica adecuada por personal preparado** de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

**2. Recibir trato digno y respetuoso.** El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, pudor o su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

**3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.** El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; que la información que se brinde sea oportuna, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

**4. Decidir libremente sobre su atención.** El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

**5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.** El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines diagnósticos o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como complicaciones o eventos negativos que se pudieran presentar a consecuencia del acto médico, incluyendo situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

**6. Ser tratado con confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

**7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.** El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

**8. Recibir atención médica en caso de urgencia.** Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

**9. Contar con un expediente clínico.** El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

**10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.** El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente, cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.<sup>28</sup>

### **Derechos de los enfermeros y enfermeras**

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
- 5.- Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de salud.
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionales prestados.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Ley General de Salud, NOM-168-SSA-1-1998 del expediente clínico, "Carta de los derechos generales de los pacientes", citado [23/06/17], Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_nayarit/publicaciones/pdf/carta\\_derechos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf)

<sup>29</sup> Ruiz P. R., "La carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros", Rev. Mexicana de Enfermería Cardiológica, Medigraphic, Citado [23/06/17]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061g.pdf>

## **Obligaciones de los y las enfermeros y enfermeras**

1. Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.
2. Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.
3. Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.
4. Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.
5. Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.
6. Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.
7. Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.
8. Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.<sup>30</sup>

### **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico:**

**4.2 Cartas de consentimiento informado**, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Medigraphic, "Derechos y Obligaciones de los enfermeros y las enfermeras", 2017; citado [23/06/17]; Disponible en: <https://es.slideshare.net/zahidprieehnvargaas/derechos-y-obligaciones-de-los-enfermeros-y-enfermeras>

<sup>31</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, Citado [4/07/17]; Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)

## Consentimiento Informado

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

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

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

El consentimiento informado consta de dos partes:

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

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

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

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

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

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

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del privilegio terapéutico hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aun cuando la familia lo autorice.

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED).<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> “Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética”, “Consentimiento Informado”. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud, 2010, citado [4/07/17]; Disponible en; [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento\\_informado.html](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html)

## 7. PRESENTACIÓN DEL CASO

### 7.1 Ficha de Identificación

**Nombre:** Alfredo M. V.                      **Género:** Masculino                      **Edad:** 54 años  
**Fecha de Ingreso:** 9 de junio de 2016    **Estado Civil:** casado

**Grupo Sanguíneo:** O+    **Escolaridad:** Primaria completa    **Ocupación:** Paileria  
**Religión:** Católica    **Lugar de procedencia:** D.F.    **Domicilio:** Ciudad de México

### Datos Socioeconómicos y Culturales

Habita en casa de su esposa y dos hijos de 21 y 24 años en la ciudad de México, cuenta con todos los servicios agua, luz, drenaje, con 3 habitaciones, un baño, ingresos variables ya que trabaja en un taller de paileria para su hermano por lo cual su sueldo no es fijo, trabaja actualmente en el taller, por ahora su sobrino lo apoya en el taller y el dirige las actividades vía telefónica.

### Antecedentes personales no patológicos

Originario y residente de México D.F., tabaquismo positivo desde los 14 años fumaba 5 cigarrillos al día, actualmente fuma un cigarrillo al día, toxicomanías negadas, alcoholismo desde los 19 años 1 vez por semana 6 vasos, exposición de humo de leña negado, refiere comer alimentos variados que prepara su esposa en su domicilio, incluye frutas, verduras y carne en su alimentación, pero también le gusta la comida chatarra y la comida típica mexicana, carnitas, tacos, enchiladas, etc.

### Antecedentes personales patológicos

Transfusiones 1 vez 2 PG mayo 2016

Quirúrgicos hemorroidectomía en mayo 2016

Fractura de clavícula sin tratamiento.

### Antecedentes familiares

Madre DM2.

Hermana DM2.

## **Padecimiento Actual**

Refiere que desde diciembre del 2015 inició con heces acintadas, al realizar aseo presentaba sangrado, posteriormente refiere rectorragia y hematoquecia, por lo que acude con facultativos quienes le practican una hemorroidectomía el 23/05/2016. No se envía pieza a patología por lo que no se reporta informe patológico.

Los médicos que operan la hemorroidectomía solicitan posteriormente colonoscopia 31/05/16, debido a que presenta hemorragia en el posquirúrgico, el resultado de la colonoscopia fue una lesión hemicircunferencial de aspecto ulcero infiltrante que se extiende hasta la 1 válvula de Houston, Registro Histopatológico (RHP) cáncer recto ulcero-infiltrante. Por lo que es referido al INCan.

El 9 de junio de 2016 acude al servicio de Gastroenterología, con un tumor de margen anal hasta 2 cm de bordes irregulares esfínter normotónico, con dehiscencia de herida de sutura posterior a la hemorroidectomía, se solicita colonoscopia completa, BH, QS, Electrolitos, pruebas de función hepática, bilirrubina

El 20 de junio, se encuentra en la tomografía engrosamiento de parte distal del recto y adenopatías, enfermedad a distancia negada. En la colonoscopia se observa un tumor hemicircunferencial entre los 4 y 13 cm de margen anal biopsia con adenocarcinoma. Se refiere al servicio de oncología médica para tratamiento sistémico de quimioterapia, en el cual indican 4.5g de capecitabine del D1-D14 cada 3 semanas por 4 ciclos y se envía a para tratamiento concomitante con radioterapia.

El 22 de junio se programa para 45 Gy en 25 fracciones de radioterapia y tolera tratamiento.

El 19 de septiembre después de concluido el tratamiento se da cita para valoración pre quirúrgica.

El 25 de octubre de 2016 se realiza una recesión abdominal perineal baja más laparotomía (RAB LPS) + Ileostomía en asa.

El 4 de noviembre presenta fuga periostomal de materia fecal y oclusión intestinal por lo que se le realiza una segunda cirugía LAPE + Remodelación Ileostomía, donde se encuentra trayecto fistuloso y peritonitis aguda fibrinopurulenta, por lo que se realiza corte de 11 cm de ileon, se envía a patología y se realiza nuevo estoma, posterior a la cirugía se deja en ayuno y se inicia Nutrición Parenteral Total (NPT). Se inicia tratamiento antibiótico con Ertapenem y vancomicina.

## 7.2 Tratamiento farmacológico

Solución Mixta 1000 + 20 meq Kcl + 1 ampula MgSO4 p/24 horas

Omeprazol 40 mg IV c/24

Vancomicina 1g IV c/24

Ertapenem 1g IV C/12

Paracetamol 1g IV c/8

Dynastat 40 mg IV c/12

Hydrasec 1 sobre cada 8 horas

Loperamida 2 tab vo c/8 horas

## 8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

### 8.1 Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson

Lo conozco y es valorado el 11 Noviembre de 2016, en el 5° piso de hospitalización.

#### **1. Necesidad de oxigenación**

**Sistema respiratorio:** Don Alfredo, con movimientos de amplexión y amplexación normales, Campos pulmonares bien ventilados, patrón respiratorio normal presenta 18 respiraciones por minuto con una saturación de 96%.

**Sistema Circulatorio:** Presenta ruidos cardíacos rítmicos, con buen tono e intensidad, presenta taquicardia con una FC de 103 latidos por minuto, T.A. 100/60 milímetros de mercurio, llenado capilar de 3 segundos, sin presencia de cianosis distal.

#### **2. Necesidad de Nutrición e Hidratación**

Peso de 80.300 kg, talla de 1.63 m, S.C. 1.9068, IMC 30.22, con Diagnóstico nutricional de obesidad, refiere que su peso 6 meses atrás fue de 88 kg, por lo cual ha perdido 8 kilos hasta el momento, actualmente se encuentra en ayuno desde hace 5 días por cirugía posterior a sepsis, con palidez generalizada de tegumentos, piel seca y sin turgencia, adinámico, refiere náuseas y vómito y que además en su casa tomaba solo 1 litro de agua al día, acostumbra tomar refresco diariamente, actualmente se encuentra en ayuno con NPT en infusión para 24 horas, a una velocidad de 47 ml/hr, con un aporte calórico de 2400 calorías, refiere sentirse muy cansado y agotado.

### **3. Necesidad de Eliminación**

Presenta uresis por sonda Foley de bajo gasto 1050 ml en 24 horas, con un Índice Urinario (IU) de 0.54 ml/ kg/hr, orina concentrada, evacuaciones por Ileostomía de características biliar y completamente líquida, con un gasto de 1800 en 24 horas, con gases presentes, movimientos peristálticos disminuidos de 2 por minuto.

### **4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura**

Don Alfredo presenta adinamia y refiere fatiga al caminar, así como dolor por lo cual solo se moviliza de la cama al baño y al reposet pero con ayuda de su familiar, refiere dolor 6/10 en herida quirúrgica, que se agudiza al movimiento, se observa temeroso de moverse ya que anteriormente ha intentado moverse y ha presentado dolor, por lo que se observa aprensivo, tenso e inseguro.

### **5. Necesidad de descanso y sueño**

Se observa somnoliento y adinámico durante el día, refiere que se ha sentido muy mal por lo cual no ha logrado dormir bien en los últimos días de hospitalización, refiere que despierta durante la noche y que no puede dormir debido al dolor, a la valoración presenta facies de dolor y se mide un EVA 6/10.

### **6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas**

Refiere no importarle la bata ni la ropa, se siente mal y lo que menos le interesa es la bata refiere que "le da igual".

### **7. Necesidad de Termorregulación**

Al momento de la valoración presenta pico febril hasta de 38°C, don Alfredo refiere tener calor, calosfríos, presenta ansiedad y sensación de incomodidad, con taquicardia de 103 latidos por minuto.

### **8. Necesidad de mantener la higiene corporal e integridad de la piel**

En lo referente a la higiene corporal refiere bañarse diariamente, cepillado de dientes después de los alimentos 3 veces al día, la piel se observa integra con herida quirúrgica en abdomen irritada, con pérdida de 2 puntos de sutura, presenta ileostomía del lado derecho, con estoma, bien hidratado, sin datos de necrosis, color rojo brillante, de 2 cm sobre la piel, con gasto líquido y amarillento.

### **9. Necesidad de evitar peligros**

Laboratorios 12/11/16

Plaquetas 520 mil/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 85.5 %, leucocitos 7.3 miles/mm<sup>3</sup>, 2.86 eritrocitos millones/mm<sup>3</sup>, 8.5 hemoglobina mg/dl, Hematocrito 24.9%, albumina 2.5 g/dl.

Herida quirúrgica en abdomen irritada, con pérdida de 2 puntos de sutura, presenta ileostomía del lado derecho, con estoma, bien hidratado, sin datos de necrosis, color rojo brillante, de 2 cm sobre la piel. Con catéter venoso central del lado derecho, sin datos de irritación, ni infección.

#### **10. Necesidad de comunicarse**

No presenta ninguna complicación para comunicarse lleva una relación muy cercana con su esposa la cual lo apoya día a día y es con la que más se comunica, pregunta sobre su estado de salud y tratamiento a los médicos y personal de enfermería sin ninguna limitación.

#### **11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores**

Refiere ser católico sin embargo no se considera muy devoto ya que solo acude eventualmente a misa, casi solo en fiestas o actividades familiares, sin embargo, es parte de su vida y no es algo que le genere conflicto, actualmente pide a dios que lo ayude y le permita salir adelante.

#### **12. Necesidad de trabajar y realizarse**

Don Alfredo trabaja hasta la actualidad, en el taller ha recibido apoyo de uno de sus sobrinos el cual cubre su lugar mientras se encuentra hospitalizado, si bien el taller no es suyo él es el encargado y refiere que le gusta y disfruta muchísimo lo que hace, por lo cual dirige desde el hospital vía telefónica algunas de las actividades y tratos laborales en la medida de lo que puede hacer cuando no se siente muy mal.

#### **13. Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas**

Comenta que tiene muchos años que no practica ningún deporte, sin embargo, le gusta ver futbol y televisión en sus ratos libres, no es mucho el tiempo que tiene libre después del trabajo, pero es una de las cosas que comparte y aprovecha para convivir con sus dos hijos y familia.

#### **14. Necesidad de aprendizaje**

Don Alfredo se siente cómodo y seguro de saber que su esposa será la encargada del manejo de su herida y su estoma ya que egrese a su domicilio, comenta que ella es muy atenta y sabe qué hará las cosas lo mejor para él, sin embargo, se muestra atento e interesado en las actividades que se le realizan en el hospital.

## 8.2 Jerarquización de las necesidades alteradas

*Termorregulación*

*Descanso y sueño*

*Eliminación*

*Nutrición Hidratación*

*Necesidad de moverse y mantener una buena postura*

## 8.3 Diagnósticos de Enfermería

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA  
Especialidad en Enfermería Oncológica**

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<b>Tipo de valoración</b>	<b>Fecha</b>			<b>Hora</b>		<b>Servicio</b>				
Exhaustiva	11/11/16			8 a.m.		5to. Hospitalización.				
<b>Necesidad alterada</b>	<b>Fuente de dificultad</b>			<b>Cuidado básico de enfermería</b>		<b>Nivel de dependencia</b>				
Mantener la temperatura adecuada.	<b>F.F</b>	F.C	F.V	<b>Ayuda</b>	x	I	<b>PD</b>	D	<b>DT</b>	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
<b>Datos objetivos</b>		<b>Datos subjetivos</b>				<b>Datos complementarios</b>				
Temperatura de 38°		Refiere Calor, calosfríos, ansiedad y sensación de incomodidad				Sepsis abdominal				

**Diagnóstico:**

Disconfort r/c aumento de la temperatura corporal de 38°C m/p referir calor, calosfríos, ansiedad y sensación de incomodidad.

**Objetivo de la persona:** Sentirse mejor.

**Resultado esperado:** Disminuir la temperatura corporal del señor Alfredo a 37.5°C, administrando medios físicos y antipiréticos, en un plazo de 2 horas.

<b>Intervenciones</b>	<b>Acciones</b>	<b>Fundamentación</b>
Disminuir la temperatura corporal (medios físicos).	Descobijar al paciente Manejo de medios físicos, administración de compresas húmedas.	El tratamiento anti sintomático de la fiebre son los antipiréticos, el paracetamol inhibe la síntesis de prostaglandinas. El manejo de medios físicos con agua tibia promueve la vasodilatación que ocurre en la piel, favoreciendo el riego sanguíneo y por consiguiente, disminuyendo la temperatura corporal. <sup>33</sup>
Administración de antipiréticos.	Administración de antipiréticos (paracetamol 1gr I.V). Baño en regadera.	
<b>Evaluación</b>	Se disminuyó la temperatura corporal a 37.4°, en 2 horas.	

<sup>33</sup> L. Alberto. "Fiebre y otras formas de elevación térmica". Rev. invest. clín. [revista en la Internet]. 2007 Abr [citado 2016 Dic 24]; 59(2): 130-138. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-83762007000200007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762007000200007&lng=es)

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio					
Exhaustiva	11/11/16			8 a.m.		5to hospitalización.					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia					
Descanso y sueño	F.F	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	D	P
				Acompañamiento							
				Suplencia							
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios					
Somnoliento y adinámico durante el día, facies de dolor, dolor visceral EVA 6/10.			Refiere despertar por la noche y no poder dormir debido al dolor.			Posoperado de LAPE.					
<b>Diagnóstico:</b>											
Patrón ineficaz del sueño R/C dolor agudo visceral EVA 6/10 M/P refiere despertar por la noche y no poder dormir, se observa adinámico y somnoliento durante el día.											
<b>Objetivo de la persona:</b> Disminuir el dolor y poder dormir.											
<b>Resultado esperado:</b> Controlar el dolor del señor Alfredo disminuyéndolo a un EVA 3/10, en un periodo máximo de 2 horas, para que pueda descansar y dormir.											
Intervenciones	Acciones			Fundamentación							
Control del dolor.	Administrar analgésicos: (Paracetamol 1 gr IV C/8 y Dynastat 40 mg IV C/12 hrs).  Posición para disminuir el dolor. (semifowler)  Sugerir evitar movimientos bruscos.			El paracetamol actúa en nuestro organismo obstaculizando la síntesis de prostaglandinas. Inhibe la ciclooxigenasa (COX) en el sistema nervioso central (SNC). Las prostaglandinas son las responsables, entre otras moléculas, de la sensación del dolor. Al bloquear su síntesis, el paracetamol eleva el umbral de la percepción dolorosa. (32) Por otro lado el dynastat se encarga de la inhibición de la síntesis de prostaglandinas mediadas por la ciclooxigenasa-2 (COX-2). La ciclooxigenasa es la responsable de la generación de prostaglandinas. <sup>34</sup>							
<b>Evaluación</b>	Se logró disminuir el dolor a un EVA 4/10, después de hora y media.										

<sup>34</sup> V. A. Leandro-Merhi. "Atención nutricional convencional (ANC) en pacientes quirúrgicos hospitalizados". Nutr. Hospital. [Internet]. 2007 Agosto [citado 2016 Dic 24]; 22(4): 447-454. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-)

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	11/11/16			11 a.m.		5to hospitalización				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Nutrición e hidratación	F.F	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
<p>Perdida de la turgencia de la piel, mucosas secas, I.U. de 0.54 ml/kg/hr, 1050 ml en 24 horas, orina concentrada, con evacuaciones por lleostomía de características biliar y completamente líquida, con un gasto de 1800 ml en 24 horas. Frecuencia cardiaca de 103 latidos por minuto, T. A. de 100/60. Con un total de ingresos de 2160 ml y egresos de 2850 en 24 horas, con un balance total -690 ml en 24 horas.</p>						<p>Aporte nutricional por NPT de 2400 cal, en infusión a 47 ml/hr, con una solución base Mixta a 43 ml/hr</p>				
<p><b>Diagnóstico:</b></p> <p>Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos por la ileostomía (1800 ml en 24 horas), m/p pérdida de la turgencia de la piel, mucosas secas, I.U. de 0.54 ml/kg/hr, orina concentrada y balance -690 ml en 24 horas.</p>										
<p><b>Objetivo de la persona:</b> Sentirse bien.</p>										
<p><b>Resultado esperado:</b> Hidratar al señor Alfredo para mejorar el estado hemodinámico disminuyendo la F.C. 90 lat/min y aumentando la T.A. a 110/70 mmhg.</p>										

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
<p>Mejorar el nivel de hidratación.</p> <p>Manejo de la medicación.</p> <p>Educación.</p>	<p>Líquidos intravenosos, carga de 1000 ml de solución Hartman para 2 horas.</p> <p>Solución intravenosa 1000 ml de solución mixta para 8 horas.</p> <p>Vigilar y medir gasto por Ileostomía, así como la consistencia y las características del gasto.</p> <p>Hidratación con suero vía oral.</p> <p>Administración de Iprikene c/8 horas.</p> <p>Administración de Hidrasec c/8 horas.</p> <p>Se informa sobre la importancia de medir el gasto por la ileostomía.</p> <p>Se recomienda la constante hidratación e ingesta de líquidos para evitar deshidratación.</p> <p>Se informa sobre los riesgos y complicaciones que puede ocasionar el gasto excesivo por la ileostomía, como es la pérdida de electrolitos y la deshidratación, por lo cual el gasto no debe ser mayor a 2000 ml en 24 horas.</p>	<p>Autores mencionan que es seguro utilizar volúmenes de líquidos calculados de acuerdo a las necesidades de sostén más déficit que tiene el paciente sin considerar las pérdidas adicionales que se producen durante la etapa de rehidratación y sugieren que la deshidratación puede ser tratada con base a estos requerimientos estableciendo como meta la corrección de la deshidratación y el desequilibrio ácido base en 24 horas.<sup>35</sup></p>
<p><b>Evaluación</b></p>	<p>El señor Alfredo mejoró su nivel de hidratación, 3 horas posteriores al tratamiento, se observan mucosas mejor hidratadas y presentó una uresis de 400 ml a las 2 horas, por lo cual 3 horas posterior a las intervenciones se encuentra con un balance +39 ml, la F.C se encuentra en 98 y la T.A. 100/60.</p>	

<sup>35</sup> G. R. Norberto, M. A. José Ricardo, y cols., "Tratamiento hidroelectrolítico y ácido base en pacientes con cetoacidosis diabética: comparación de dos guías terapéuticas". Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2004 Feb [citado 2016 Dic 28]; 61(1): 35-43. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462004000100005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100005&lng=es)

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	11/11/16			11 a.m.		5to hospitalización				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Nutrición e hidratación	F.F	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos				Datos subjetivos		Datos complementarios				
Perdida elevada de líquidos, con un total de ingresos de 2160 ml y egresos de 2850 en 24 horas, con un balance total -690 ml en 24 horas, evacuaciones por lleostomía de características biliar y completamente líquida, con un gasto de 1800 ml en 24 horas.						Na 137 meq/l K 4.3 meq/l Cl 104 meq/l				
<b>Diagnóstico</b>										
Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico r/c pérdida de electrolitos en las evacuaciones por lleostomía de características biliar y completamente líquida, con un gasto de 1800 ml en 24 horas.										
<b>Objetivo de la persona:</b> No presentar más problemas, ni volver a hospitalizarse.										
<b>Resultado esperado:</b> Proporcionar tratamiento y educación al paciente y al cuidador primario, para evitar complicaciones y alteraciones en los niveles de los electrolitos.										
Intervenciones	Acciones					Fundamentación				
Nutrición.	Se realiza IC con el equipo de nutrición para el inicio de la dieta V.O. en el área hospitalaria.					La fibra incluye todas las sustancias alimenticias que la enzimas digestivas no pueden desintegrar (residuo alimenticio no digerible). La fibra añade volumen a las heces. Su propósito es facilitar el transporte de las heces a lo largo del tracto intestinal para su eliminación. Sin				
Educación.	Se inicia la educación al paciente, sobre la dieta que debe ingerir cuando egrese a su domicilio, se le indica que debe ser sin fibra y sin irritantes, las frutas deben ser cocidas y sin cascara, esto para reducir y evitar el consumo de fibra que pueda aumentar el gasto por la ileostomía.									

<p>Manejo de medicación.</p>	<p>Se recomienda la constante hidratación e ingesta de líquidos para evitar deshidratación, así como el consumo de vida suero oral en caso de presentar gasto abundante por la ileostomía.</p> <p>Se informa sobre los riesgos y complicaciones que puede ocasionar el gasto excesivo por la ileostomía, como es la perdida de electrolitos y la deshidratación, por lo cual es gasto no debe ser mayor a 2000 ml en 24 horas.</p> <p>Se informa sobre datos de alarma como gasto mayor a 2000 en 24 horas por la ileostomía, presencia de malestar, náuseas y vomito continuo, mucosas secas, confusión o somnolencia, en caso de ello se informa que debe acudir inmediatamente al servicio de atención inmediata.</p> <p>Se indica y orienta sobre la importancia de ingerir los medicamentos en casa en caso de presentar gasto liquido completamente y abundante por la ileostomía; Administración de Iprikene c/8 horas PRN.</p> <p>Administración de Hidrasec c/8 horas PRN.</p>	<p>embargo en pacientes con ileostomía puede aumentar el gasto de forma considerable.<sup>36</sup></p> <p>Hidrasec, está indicado para el tratamiento de la diarrea aguda, tiene un agente antisecretor intestinal.<sup>37</sup></p> <p>Iprikene, Diosmectina es un silicato doble de aluminio y magnesio cuya estructura espacial le proporciona un alto grado de cobertura y una capacidad de fijación, que explican sus propiedades con la mucosa intestinal. Diosmectita no se absorbe después de su administración oral, y actúa en el espacio intraluminal, donde tiene una significativa capacidad de recubrimiento de la mucosa digestiva debido a su estructura en hojuelas y a su alta viscosidad plástica.<sup>38</sup></p>
<p><b>Evaluación</b></p>	<p>El señor Alfredo realiza una retroalimentación de información en base a preguntas y respuestas, repite la información e indicaciones que se le dieron y se le resuelven dudas e inquietudes, el gasto de la ileostomía se disminuyó a 1200 ml en 24 horas.</p>	

<sup>36</sup> Brewer B., "GUIA DE NUTRICION Y DIETA" Citado; [ 23/07/17]; Disponible en: [http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy\\_info/uoa\\_diet\\_nutrition\\_es.pdf?direct=1](http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy_info/uoa_diet_nutrition_es.pdf?direct=1)

<sup>37</sup> Vademecum, citado; [23/07/17], Disponible en: <http://mx.prvademecum.com/producto.php?producto=6426>

<sup>38</sup> Vademecum, Citado; [23/07/17],; Disponible en: <http://mx.prvademecum.com/producto.php?producto=13982>

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	11/11/16			8 a.m.		5to hospitalización.				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Movimiento y Postura	F.F	F.C	F.V	Ayuda		I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento		x				
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
Se observa tenso, aprensivo e inseguro a la hora de intentar movilizarse.			Refiere que se siente temeroso ya que en ocasiones anteriores al movilizarse a presentado mucho dolor.			Posoperado de RAB+LAPE. Con CVC, estoma.				
<b>Diagnóstico:</b>										
Temor a la movilización r/c conocimiento previo debido a experiencias dolorosas al movilizarse en ocasiones anteriores m/p observarse tenso, aprensivo e inseguro a la hora de intentar movilizarse.										
<b>Objetivo de la persona:</b> Poder moverse sin dolor.										
<b>Resultado esperado</b>										
Disminuir el temor y promover la movilización segura del señor Alfredo.										
Intervenciones	Acciones			Fundamentación						
Acompañamiento y educación.	Brindar y reforzar la seguridad del señor Juan, refiriéndole que anteriormente ya se le ha administrado medicamento por lo cual la molestia a la movilización será mínima.  Acompañarlo y educarlo a la hora de movilizarse para reducir y evitar la sensación de dolor, levantándose de lado,			Son dos pasiones son las que le sirven al hombre para regirse en su vida: el temor y la esperanza. "El hombre actúa de acuerdo con las leyes de su naturaleza y vela por sus intereses tanto en el estado natural como en el civil, porque en ambos hace o deja de hacer esto o aquello, guiado siempre por la esperanza o por el temor". Al acompañar, educar se logra crear un ambiente de						

<p>Manejo de la medicación.</p>	<p>utilizando, puntos de apoyo y con ayuda de su familiar.</p> <p>Se administra analgésico antes de la movilización (Paracetamol 1 gr IV C/8 y Dynastat 40 mg IV C/12 hrs).</p>	<p>seguridad y confianza con lo cual se reduce el temor.<sup>39</sup></p> <p>Al administrar analgésicos se evita que se presente dolor al moverse, ya que se logra la inhibición de prostaglandinas al actuar sobre cox1 y cox2. (33)</p>
<p><b>Evaluación</b></p>	<p>Se logró la movilización del señor Alfredo con molestias mínimas, de forma segura y se desapareció el temor a moverse y caminar.</p>	

---

<sup>39</sup> Doval C. H., "Temor y esperanza en el encuentro médico", Revista scielo, citado [5/07/17] ; Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-37482008000100017](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482008000100017)

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Exhaustiva	11/11/16			8 a.m.		5to hospitalización.				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Nutrición, hidratación.	F.F	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
Albumina de 2.5g, resequead en cabello y piel, perdida de 8 kg en 6 meses.			Refiere debilidad y agotamiento			En ayuno desde hace 7 días por proceso quirúrgico, con aporte nutricional por NPT de 2400 cal, en infusión a 47 ml/hr.				
<b>Diagnóstico:</b> Desequilibrio nutricional r/c Ingesta insuficiente de alimentos, m/p albumina de 2.5 g/dl, edema de miembros inferiores (++) , resequead en el cabello y piel, debilidad, agotamiento y perdida de 8 kg en 6 meses.										
<b>Objetivo de la persona:</b> No sentirme tan débil.										
<b>Resultado esperado:</b> Mejorar el estado nutricional del paciente en un 50%, mediante una ingesta y aporte nutricional adecuado del paciente.										
Intervenciones	Acciones				Fundamentación					
Control del aporte nutricional.	Vigilar infusión de NPT, velocidad y aporte nutricional.  Valorar nivel de glicemia capilar (Para valorar ajuste de NPT).  Valorar inicio e ingesta y tolerancia de dieta líquida.  Interconsulta y apoyo continuo con el servicio de nutrición.				Estudios muestran que pacientes desnutridos, presentan mayores índices de morbilidad y mortalidad, mayores complicaciones como neumonía, sepsis y úlceras de decúbito, complicaciones pos-quirúrgicas, retardo en la cicatrización de heridas, aumento de la permanencia hospitalaria (12 días entre los eutróficos <i>versus</i> 20 días entre los desnutridos), mayor dependencia de cuidados de enfermería y a veces, tratamiento intensivo, aumento de los costos					

		hospitalarios y reducción de la calidad de vida. <sup>40</sup> Las ventajas de la nutrición enteral sobre la nutrición parenteral son evidentes a nivel experimental inmune tanto local como sistémico y mantiene las funciones de barrera del intestino. Estudios clínicos han demostrado que la nutrición enteral precoz, administrada en las primeras 48 horas de ingreso, disminuye la incidencia de infecciones nosocomiales. <sup>41</sup>
<b>Evaluación</b>	El paciente obtuvo un aporte nutricional de acuerdo a sus necesidades y requerimientos, y en los días posteriores (15 días) se observó una mejoría en los niveles de albumina 3.5 mg/dl, disminuyo el edema de miembros inferiores a (+).	

El señor Alfredo continuó hospitalizado, se inició dieta líquida el día 12 de Noviembre la cual tolera, presenta buena perístalsis, el gasto por ileostomía es de 1300ml en 24 horas, sin presentar distensión abdominal ni dolor, con balance +300ml en 24 horas, con S.V. normales, T.A. 110/70, F.C. 72, F.R. 18, por lo cual evoluciona a dieta blanda sin fibra, ni irritantes, el día 13 de Noviembre la cual tolera sin complicación por lo cual se suspende la NPT, sin presentar complicaciones. El día 14 de noviembre se observa con piel hidratada, mucosas hidratadas, con buena tolerancia a la v.o. con gasto de 1230 ml en 24 horas por ileostomía, con balance de +450 ml en 24 horas, con perístalsis presente de 6 ruidos por minuto, abdomen blando y depresible, por lo cual se decide egresar el día 15 de noviembre, por la mañana con laboratorios de Na 137 meq/l, K 4.3 meq/l, Cl 104 meq/l., con buena tolerancia a la v.o., balance +540 ml, con abdomen blando y depresible, perístalsis de 4 por minuto, gasto por ileostomía de 1130 ml en 24 horas, su herida abdominal limpia, bien afrontada sin datos de infección, estoma, color rojo brillante, sin datos de complicaciones, por lo cual se le informa y se le realiza un plan de alta.

<sup>40</sup> V. A. Leandro-Merhi. "Atención nutricional convencional (ANC) en pacientes quirúrgicos hospitalizados". Nutr. Hosp. [Internet]. 2007 Ago [citado 2016 Dic 24]; 22(4): 447-454. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112007000600007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000600007&lng=es)

<sup>41</sup> G. V. B, G. Tania. "La nutrición enteral precoz en el enfermo grave". Nutr. Hosp. [Internet]. 2005 Abr [citado 2016 Dic 24]; 20(2): 93-100. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112005000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000200005&lng=es)

**Se egresa el 15 de noviembre para manejo en casa y se indica plan de alta.**

## **9. PLAN DE ALTA**

**Nombre del paciente: Alfredo M. V.**

**EDAD: 54 años    Sexo: Masculino    Fecha de Ingreso: 25/10/16**

**Fecha de Egreso: 15/ 11/16**

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

Se orienta sobre el cuidado y la curación de la herida quirúrgica en casa:

- Lavar la herida solo con agua y jabón.
- Presionar ambos extremos con cuidado para valorar si hay salida de líquido o exudado.
- Secar bien la herida, no cubrir.

Se realiza verificación de la técnica para el manejo de la ileostomía y recambio de bolsa:

- Retirar con cuidado la bolsa anterior.
- Lavar con agua y jabón.
- Mantener bien seca el área circundante al estoma.
- Valorar coloración e integridad de la piel, coloración y características del estoma, humedad y características y consistencia de las evacuaciones.
- Medir el estoma y cortar bolsa de ileostomía.
- Utilizar como base la pasta karaya, moldearla y colocarla alrededor del estoma.
- Pegar la bolsa de ileostomía.

Se realiza hincapié en datos de alarma sobre infección en herida quirúrgica y necrosis o alteraciones en el estoma.

- En caso de presentar enrojecimiento, salida de líquido o pus por la herida.
- Si se desprenden o abre la herida.
- El estoma debe encontrarse rojo brillante, no debe doler, si se observa negro, café, irritado, retraído, prolapsado.

## **2.- Orientación dietética:**

Se informa sobre la importancia de la hidratación e ingesta de líquidos para evitar deshidratación.

Se canaliza con Nutrición para manejo de dieta especial.

Se informa sobre la importancia de seguir la dieta nutricional para evitar complicaciones o alteraciones en el tratamiento.

## **3.- Medicamentos indicados:**

Loperamida 2 tab vo c/8 horas

Iprikene 1 sobre En caso de diarrea.

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

-Se informa que en casos de salida de líquido purulento, enrojecimiento en la herida o presencia de fiebre debe acudir inmediatamente a Atención Inmediata.

-Al igual en caso de presentar datos de necrosis en estoma o retracción o prolapso de igual forma acudir inmediatamente al servicio de atención inmediata.

## **5.- Cuidados especiales en el hogar (heridas, sondas, estomas, ejercicios, etc...)**

Se recomienda deambulación.

Manejo y capacitación de estomas, así como datos de alarma.

Cuidados y manejos de herida quirúrgica para evitar infecciones.

Datos de alarma de infecciones, enrojecimiento, fiebre, salida de pus o líquido.

## **6.- fecha de su próxima cita:**

Cita para el día 29 de noviembre de 2016, para valoración con medico de gastroenterología.

## 10. VALORACIONES FOCALIZADAS:

El 23 de noviembre acude a atención Inmediata con náusea, intolerancia a la V.O. de 24 horas de evolución, náusea y vómito, distensión abdominal, debilidad generalizada, escalofrío, TA 100/60, FC 110, FR 20x', Temperatura de 36.9°, peso de 78 kg, talla 1.65m, SC 1.726, IMC 23.87, a la valoración se observa despierto con Glasgow de 15, clínicamente se observa pálido, adinámico, con piel y mucosas secas, tórax con ruidos cardiacos de adecuada intensidad, frecuencia, saturando por oximetría de pulso al 93%, dolor a la palpación a nivel de epigastrio, refiere gasto mayor a 2000 ml por ileostomía con características completamente líquidas, acude al servicio de atención Inmediata con estas características por lo cual es hospitalizado en el 5to piso.

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Focalizada	23/11/16			11 a.m.		5to hospitalización				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Nutrición e hidratación	F.F	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
Pérdida de la turgencia de la piel, mucosas secas, debilidad generalizada, náusea y vómito T.A. 90/50 mmhg, F.C. 98 lat/min.			Refiere gasto por ileostomía de 2000 ml, líquido.			En posoperatorio tardío por RAB+ LAPE el 4 noviembre 2016.				
<p><b>Diagnóstico:</b> Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida importante del volumen de líquidos por la ileostomía y vómito m/p pérdida de la turgencia de la piel, mucosas secas, debilidad generalizada, refiere gasto por ileostomía de 2000 ml en 24 horas completamente líquido con T.A. 90/50 mmhg, F.C. 98 lat/min.</p>										
<p><b>Objetivo de la persona:</b> Sentirse bien.</p>										
<p><b>Resultado esperado:</b> Hidratar a señor Alfredo para mejorar el estado hemodinámico, aumentar T.A. a 120/80 y disminuir F.C. a menos de 90.</p>										

<b>Intervenciones</b>	<b>Acciones</b>	<b>Fundamentación</b>
Mejorar el nivel de hidratación.	Líquidos intravenosos, carga de 1000 ml de solución salina para 2 horas.  Solución intravenosa 1000 ml de solución salina para 8 horas.  Valorar y medir gasto por lleostomía, consistencia y características de las evacuaciones.	Autores mencionan que es seguro utilizar volúmenes de líquidos calculados de acuerdo a las necesidades de sostén más déficit que tiene el paciente sin considerar las pérdidas adicionales que se producen durante la etapa de rehidratación y sugieren que la deshidratación puede ser tratada con base a estos requerimientos, recomendando en sus protocolos la utilización de bicarbonato para la corrección de la acidosis y estableciendo como meta la corrección de la deshidratación y el desequilibrio ácido base en 24 horas. <sup>42</sup>
Administración de medicamentos.	Administración V.O. de Iprikene c/8 horas.  Administración de Hidrasec V.O. c/8 horas.  Hidratación con suero vía oral.	
Control de las náuseas.	Administración de antiemético metoclopramida 1 tab. v.o. c/8 horas, Loperamida 1 tableta v.o. c/8 horas.	
<b>Evaluación</b>	El señor Alfredo mejoro su nivel de hidratación y el estado hemodinámico mejorando la F.C. a 88 lat/min y la T.A. a 100/60 mmhg.	

<sup>42</sup> G. R. Norberto, M. A. José Ricardo, y cols., "Tratamiento hidroelectrolítico y ácido base en pacientes con cetoacidosis diabética: comparación de dos guías terapéuticas". Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2004 Feb [citado 2016 Dic 28] ; 61( 1 ): 35-43. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462004000100005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100005&lng=es)

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Focalizada	23/11/16			11 am		5to Piso				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Nutrición e Hidratación	F.F	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	D P
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
Intolerancia a la vía oral, vomito en 3 ocasiones.			Pedir que retiren los alimentos, nauseas							
<b>Diagnóstico:</b>										
Náuseas y vómito r/c intolerancia a los alimentos m/p vómito en 3 ocasiones y por referir que le retiren los alimentos ya que le ocasiona nauseas.										
<b>Objetivo de la persona:</b> Desaparecer las náuseas.										
<b>Resultado esperado:</b> Control de la náusea y el vómito en las próximas 2 horas para que el paciente tolere la vía oral.										
Intervenciones	Acciones				Fundamentación					
Control de las náuseas y el vómito.	Administración de antiemético (metoclopramida 10 mg I.V. C/8 horas).  Alimentación 30 minutos posterior al antiemético, dieta líquida.  Sugerir al servicio de nutrición incluir alimentos, salados y fríos, como galletas saladas y nieve.  Valorar tolerancia de la dieta.				La metoclopramida es un fármaco gastrocinético con propiedades antieméticas. Aunque está químicamente emparentado con la procainamida, la metoclopramida no posee efectos antiarrítmicos ni anestésicos locales. Su mecanismo de acción es complejo y ha sido muy debatido, facilita la liberación de acetilcolina a partir de neuronas entéricas, acción mediada indirectamente por la supresión de interneuronas inhibitoras por antagonismo de los receptores serotoninérgicos 5-HT <sub>3</sub> , y estimulación de neuronas excitatorias por medio de la acción agonista de receptores serotoninérgicos 5-HT <sub>4</sub> . Si a la acción anti 5-HT <sub>3</sub> se suma la acción central antagonista de					

		receptores dopaminérgicos D2, se explica la actividad antiemética de la metoclopramida, frente a vómitos de origen muy diverso. <sup>43</sup>
<b>Evaluación</b>	El señor Alfredo logro tolerar la dieta, disminuyendo la náusea y el vómito.	

El día 24 de noviembre señor Alfredo continúa hospitalizado, se observa con piel y mucosas hidratadas, ya sin presentar vómito en 24 horas, el gasto por ileostomía disminuyo a 1050 en 24 horas, con S.V. de T.A. 110/80 mmgh, F.C. 78, F.R. 18, por lo que refiere querer mejorar sus conocimientos para optimizar su estado de salud, ya que el comenta que como se le indicó que en 24 horas no debía tener un gasto mayor a 2000 ml por la ileostomía, el decidió esperar hasta en la mañana para acudir al servicio de atención inmediata, sin embargo el gasto fue de 2000 ml en 10 horas por lo que acude al servicio de atención inmediata ya con datos de deshidratación. Posterior a las intervenciones de educación se egresa a su domicilio el día 25 de Noviembre de 2016.

---

<sup>43</sup> P. D. Francisco. "Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico". Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 2016 Dic 24]; 28(3): 33-37. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es)

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Focalizada	24/11/16			11 a.m.		5to hospitalización				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Aprendizaje	F.F	<b>F.C</b>	F.V	<b>Ayuda</b>	x	I	<b>PD</b>	D	<b>DT</b>	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
			Expresión del señor Alfredo de querer aprender más para detectar y prevenir complicaciones que ocasionen cambios en su estado de salud.			Experiencia de haber acudido a atención inmediata “tarde” y con datos de deshidratación y malestar general.				
<b>Diagnóstico:</b> Disposición para mejorar los conocimientos r/c expresión del señor Alfredo de querer aprender más para detectar y prevenir complicaciones que ocasionen cambios su estado de salud.										
<b>Objetivo de la persona:</b> Cuidar mejor su estado de salud.										
<b>Resultado esperado:</b> Reforzar los conocimientos del paciente, proporcionando información y orientación, durante la estancia hospitalaria, para evitar complicaciones en su estado de salud.										
Intervenciones	Acciones					Fundamentación				
Educación.	Se informa al paciente sobre la importancia de vigilar y medir el gasto por la ileostomía para llevar un control que nos evite una pérdida elevada de líquidos que le pueda ocasionar un cuadro de deshidratación. Se orienta al paciente sobre los datos de deshidratación. (Piel seca, boca seca, pérdida de la orientación y estado de conciencia, adinamia, agotamiento). Se explica la importancia de acudir al servicio de atención inmediata en					Pacientes más informado y con unas mayores expectativas con respecto a la sanidad y a la salud. Mayor información no supone mejor conocimiento y más responsabilidad sobre la salud. Para ello se requiere aumentar la conciencia social e individual de las personas como				

	<p>caso de presentar cualquiera de estas alteraciones.  Se recuerdan datos de alarma para presentarse al servicio de atención inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fiebre.</li> <li>-Presencia de pus o datos de infección.</li> <li>-Distensión abdominal, dolor.</li> <li>-Palidez generalizada de tegumentos, vomito continuo, malestar y debilidad generalizada.</li> <li>- Gasto por ileostomía mayor a 2000 ml en 24 horas o en menos de 24 horas.</li> <li>-Prolapso de estoma.</li> <li>-Cambio de coloración en el estoma.</li> </ul> <p>Se resuelven dudas.</p>	<p>agentes de salud y como usuarios responsables. La Universidad de los pacientes aparece como proyecto orientado a aumentar la alfabetización sanitaria y cívica de la población y como necesidad de adaptar los sistemas sanitarios a las nuevas necesidades generadas por un nuevo modelo de usuario.<sup>44</sup></p>
<p><b>Evaluación</b></p>	<p>Se le solicito al señor Alfredo que repitiera la información que se le brindo, se le realizan preguntas al respecto y responde las mismas de forma correcta.</p>	

<sup>44</sup> A.J. Jovel, "El paciente del siglo XXI", Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [citado 2017 Ene 23]; 29( Suppl 3 ): 85-90. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600009&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600009&Ing=es).

Se valoró a Don Alfredo en el área de consulta externa el 6 de diciembre de 2016, donde se observa cansado, somnoliento, refiere llevar días con mucho dolor, en piernas, adormecimiento, EVA 8/10, comenta no poder dormir a causa del dolor, acude a consulta al servicio de oncología médica quien le brinda tratamiento farmacológico con ketorolaco 1 tableta V.O. y paracetamol 1g V.O. cada 8 horas. El 7 de diciembre continúa con dolor por lo que se refiere a clínica del dolor que indica tramadol 10 gotas PRN máximo 4 veces por día, celebrex 200 mg y tizanimida 2 mg V.O. c/12 horas y se suspenden el ketorolaco y paracetamol indicados anteriormente.

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Focalizada	6/12/16			16 hrs		Consulta externa				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Descanso y sueño	F.F	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
Facies de cansancio, dolor EVA 8/10.			Malestar en miembros inferiores, no poder dormir.							
<b>Diagnóstico:</b>										
Alteración del patrón del sueño r/c dolor somatico EVA 8/10 m/p no poder dormir, facies de cansancio y referir malestar en miembros inferiores.										
<b>Objetivo de la persona:</b> Que desaparezca el dolor.										
<b>Resultado esperado:</b> Disminuir el dolor a un EVA 3/10 que permita descansar y dormir al señor Alfredo.										
Intervenciones	Acciones				Fundamentación					
Control del dolor	Sugerir posición para disminuir el dolor, (posición semifowler).  Administración de analgésicos tramadol 10 gotas V.O. PRN y celebrex 200 mg V.O. c/12.				Actualmente se dispone de suficientes recursos farmacológicos como para asegurar el control del dolor en más del 95% de los pacientes. Existen analgésicos opioides y no opioides que se pueden adaptar a la graduación de la intensidad del					

	Administración de relajante muscular tizanidina 2 mg V.O. c/12 horas.	dolor oncológico en cada situación. En este sentido, la escala analgésica del dolor, promovida por la OMS, sigue siendo una estrategia válida para el tratamiento del dolor oncológico y su uso se debe seguir promoviendo en todos los niveles asistenciales. <sup>45</sup>
<b>Evaluación</b>	El señor Alfredo refiere que el dolor disminuyó en una escala EVA 4/10 lo que le permitió dormir y descansar durante la noche, se le realiza llamada telefónica al día siguiente y refiere que el dolor es mínimo escala EVA 2/10.	

<sup>45</sup> G. E. Joan, C. Ana., y cols. "Good practice code for the management of cancer pain". Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2011 Abr [citado 2016 Dic 29]; 18(2): 98-117. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462011000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000200005&lng=es).

El 25 de diciembre acude a consulta al servicio de oncología médica, quien le comenta que iniciara tratamiento con quimioterapia capecitabina (xeloda) 3500 mg/ día, por 14 días en 4 ciclos, motivo por el cual el señor Alfredo comenta que le gustaría aprender sobre el tratamiento. Se observa con ligera palidez de tegumentos mucosas y piel integras e hidratadas, abdomen blando y depresible, s.v. estables, T.A. 1120/70 mmhg, F.C. 78 lat/min, F.R. 20 x', refiere sentirse bien, sin dolor o malestar, el gasto por ileostomía refiere se ha mantenido menor a 1500 en 24 horas.

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Focalizada	25/12/16			9 a.m.		Consulta externa,				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Aprendizaje	F.F	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
			Refiere deseos de aprender más sobre el tratamiento.			Tratamiento antineoplásico con Capecitabine.				
<b>Diagnóstico:</b>										
Disposición para mejorar los conocimientos sobre su estado de salud m/p referir deseos de aprender más sobre el tratamiento de quimioterapia antineoplásica.										
<b>Objetivo de la persona:</b> Cumplir bien con el tratamiento en casa.										
<b>Resultado esperado:</b> Reforzar los conocimientos que le ayuden a detectar y evitar complicaciones en casa.										
Intervenciones	Acciones					Fundamentación				
Mejorar el aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se informa que la pastilla se debe tomar después de los alimentos 30 minutos posterior a la ingesta de ellos.</li> <li>-Se hace hincapié en que no debe morder, masticar o triturar, ni diluir las tabletas.</li> <li>-Se Informa sobre los efectos secundarios que puede presentar con el tratamiento como son: Fatiga, diarrea, Síndrome de mano-pie, náuseas, vómito, dermatitis.</li> </ul>					<p>Xeloda pertenece al grupo de fármacos conocido como "agentes citostáticos", que detienen el crecimiento de células cancerosas.</p> <p>Debe tomar Xeloda antes de pasados 30 minutos después de haber comido.</p>				

	<p>-Se informa sobre los datos de alarma para acudir a atención inmediata como son: vómito y diarrea que no sede, + de 3 evacuaciones líquidas, fiebre, datos de sangrado, dolor intenso.</p> <p>-Informar al señor Alfredo que en caso de olvidar tomar una dosis de medicamento, no debe tomar doble dosis en la siguiente toma.</p>	<p>Los efectos adversos más comunes de Xeloda que pueden afectar a más de 1 persona de cada 10 son:</p> <p>Diarrea, náuseas, vómitos, estomatitis (llagas en garganta y boca) y dolor abdominal, reacción cutánea en las manos y pies (hormigueo en las palmas de las manos o las plantas de los pies, entumecimiento, dolor, hinchazón o enrojecimiento), sarpullido, piel seca o con picor, cansancio, pérdida de apetito (anorexia).<sup>46</sup></p>
<p><b>Evaluación</b></p>	<p>Se pide al señor Alfredo que repita y retroalimente la información que se le proporciono y lo realiza, aunque refiere algunas dudas, las cuales se resuelven y se informa que cualquier duda que se le presente la puede manifestar vía telefónica.</p>	

<sup>46</sup> C. Twelves., "Capecitabine (Xeloda™) improves medical resource use compared with 5-fluorouracil plus leucovorin in a phase III trial conducted in patients with advanced colorectal carcinoma." *European Journal of Cancer* 37.5 (2001): 597-604. Citado: 5/05/17, Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804900004445>

El 23 de febrero de 2017 se realiza valoración vía telefónica y manifiesta tener náuseas, malestar e intolerancia a los olores y sabores de algunos alimentos, sin embargo refiere que si puede comer y que no ha llegado a presentar vómito.

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Focalizada	23/02/17			18:00 horas		Vía Telefónica				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Nutrición e hidratación	F.F	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos		Datos subjetivos				Datos complementarios				
		Nauseas, refiere malestar e intolerancia a los olores y sabores de algunos alimentos.				Tratamiento con medicamento antineoplásico capecitabine 4.5 g/día en su día 6/14, ciclo 1/4.				
<b>Diagnóstico:</b>										
Disconfort r/c náuseas m/p referir malestar e intolerancia a los olores y sabores de algunos alimentos.										
<b>Objetivo de la persona:</b> Que desaparezcan las náuseas.										
Resultado esperado: Mejorar el confort del paciente, disminuyendo las náuseas.										
Intervenciones	Acciones				Fundamentación					
Control de las náuseas.	-Administración de antiemético, ondasetrón 1 tableta V.O. c/8 horas, previo a los alimentos.  Sugerir: -Ingesta de alimentos fríos".				Las náuseas y los vómitos continúan siendo uno de los efectos adversos más temidos por los pacientes en tratamiento con quimioterapia. Un control adecuado de la emesis inducida por la quimioterapia mejora la calidad de vida. <sup>47</sup>					

<sup>47</sup> G. R. Cesar, F. B. Jaime, "Prevención y control de las náuseas y los vómitos inducidos por quimioterapia", Elsevier, volumen 126, [citado 18/07/17]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775306718590>

	<p>-Evitar el consumo de alimentos condimentados.</p> <p>-Consumo de hielos en cubos o paleta de hielo que ayude a reducir las náuseas.</p> <p>-Consumir galletas saladas.</p>	
<b>Evaluación</b>	<p>Se vuelve a contactar al señor Alfredo vía telefónica el día 24 de febrero de 2017, y en esta conversación refiere que ha logrado disminuir el malestar causado por las náuseas por lo que ya tolera en mayor cantidad los alimentos v.o.</p>	

En abril de 2017 se mantiene comunicación vía telefónica con el cuidador primario la esposa del señor Alfredo, quien comenta que su esposo presenta dificultad para la micción, ya que el pene no logra expulsar el chorro de orina, por lo cual micciona sentado. Por lo que la esposa del señor Alfredo comenta que para su esposo esto representa una frustración pues al no poder orinar de pie refiere una percepción negativa de la propia valía.

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Focalizada	15/04/17			17 hrs		Vía telefónica.				
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Valores y creencias	F.F	F.C	F.V	Ayuda	x	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
			Verbalización de la esposa del señor Alfredo con respecto a la percepción negativa de la propia valía que representa para el señor Alfredo el no poder orinar de pie.							
<b>Diagnóstico:</b>										
Baja autoestima situacional r/c desconocimiento del deterioro funcional provocado por la patología y los tratamientos m/p verbalización de la esposa del señor Alfredo con respecto a la percepción negativa de la propia valía que representa para el señor Alfredo el no poder orinar de pie.										
<b>Objetivo de la persona:</b> Saber si será permanente el que tenga que orinar todo el tiempo sentado.										
<b>Resultado esperado:</b> Que don Alfredo afronte de manera positiva los procesos y los cambios provocados por la enfermedad y el tratamiento y buscar junto con su esposa las mejores alternativas para su comprensión.										
Intervenciones	Acciones				Fundamentación					
Orientación.	-Orientar sobre la importancia de consultar al médico e informar de la situación y la importancia de una interconsulta a				El apoyo familiar puede ayudar a afrontar de mejor manera los cambios producidos por la patología y la enfermedad, pues es un valioso recurso de afrontamiento del estrés y un					

<p>Apoyo emocional.</p>	<p>urología por parte del oncólogo.</p> <p>-Buscar una interconsulta con psicooncología o psicología</p> <p>- Brindar apoyo.</p> <p>- Escucha activa y resolver dudas.</p> <p>-Reforzar la valía como persona.</p>	<p>amortiguador de sus efectos, contribuye a la promoción de conductas saludables y tiene influencia en la progresión y ajuste a enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer y la enfermedad cardiaca.<sup>48</sup></p>
<p><b>Evaluación</b></p>	<p>Se logró tranquilizar y orientar al paciente, así como animarlo a informar al médico sobre la situación.</p>	

Actualmente don Alfredo tiene cita abierta para el servicio de oncología y al servicio de atención inmediata en caso de presentar cualquier complicación o datos de alarma, se encuentra ya en fase de vigilancia y en espera de valoración para la anastomosis de su ileostomía.

<sup>48</sup> B. A. Enrique, "Apoyo social, estrés y salud", Revista Universidad Veracruzana, vol. 14, Núm. 2, [Citado 21/08/17]; Disponible en; <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>

## 11. CONCLUSIONES

El estudio de caso es un proceso que permite integrar la teoría y la práctica en beneficio de cada persona de forma individualizada, se aplica a la realidad y a las circunstancias vivas de cada individuo, esto nos permite como personal de enfermería brindar a cada persona un cuidado holístico y biopsicosocial, atendiendo las necesidades humanas alteradas en la persona. Realizar este estudio de caso me permitió conocer las circunstancias y el contexto de salud- enfermedad que involucra a cada persona y el cómo le afecta e impacta la enfermedad a nivel personal, familiar, social, así como la alteración que tiene en su calidad de vida. El ver al individuo como un todo que interactúa en todos sus ámbitos sociales, personales y familiares, me facilita y permite ayudar a las personas con mejor calidad y calidez.

En el presente trabajo se realizó una valoración exhaustiva del señor Alfredo, en base a la filosofía conceptual de Virginia Henderson, se detectaron y jerarquizaron las necesidades alteradas, se elaboraron y plantearon planes de cuidados y se aplicaron intervenciones de enfermería, se realizó la evaluación de las mismas y se planteó un plan de alta, lo cual permitió cumplir con los objetivos planteados al inicio del presente trabajo

El señor Alfredo refiere que la ayuda y el cuidado que se le brindó a través del plan de cuidados que se planteó en el estudio de caso le ha permitido sentirse más seguro, apoyado, con mejores conocimientos y confianza para enfrentar y vivir con su enfermedad, refiere que desconocía que había este tipo de ayuda y apoyo para ellos, y menciona: “hoy estoy ya en vigilancia pero eso es gracias a ti, a mi esposa y a todo el personal que me ha cuidado y ayudado todo este tiempo, se los agradeceré siempre, creo que es muy bueno realizar un seguimiento de caso a mí en lo personal me sirvió y ayudo y por ello me gustaría que más personas tengan el mismo apoyo que he tenido yo”.

El realizar un seguimiento de caso ha sido una experiencia única, que me ha permitido a mí como enfermera conocer y aplicar todos y cada uno de los conocimientos adquiridos a lo largo de la especialidad, la satisfacción y los resultados son gratos y favorables tanto para el paciente como para mi persona, es importante mantener siempre la esencia del ser enfermero y siempre “servir con amor y alegría”.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- OMS, 2016, [citado: 21/12/16], Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es>
- 2.- “Cáncer de Recto”, Instituto Nacional del cáncer NIH, 15 julio de 2016, [citado: 21/12/16]; Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/paciente/tratamiento-rectal-pdq>
- 3.- American Cancer Society, “Estadísticas importantes sobre cáncer de colon y recto”, [citado 26/06/17]; Disponible en; <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/estadisticas-clave.html>
- 4.- Organización Mundial de la Salud (OMS), “Enfermería”, [citado 24/06/17]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- 5.- Bello L. Nidia, “Definición de Enfermería por Florence Nightingale”, [citado 24/06/17]; Disponible en; <http://www.escuelaignaciochavez.edu.mx/definicion-de-enfermeria-por-florence-nightingale-1853-1874/>
- 6.- Consejo Internacional de Enfermería, “Definición de Enfermería”, diciembre 2015, [citado 24/06/17]; Disponible en; <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- 7.- Callista R., “Sor Callista Roy”, [citado 24/06/17]; Disponible en: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/sor.html>
- 8.- Roghers M. E. “Definición de Enfermería”, [citado 24/06/17], Disponible en; <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/martha.html>
- 9.- Imogene K., “Desarrollo del conocimiento en Enfermería”, [citado 24/06/17]; Disponible en; <http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.mx/2013/12/marco-de-sistemas-de-interaccion-y.html>
- 10.- Amezcua M., “La enfermería como profesión”, Facultad de ciencias de la salud, [citado 24/06/17]; Disponible en; <http://index-f.com/gomeres/wp-content/uploads/2015/01/TEMA-8a-Profesion.pdf>
- 11.- American Nurses Association, “Enfermería profesional, técnicas y fundamentos”, [citado 24/06/17]; Disponible en; <http://www.mailxmail.com/curso-enfermeria-profesional-tecnicas-fundamentos/enfermeria-profesional-definicion-papel-profesional>

12.- Hernández C. A., Guardado de la Paz C., “La Enfermería como disciplina profesional holística”, *Revista Cubana Enfermería* [Internet]. 2004 Agosto [citado 2017 Jun 24]; 20(2): 1-1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es).

13.- Luiris S. T., Otero C. M., Urbina L. O. y cols. (2002). “Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería”. *Rev Cubana Educ Med Super*, 16(4), [citado 5/06/17], Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16\\_4\\_02/ems07402.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm)

14.- García G. M., (2004). “*El Proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson*”. Editorial Progreso. [citado 5/06/17]; Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=rH2WwSgmrAEC&oi=fnd&pg=PA2&dq=teor%C3%ADa+de+virginia+henderson&ots=g1-YvuuZ0r&sig=CaxHhs7k4c-Da16jIn9tSZmtxbY#v=onepage&q=teor%C3%ADa%20de%20virginia%20henderson&f=false>

15.- Material complementario Enfermería Comunitaria, “El Proceso de Atención de Enfermería”, UNAM-Ixtacala, [citado 8/05/17], Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

16.- Reiriz P. J., “Sistema digestivo Anatomía”, colegio de Enfermeras de Barcelona, [citado 11/05/17]; Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/98/Sistema%20digestivo.pdf?1358605970>

17.- Macarrulla T., Elez E., “Comprender el cáncer de colon y recto”. Editorial AMAT, 2011; [citado 5/06/17]; Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=EnBr1Tpa7S4C&oi=fnd&pg=PA9&dq=Anatomia+y+fisiologia+del+colon+y++recto&ots=Vmb18U0Lod&sig=dIbYdbtIur93RmmEq1sTvsIFU-c#v=onepage&q=Anatomia%20y%20fisiologia%20del%20colon%20y%20%20recto&f=false>

18.- Dr. Francisco L.K., Alvaro Z.A. “Resección anterior baja del recto más reconstrucción con coloplastia”, *Técnicas quirúrgicas*, Universidad católica de Chile, *Rev. Chilena*, vol.54, no. 1, 2002; citado; [6/11/17]; Disponible en: [http://www.cirujanosdechile.cl/revista\\_anteriores/PDF%20Cirujanos%202002\\_01/Cir.1\\_2002%20Resec.%20anterior%20baja.pdf](http://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202002_01/Cir.1_2002%20Resec.%20anterior%20baja.pdf)

- 19.- Edición del: Dr. Acuña T. M., Román B. E., “Cáncer de colon-recto”, Guías Diagnosticas, versión 2013; [citado 12/06/17]; Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/onco/guias/cancer\\_Colon.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/onco/guias/cancer_Colon.pdf)
- 20.- Delgado G. P., Said F. S., García G. I. y cols., “Cáncer colorrectal en Nuevo León: factores de riesgo, hallazgos clínicos y cambios en el desempeño físico de los pacientes a los 12 meses de postcirugía”, Rev. Salud Pública de México, vol 58Núm. 6, [citado 12/06/17]; Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342016000600592&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000600592&lng=es). <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.7762>
- 21.- GLOBOCAN, “Cáncer Colon-Recto”, Info Cáncer, 2015, [citado 12/06/17]; Disponible en: <http://www.infocancer.org.mx/busqueda.php>
- 22.- Instituto Nacional del Cáncer. “Cáncer de recto”, 16//2016, [citado: 16/11/16] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/pro/tratamiento-rectal-pdq>
- 23.- Guías Diagnosticas de Gastroenterología, “Cáncer de Recto”, [citado 26/06/17]; Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/gastro/cancer\\_recto.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gastro/cancer_recto.pdf)
- 24.- Calva A. M., Acevedo T. M., “Revisión y actualización General en Cáncer Colorectal”, 2009, [citado 25/06/17]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091i.pdf>
- 25.- American Cancer Society, “Etapas del Cáncer Colorrectal”, [citado 26/06/17]; Disponible en; <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-orto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>
- 26.- Charúa G.R., “Guías diagnósticas y de tratamiento de carcinoma de colon y recto”, [citado 24/06/17]; Disponible en; <https://www.gastro.org.mx/wp-content/uploads/2014/06/carcinomaTratamiento.pdf>
- 27.- “Cáncer de Recto”, Guías Diagnosticas de Gastroenterología, 2013, [citado: 19/12/16], Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/gastro/cancer\\_recto.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gastro/cancer_recto.pdf)
- 28.- Ley General de Salud, NOM-168-SSA-1-1998 del expediente clínico, “Carta de los derechos generales de los pacientes”, [citado 23/06/17], Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_nayarit/publicaciones/pdf/carta\\_derechos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf)

29.- Ruiz P. R., “La carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros”, Rev. Mexicana de Enfermería Cardiológica, Medigraphic, [Citado 23/06/17]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061g.pdf>

30.- Medigraphic, “Derechos y Obligaciones de los enfermeros y las enfermeras”, 2017; [citado 23/06/17]; Disponible en: <https://es.slideshare.net/zahidprieehnvargaas/derechos-y-obligaciones-de-los-enfermeros-y-enfermeras>

31.- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, [Citado 4/07/17]; Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)

32.- “Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética”, “Consentimiento Informado”. Comisión Nacional de Bioética. Secretaria de Salud, 2010, [citado 4/07/17]; Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento\\_informado.html](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html)

33.- L. Alberto. “Fiebre y otras formas de elevación térmica”. Rev. Investigación clínica [Revista en la Internet]. 2007 Abr. [citado 2016 Dic 24]; 59(2): 130-138. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-83762007000200007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762007000200007&lng=es)

34.- V. A. Leandro-Merhi. “Atención nutricional convencional (ANC) en pacientes quirúrgicos hospitalizados”. Nutrición Hospital [Internet]. 2007 Ago. [Citado 2016 Dic 24] .l; 22(4): 447-454. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212)

35.- G. R. Norberto, M. A. José Ricardo, y cols., “Tratamiento hidroelectrolítico y ácido base en pacientes con cetoacidosis diabética: comparación de dos guías terapéuticas”. Bol. Med. Hospital Infantil de México [Revista en la Internet]. 2004 Feb [citado 2016 Dic 28]; 61(1): 35-43. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462004000100005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100005&lng=es)

36.- Brewer B., “GUIA DE NUTRICION Y DIETA” [Citado; 23/07/17]; Disponible en: [http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy\\_info/ua\\_diet\\_nutrition\\_es.pdf?direct=1](http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy_info/ua_diet_nutrition_es.pdf?direct=1)

- 37.- Vademecum, [citado; 23/07/17]; Disponible en: <http://mx.prvademecum.com/producto.php?producto=6426>
- 38.- Vademecum, [Citado 23/07/17]; Disponible en: <http://mx.prvademecum.com/producto.php?producto=13982>
- 39.- Doval C. H., "Temor y esperanza en el encuentro médico", Revista scielo, [citado 5/07/17]; Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-37482008000100017](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482008000100017)
- 40.- V. A. Leandro-Merhi. "Atención nutricional convencional (ANC) en pacientes quirúrgicos hospitalizados". Nutr. Hosp. [Internet]. 2007 Ago [citado 2016 Dic 24]; 22(4): 447-454. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112007000600007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000600007&lng=es).
- 41.- G. V. B, G. Tania. "La nutrición enteral precoz en el enfermo grave". Nutrición Hospital [Internet]. 2005 Abr. [citado 2016 Dic 24]; 20(2): 93-100. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112005000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000200005&lng=es).
- 42.- G. R. Norberto, M. A. José Ricardo, y cols., "Tratamiento hidroelectrolítico y ácido base en pacientes con cetoacidosis diabética: comparación de dos guías terapéuticas". Bol. Med. Hospital Infantil de México [Revista en la Internet]. 2004 Feb [citado 2016 Dic 28]; 61(1): 35-43. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462004000100005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100005&lng=es).
- 43.- P. D. Francisco. "Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico". Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar. [Citado 2016 Dic 24]; 28(3): 33-37. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es).
- 44.-A.J. Jovel, "El paciente del siglo XXI", Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [citado 2017 Ene 23]; 29(Suppl 3): 85-90. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600009&lng=es).
45. - G. E. Joan, C. Ana., y cols. "Good practice code for the management of cancer pain". Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2011 Abr [citado 2016 Dic 29]; 18(2): 98-117. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462011000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000200005&lng=es)
46. - C. Twelves., "Capecitabine (Xeloda™) improves medical resource use compared with 5-fluorouracil plus leucovorin in a phase III trial conducted in patients

with advanced colorectal carcinoma." *European Journal of Cancer* 37.5 (2001): 597-604. [Citado: 5/05/17], Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804900004445>

47.- G. R. Cesar, F. B. Jaime, "Prevención y control de las náuseas y los vómitos inducidos por quimioterapia", Elsevier, volumen 126, [citado 18/07/17]; Disponible en; <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775306718590>

48.- B. A. Enrique, "Apoyo social, estrés y salud", *Revista Universidad Veracruzana*, vol. 14, Núm. 2, [Citado 21/08/17]; Disponible en; <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>

### 13. ANEXOS

Especialidad en Enfermería Oncológica

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN		LUGAR	FECHA	HORA
Nombre del paciente (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s))				N° de Expediente
Edad	Genero Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Ocupación	Estado civil	
Domicilio (Calle, Número, Colonia, Localidad, Municipio, Estado).				

Yo: \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente

Aceptar participar en el estudio de caso “ \_\_\_\_\_

“

Cuyo objetivo principal es: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Nombre del responsable del Estudio:

Firma

Nombre de la persona, padre o tutor.

Firma