



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PLAN UNICO DE ESPECIALIDAD

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

**ESTUDIO DE CASO, APLICADO A UN ADULTO MADURO, CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE OXIGENACIÓN, CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO.**

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER GRADO DE:

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

P R E S E N T A

L.E. SARELY TRUJANO TRUJANO



Con la asesoría de:

Mtro. Francisco Rogelio Rodríguez Díaz

CD. DE MEXICO

15- mayo-2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“La persona que eres hoy
Es la suma total de todas las personas
Que haz admirado alguna vez” (B.Tracy)

Agradecimientos

Al maestro de toda mi vida Dios, por darme fuerza cuando creí no poder más y permitirme cumplir una meta más en mi vida personal y profesional.

Mi más atento agradecimiento al Sr. Silverio † porque sin él no habría podido iniciar y culminar con este proceso.

CON GRATITUD

A todos mis profesores, piezas clave en la realización de este proceso de aprendizaje, Mtra. Patricia Vargas, Mtra. Emma Ávila y en especial al Coordinador Lic. Rogelio por compartir su conocimiento, apoyo, tiempo y disposición.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser una institución de prestigio y poder formar parte de ésta, la cual me dio herramientas necesarias para ejercer mi carrera con amor y entrega. A la Mtra. Gabriela Trejo Niño por su motivación y enseñanza a lo largo de mi carrera profesional.

A mis amigas que me dieron la oportunidad de conocer los y vivir al máximo esta etapa

Dedicatoria

CON ADMIRACIÓN

A mis padres, porque cada una de estas palabras no son suficientes para agradecerles su apoyo y amor infinito que me han demostrado de manera incondicional así como sus palabras de aliento. Por educarme y esforzarse por hacerme una persona de bien con valores que solo se aprenden en casa, los amo.

CON GRAN AMOR

A mi esposo por ser mi compañero de vida que está conmigo de manera incondicional, por compartir sus conocimientos; su paciencia y templanza para mantenernos unidos y poder cumplir una meta más profesionalmente.

INDICE

Índice de Figuras	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2 . OBJETIVO DEL ESTUDIO DE CASO	11
3. FUNDAMENTACIÓN.....	12
4. MARCO CONCEPTUAL	13
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA:	13
4.2 PARADIGMAS	18
4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA	24
4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA	27
5. MARCO REFERENCIAL.....	33
5.1 Anatomía y fisiología	33
5.2 Cáncer (generalidades).....	44
5.3 Epidemiología del cáncer gástrico	46
5.3 Factores de riesgo	47
5.4 Manifestaciones clínicas.....	50
5.5 Vías de diseminación	50
5.6 Diagnóstico.....	52
5.7 Factores pronóstico.....	54
5.8 Estadificación	56
5.9 Tratamiento.....	57
6. METODOLOGÍA.....	63
6.1 Selección del caso.....	63
6.2 Fuentes de información.....	63
6.3 Consideraciones éticas	63
7. PRESENTACIÓN DEL CASO	76
7.1 Antecedentes del caso	76
7.2 Antecedentes generales de la persona.....	81
8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	82
8.1 valoración exhaustiva	82

8.2 Jerarquización de problemas.....	85
8.3 Formato de plan cuidados enfermería	86
9.- PLAN DE ALTA	101
10.-CONCLUSIÓN.....	103
11. SUGERENCIAS.....	104
12. BIBLIOGRAFÍA.....	105
13. ANEXOS	108

Índice de Figuras

Figura	Nombre	Página
Figura 1	Anatomía topográfica del estomago	30
Figura 2	Anatomía topográfica del estómago. Porciones.	31
Figura 3	Corte coronal a nivel de la unión esofágica.	33
Figura 4	Organización de las capas musculares del estomago	34
Figura 5	Circulación arterial del estómago	37
Figura 6	Circulación venosa del estómago	39
Figura 7	Territorios linfáticos del estómago y grupos ganglionares	40
Figura 8	Clasificación de Bormann	50

1. INTRODUCCIÓN

Patricia Benner, menciona que la enfermería se rige por la experiencia y el conocimiento común para día con día tener una nueva adquisición técnica dejando a un lado la ciencia e investigación lo cual declina el profesionalismo de enfermería.¹

En la actualidad se sabe que Enfermería es una ciencia joven, la cual plantea que para brindar un cuidado profesional es importante integrar la teoría y la práctica fundamentada científicamente, a través del Proceso Atención de Enfermería que es el resultado de los esfuerzos de la reflexión que distintas teóricas realizaron a partir de la década de 1950, se estima que fue en el año 1956, durante una conferencia pronunciada por Lydia Hall en Nueva Jersey, cuando formuló una conocida afirmación: “la asistencia sanitaria es un proceso” .²

Alfaro R. (1992) Refiere que el Proceso de Atención Enfermería, es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las repuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, durante las

¹ Orozco H. G., García G. W. (2004) “Conocimiento que posee el personal de enfermería en la atención de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA en los centros de salud”. Carlos Rugama y Pedro Altamirano Managua Universidad Politécnica de Nicaragua enero – mayo 2004. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/PDF/msc_sida.pdf

² Hernández C., J.M.; Moral de C., P., Albert E. M., “El método de intervención en enfermería: el proceso de enfermería”. Capítulo, en fundamentos de enfermería. Teoría y método. 2ª ed. España. Madrid: editorial; McGrawHill/interamericana. 2003.

cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos últimos de Enfermería.³

Hoy en día el cáncer es un problema de salud pública, ya que causa una enorme pérdida de vidas humanas y recursos económicos. La enfermería tiene el deber, el hacer y el quehacer de brindar servicios profesionales y competentes al individuo, familia y comunidad, en todo el proceso salud – enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal.

Para ello, la enfermera oncológica desarrolla sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que le permite identificar y tratar respuestas humanas y determinar la influencia de sus servicios en la evolución, física, social y espiritual de la persona.⁴

Desde el punto de vista biológico, el cáncer es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular; su consecuencia es el desarrollo de una clona que puede invadir y destruir los tejidos adyacentes y diseminarse hacia sitios distantes en los que se forman nuevas colonias u ocurre propagación metastásica. Este trastorno puede remontarse hasta los genes supresores, los oncogenes y productos que controlan la diferenciación y proliferación celulares.

En la práctica es un término genérico empleado para referirse a más de un centenar de enfermedades distintas, con epidemiología, origen, factores de riesgo, patrones de diseminación respuesta al tratamiento y pronóstico diversos.⁵

Por lo que, en este estudio de caso, se desarrolla un plan de cuidados aplicado al Sr. Silverio, el cual se encontraba hospitalizado en el servicio de cirugía oncológica del 5° piso de hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología, con un diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en anillo de sello, pos operado de

³ Alfaro-LeFevre A. Aplicación del proceso enfermero: fundamento del razonamiento clínico. 8ª ed. Barcelona: Editorial; Wolters Kluwer. 2014.

⁴ Sociedad española de Enfermería Oncológica. "Estatutos". Disponible en: <https://www.seeo.org/la-sociedad/>

⁵ Granados G. M., Herrera G. Á. Manual de Oncología Procedimientos médico quirúrgicos. 4ª ed. México: Editorial; Mc Graw Hill. 2010.

laparotomía exploradora, el cual es valorado bajo la Filosofía conceptual de Virginia Henderson.

El cáncer gástrico (CG) representa la neoplasia gastrointestinal más frecuente en México de acuerdo con estadísticas del INEGI (2011). La mayor parte de los casos se presenta en etapas avanzadas con un pronóstico pobre.

Actualmente un tercio de los cánceres gástricos se originan en el estómago proximal, predominantemente en el cardias y la unión gastroesofágica.

Los adenocarcinomas representan 95 % de las neoplasias gástricas malignas. Desde el punto de vista morfológico, el adenocarcinoma gástrico se describe de acuerdo con la clasificación de Bormann.

Por lo tanto, hay dos tipos principales de adenocarcinoma gástrico: intestinal y difuso. Los adenocarcinomas intestinales son bien diferenciados y las células tienden a organizarse en estructuras tubulares o glandulares. El término tubulares, papilar y mucinoso se asignan a los diversos tipos de adenocarcinoma intestinales. Los cánceres adenoescamosos se presentan en poca frecuencia.⁶

Durante el desarrollo de este estudio de caso se observara que el contenido hace referencia a los objetivos, general y específico, que permiten dirigir el trabajo, dando continuidad a través de la conceptualización de enfermería de igual manera las distintas teóricas de las cuales destaca Virginia Henderson haciendo referencia a que el ser humano es un ser independiente cuando cubre sus 14 necesidades básicas y cuando alguna de éstas se ve afectada, la enfermera cumple un rol esencial de manera que cubre la necesidad hasta reinsertarlo y lograr su independencia nuevamente, sin embargo para poder cumplir con dicho objetivo es necesario adquirir conocimientos de anatomía y fisiología del estómago, así como de cáncer de estómago , sus distintas modalidades de tratamiento para dirigirlos

⁶ Casciato D. A., Territo M. C. Manual de oncología clínica. 7ª ed. Los Ángeles California Editorial Wolters Kluwer.; 2012.

hacia un cuidado de enfermería más especializado basado en evidencias científicas.

Para dar continuidad a un plan de cuidados individual y especializado de manera que contribuya a el mantenimiento y recuperación del estado de salud del Sr. Silverio durante el desarrollo de su enfermedad.

2 . OBJETIVO DEL ESTUDIO DE CASO

General:

Implementar un estudio de caso, que permita aplicar el proceso atención enfermería utilizando una valoración basada en la filosofía conceptual de Virginia Henderson, para detectar las necesidades humanas alteradas en el Sr. Silverio, provocadas por el curso de la patología y el tratamiento, a su vez elaborar planes de cuidados que permitan brindar cuidados de enfermería especializados para mantener, mejorar o limitar el daño y así lograr su máximo nivel de independencia.

Específicos:

- Valorar el estado de salud enfermedad de la persona a través de una valoración exhaustiva para la formulación de diagnósticos reales, riesgo, bienestar y jerarquizarlos.
- Formular intervenciones y acciones de enfermería dirigidos a mejorar las respuestas humanas alteradas, a través de la enseñanza para el autocuidado.
- Evaluar los resultados de las intervenciones planeadas observando que estos se lleven a cabo en relación a los objetivos y resultados esperados por la persona, en caso contrario es necesario revalorar el plan de cuidados.

3. FUNDAMENTACIÓN

Se realizó una revisión exhaustiva de diferentes fuentes de información como libros, revistas, medios electrónicos y páginas web, en la búsqueda de estudios de caso que permitieran sustentar esta información, sin embargo no existen en la actualidad artículos o planes de cuidado de enfermería dedicados al cuidado de las personas que cursan con esta enfermedad.

Sin embargo se encontraron algunos artículos de otras disciplinas que contribuyen al sustento científico de dicho estudio de caso.

Por mencionar algunos:

Núñez T. L.A. presenta tesis para obtener grado de especialista en cirugía oncológica, en la Universidad Nacional Autónoma de México con el tema de “Expresión de HER 2 NEU y su relación clínico patológica en pacientes con adenocarcinoma gástrico.

Martínez G. M.G. presenta tesis para obtener grado de especialista en gastroenterología, en la Universidad Nacional Autónoma de México con el tema “Epidemiología y tipos histológicos de adenocarcinoma gástrico en el hospital Juárez de México”.

Los anteriores documentos se obtuvieron de la biblioteca virtual de la Universidad Nacional Autónoma de México. Con lo anterior es posible reflexionar y exhortar a la enfermería a investigar y publicar el cuidado profesional con el que se brinda día a día a personas con dicho padecimiento.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA:

La Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); y más recientemente como una disciplina del área de la salud y el comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital.

Enfermería es a la vez una disciplina y una profesión. Como profesión toma parte de los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida, al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro. La profesión de enfermería se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Como disciplina es un territorio del conocimiento, un cuerpo de conocimiento que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud.

Por definición es una disciplina que no enfoca el conocimiento desde el punto de vista global, tiene un enfoque único de percibir los fenómenos de su interés y es en última instancia, el que define los límites de la naturaleza de la disciplina y el proceso investigativo.

Con relación a enfermería se puede afirmar que ésta tiene en sus partes componentes tanto aspectos científicos como aspectos relacionados con el arte y la tecnología. Por ejemplo, la salud humana es considerada por enfermería en términos de hechos políticos e históricos, y al mismo tiempo dentro de las leyes

inexorables del cuidado. Por lo tanto, la enfermería como disciplina tiene mayor amplitud que la ciencia de enfermería y su exclusividad se acuña en su perspectiva, más que en su objeto metodológico de investigación.⁷

Virginia Henderson define que la enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos, pero también puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud. Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia. La sociedad espera un servicio de la enfermería que ningún otro profesional puede darle.

La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona requiere ayuda la cual se brinda a través de cuidado de enfermería para posteriormente la persona alcance su independencia.

Las 14 necesidades

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.

⁷ Balan G, Franco M, Herrera R. Antología: Teorías y modelos de enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado. 2ª ed. México, D.F: ENEO-UNAM. , 2011.

9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

La Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, alejándose del modelo biomédico en el que se trataba la enfermedad para abarcar en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas. Para lograr esta evolución ha sido necesario adoptar un marco teórico conceptual en el que basar los principios y objetivos de la profesión, así como adaptarse al método científico utilizando una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. Esto implica la sistematización del abordaje utilizado para resolver un problema, es decir, la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados.

Carper (1987) distingue cuatro “modelos de conocimiento” que conforman el núcleo básico de los conocimientos de enfermería: la ciencia de la enfermería, la estética de la enfermería, la ética de la enfermería y los conocimientos personales.

La ciencia de la enfermería o conocimientos científicos es la “mente cognitiva” de la enfermería y comprende los conocimientos obtenidos mediante la investigación de enfermería y la realizada en otras disciplinas. Los conocimientos científicos abarcan los hechos y la información necesarios para desempeñar tareas técnicas, es decir, los principios de la destreza, los pasos técnicos y los conocimientos

sobre el equipo. Cuando las técnicas de enfermería se realizan con habilidad, es más probable que sus actuaciones obtengan buenos resultados. Los conocimientos científicos también abarcan el conocimiento de las diferentes formas en que los factores socioculturales y del desarrollo afectan a la conducta del cliente por ejemplo (debe saber cómo pueden influir en un cliente las ideas religiosas o culturales a la hora de cooperar en un plan terapéutico).

Por último, la ciencia de enfermería incluye el conocimiento de la teoría del cambio y de la teoría de las motivaciones. Las enfermeras recurren a estos conocimientos cuando trabajan de forma directa con los clientes o cuando supervisan el trabajo de otras enfermeras.

La estética de la enfermería es la forma en que se expresan los conocimientos de enfermería. Es el “arte” o el “corazón” de la enfermería. A diferencia del conocimiento científico, que se adquiere mediante la investigación, la estética abarca los sentimientos adquiridos por la experiencia subjetiva. Gracias a este arte, la enfermera expresa lo humanístico de su labor; por eso, la estética comprende actitudes, creencias y valores. La sensibilidad y la empatía (la capacidad de imaginar lo que siente otra persona) son facetas muy importantes en esta clase de conocimientos, ya que permite a la enfermera ser consciente de las perspectivas del cliente y estar atenta a los indicios, verbales o de otro tipo, que revelan el estado psicológico del cliente.

La ética de la enfermería se refiere a los conocimientos de las normas de conducta aceptadas por la profesión. Se ocupa del tema de los deberes, de lo que hay que hacer; consiste en estar informada sobre los principios morales básicos y sobre los procesos que determinan las actuaciones “correctas”. Las enfermeras son responsables ante el público y sus otras colegas de ejecutar éticamente su

trabajo. Independientemente de que se desarrolle formalmente (a través de un código ético escrito) o sin carácter oficial, la ética de una profesión representa las tradiciones y valores de los distintos grupos.

El conocimiento personal se refiere al conocimiento de uno mismo, es decir, a ser consciente de los propios valores, creencias, actitudes y capacidades. Además también implica el conocimiento de uno mismo en relación a los demás y las relaciones basadas entre las personas más que entre las funciones que desempeña. Este tipo de conocimientos permite a las enfermeras tratar a los clientes como personas y no como objetos. Por lo general, las enfermeras que poseen una consciencia y un conocimiento muy desarrollados sobre si mismas tienen un mejor auto concepto y sintonizan más con sus pacientes.

Las asociaciones profesionales de enfermeras también han estudiado la enfermería y elaborado sus propias definiciones. La American Nurses Association (ANA) describe el ejercicio de la enfermería como “directo, orientado hacia unos objetivos y adaptable a las necesidades de los individuos, la familia y la comunidad, tanto en la enfermedad como en la salud”. En 1980 la ANA publicó esta definición de la enfermería: “La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales”.

La ANA 1987 define nuevamente a la enfermería con mayor alcance y describe las diferencias entre las enfermeras técnicas y profesionales: la “profundidad y amplitud que alcanza cada enfermera en el ámbito total del ejercicio clínico de la enfermería esta definidas por los conocimientos básicos de la enfermera, su papel, y la naturaleza de la población de clientes que existe en el ámbito de su ejercicio”.

La Canadian Nurses Association (CNA) publicó en 1984 una definición que sirve como norma profesional para enfermeras de Canadá.

“La enfermería” o “el ejercicio de la enfermería” significa la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud y comprende la práctica y la supervisión de las funciones y servicios que, directa o indirectamente, y en colaboración con un cliente o con otros profesionales de la salud que no son enfermeros, tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, la recuperación de la salud y el desarrollo óptimo de ésta, e incluye todos los aspectos implicados en el proceso de enfermería.⁸

4.2 PARADIGMAS

Paradigma de la categorización

Un cambio es un fenómeno es consecuencia de condiciones anteriores. Así los elementos y manifestaciones conservan entre si las relaciones lineales y causales. Bajo el ángulo de este paradigma, el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

El paradigma de categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública.

Los escritos referidos a la orientación hacia la salud pública se sitúan en el alba de la sociedad moderna occidental, desde el siglo XIII al XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Recordemos que, a mitad del

⁸ Kozier RN Barbara, Erb Glenora, Blais Kathleen. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª ed. Miami, Florida: Editorial; McGraw-Hill- interamericana.

siglo XIX, la mayoría de la población no sabe nada acerca de infecciones bacteriológicas y sobre los modos de propagación de la enfermedad, e ignoran las precauciones más elementales.

Ahora bien, Florence Nightingale, gracias a su educación, su experiencia en cuidados enfermeros y personalidad, se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares ingleses durante la guerra de Crimea (Dolan, Fitzpatrick y Hermann, 1983). Acompañada de cuarenta enfermeras laicas y religiosas, Florence Nightingale intenta dar a los hospitales condiciones de higiene más elementales. En menos de 6 meses, las enfermeras se ganaron el respeto de los cirujanos militares, opuestos en principio a la presencia de mujeres en el seno de la armada inglesa.⁹

Nightingale considera a la persona según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente. Este potencial de la persona es así mismo reconocido en la actividad enfermera orientada hacia el cambio el entorno, puesto que tiene por objeto la mejora de las condiciones de vida personal y comunitaria.

Si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla, luego, estos factores del entorno son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos”. Toda información relativa a la mejora de las condiciones sanitarias favorece la salud. El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

⁹ Balan Op. Cit., p. 64.

Orientación hacia la enfermedad

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y las técnicas quirúrgicas. La erradicación de las enfermedades transmisibles es la prioridad de los años 1900 a 1950. Aparece igualmente la formulación de diagnósticos médicos basados en la asociación de síntomas observables a partir de fallos biológicos. Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad, el origen de la enfermedad se reduce a una causa única.

El cuidado está enfocado a los problemas, el déficit o las incapacidades de las personas. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia que, como habíamos dicho, está muy unida a la de la profesión médica. Su intervención consiste en eliminar los problemas cubrir los déficit y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa “hacer para” las personas. La enfermera está muy atareada y ocupada, planifica, organiza, coordina y evalúa las acciones.

La persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte. Así podemos separar la dimensión biológica de la dimensión psicológica, establecer los objetivos de cuidados relacionados y específicos.

La salud es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como “positiva” mientras que la enfermedad es percibida como “negativa”; la salud es sinónimo de ausencia de enfermedad. La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio.

En lo que concierne al entorno es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural. En general es hostil al ser humano. Dado que es percibido negativamente, debe ser manipulado y controlado.

Paradigma de la integración

“El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno”

Orientación hacia la persona

En América del Norte, se sitúa la orientación hacia la persona entre 1950 y 1975 esta orientación está marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Como reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de los años 1930 y de la segunda guerra mundial. Escritos sobre la psicología individual, sobre la terapia orientada hacia el cliente y sobre la teoría de motivación confirman un reconocimiento de la importancia del ser humano en el seno de la sociedad.

El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda. Intervenir significa “actuar con” la persona, a fin de responder a sus necesidades. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas.

En la medida que la persona es un entorno formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos,

sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural y espiritual. Según esta perspectiva la persona puede influenciar los factores preponderantes en su salud, teniendo en cuenta el contexto en el que se encuentra.

La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que vive la persona. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud.

El entorno está constituido por los diversos contextos. La interacción entre el entorno y la persona se hace bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación. La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona. Durante este periodo, las enfermeras también han elaborado modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera.

Paradigma de la transformación

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedente. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

Apertura hacia el mundo

En 1978 la Conferencia Internacional sobre los Cuidados de Salud Primarios destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La OMS, autora de la declaración de Alma Ata, reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social. La OMS 1978 propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una filosofía en la que “los hombres tienen el derecho de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas”. La población se vuelve agente de su propia salud, participando en ella como un compañero con el mismo grado que los profesionales de la salud.

Los cuidados primarios de salud se proponen ser para la población un medio de respuesta a sus necesidades de salud más corrientes y más habituales, teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida e interesándose directamente en la elaboración y la puesta en marcha de una política de apropiada y adaptada a la forma, frecuencia y a la manifestación de sus problemas en este campo.

Dentro de esta óptica la persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es indisoluble de su universo. La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad. Formando parte de la dinámica de la experiencia humana, la salud “se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en entorno particular.

El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define, la enfermera habiendo acumulado diversos conocimientos se adelanta a la manera de ver esta persona. La acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Intervenir significa estar con la persona. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado.

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

Virginia Avenel Henderson, nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó como Enfermera Docente en 1921 en la Army School of Nursing de Washington. En la década de 1980 permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale.

De acuerdo con Henderson, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, con tendencia al máximo desarrollo de su potencial.

El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno. El rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarlo a morir dignamente.

La salud es primordial para el funcionamiento del ser humano y requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

Así el objetivo de los cuidados de enfermería es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

La dependencia está condicionada por tres factores:

Los conocimientos se refieren a la situación de salud, en consecuencia la falta de conocimientos para manejar sus cuidados, saber qué hacer y cómo hacerlo, propicia la dependencia.

La fuerza puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata del tono muscular y la capacidad psicomotriz.

La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.

La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario.

Los modos de intervención: se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad.

Postulados

Necesidad fundamental

Todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar

Independencia o autonomía

Satisfacción de las principales necesidades del ser humano a través de acciones que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar.

Manifestación Independencia o dependencia en la satisfacción de necesidades.
Fuente de dificultad: Obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales.

De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona.

Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

METAPARADIGMA

Comprende los cuatro núcleos básicos.

A) Salud

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

B) Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

C) Persona

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

D) Rol profesional. Cuidados básicos de enfermería y equipo de salud

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Como dice Henderson «... éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación...».

Los Cuidados Básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de Necesidades Básicas descrito anteriormente, en el sentido de que, tal como afirma la autora, «... los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente

los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona». De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como éstos colaboran con ella «... en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia».¹⁰

4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA

Proceso de Enfermería es el resultado de los esfuerzos de la reflexión que distintas (teóricas) realizaron a partir de la década de 1950, la disciplina inicia las indagaciones pertinentes para resolver cuestiones tales como la identificación de estudio, la naturaleza e importancia de los cuidados enfermeros y el medio por el que pragmatizan las acciones de los profesionales de la enfermería. Como metodología ha tenido variaciones sustanciales que han dado como resultado un proceso lógico de organización del trabajo de enfermería orientado por el método científico; su estructuración en cinco fases le confiere la visión de integralidad y

¹⁰ Balan. Op. Cit., p.206.

dinamismo, en tanto se ajusta a las condiciones de la persona o del equipo de profesionales de enfermería según vayan cambiando.¹¹

En este sentido, el Proceso de Enfermería se constituye en una metodología que aporta múltiples ventajas, tanto a los profesionales como a los pacientes, en razón de que aquellos ganan autonomía en su desempeño, fortalecen su ser profesional, generan conocimientos a partir de la práctica y se sienten satisfechos por brindar cuidado de calidad; a su vez, los pacientes se benefician de un mejor cuidado de enfermería en el cual participan activamente en su planeación, ejecución y evaluación.

Los profesionales de esta disciplina deben poseer un método racional que les permita identificar esas respuestas e intervenir con el propósito de promover la vida y la salud; este método es descrito por Ibáñez como un proceso intelectual ordenado lógicamente y orientado a obtener el bienestar de las personas. De manera similar, Castrillón lo define “como una manera de formalizar la organización de las acciones científico-técnicas de enfermería, en el proceso de trabajo con individuos o colectivos es un método lógico y racional que sirve al profesional para planear, ejecutar y evaluar la atención en forma técnicamente adecuada, eficiente y eficaz”.

Otras autoras como Iyer y Alfaro definen al Proceso de Enfermería, por una parte como el método práctico que facilita la utilización de las opiniones, conocimientos y habilidades para conocer las respuestas de los pacientes ante los problemas de salud; y por otra, como un proceso lógico, dinámico y sistemático de brindar cuidados humanísticos enfocados hacia el logro de objetivos eficaces.

Al igual que Lorraine Hagar hace referencia de que el proceso de enfermería es solo “sentido común”. Este proceso incorpora un enfoque que muchos usamos todos los días cuando intentamos solucionar los problemas a los que nos enfrentamos. No obstante, cada quien, de cuando en cuando, puede pensar en forma imperfecta. Hacemos especulaciones acerca de los problemas que

¹¹ Balan. Op. Cit., p.143.

pensamos que tiene el paciente; creemos conocer las soluciones, pero nunca nos detenemos a evaluar su eficacia; caemos en patrones rutinarios de conducta – la vieja rutina acostumbrada. Sin embargo, el cuidado de enfermería individualizado demanda algo más que buenas intenciones.

Requiere “sentido común” para apreciar las necesidades y problemas del paciente en forma organizada y perceptiva, y para emplear el tiempo de que disponemos para el paciente, no importa cuán limitado sea, de la mejor forma posible. El proceso de enfermería requiere del desarrollo de una relación terapéutica entre nosotros y nuestros pacientes. Ya pasaron los días en que la enfermera solo se encargaba de una parte del paciente: parte enferma. Actualmente nos enfrentamos al reto de utilizar todo nuestro conocimiento para valorar la fuerza y debilidad del paciente, de modo que él pueda intervenir en la valoración, planeación y evaluación de su cuidado. Madeleine Leininger, como maestra en enfermería y autora, ha expuesto “las enfermeras ayudan a las personas a través de una relación profesional aprendida. El uso de la relación terapéutica con los pacientes es lo que constituye el corazón de la práctica de enfermería y determina qué se hace con el paciente y cómo lo hace”.¹²

Estas apreciaciones teóricas apuntan al asunto del desarrollo del pensamiento crítico y el juicio clínico como elementos fundamentales para que las acciones produzcan efectos favorables sobre los sujetos de cuidado y los profesionales de enfermería consoliden la base conceptual que les facilite la toma de decisiones en la gestión.

Finalmente, la metodología y sus características están ligadas estrechamente a la gestión, proporcionando una herramienta valiosa para alcanzar la eficacia y la eficiencia de forma que se beneficien los pacientes, las instituciones y los profesionales de enfermería.

En este orden de ideas, la articulación Proceso de Enfermería-Gestión del cuidado da como resultado la optimización de recursos con el objeto de proporcionar un

¹² Marrier A. Proceso de atención de enfermería un enfoque científico. 2ª ed. Editorial: El manual moderno; 1983.

cuidado profesional de carácter científico, técnico y humano que influye en el mantenimiento o recuperación de la salud, en la reducción de costos de atención en las instituciones, en el compromiso social de velar por el desarrollo humano y en el liderazgo profesional en los asuntos del cuidado de la vida.

Las fases del Proceso de Atención de Enfermería. Como metodología que utiliza una lógica analítica y comprensiva, el PAE contempla 5 fases, que han sido desarrolladas como resultado de procesos investigativos desde la década de los 50 en el siglo XX.

La valoración incluye la recogida de datos, su verificación, organización, comprobación de las primeras impresiones y su anotación, en ella se incluyen los métodos de entrevista, observación y valoración física. En esta fase se recopilan datos sobre la persona que permiten registrar las respuestas físicas, las ideas, valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y se determinan las prioridades del plan de cuidados.

La Flexibilidad de esta fase resulta tal que es posible efectuar una exploración física sin que esté determinada la metodología específica a seguir. Así pues, el profesional de la Enfermería puede elegir un método para una exploración sistemática hasta tal punto que es posible, y según Alfaro-LeFevre es incluso “recomendable” «usarla de forma que se vuelva automática».

Lo que hoy conocemos como la segunda fase del (PAE) es el diagnóstico que se divide en real, potencial y/o riesgo.

El real se compone de tres partes que son el problema, el factor relacionado o la causa del mismo y los datos objetivos y subjetivos que indican su presencia. En la primera parte se identifican las respuestas humanas recopiladas durante la valoración y sugiere los resultados a alcanzar, mientras que el factor relacionado, que contribuye a la manifestación de la respuesta, indica las intervenciones enfermeras adecuadas.

El diagnóstico de riesgo «describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse a un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables», por lo que tan sólo está constituido por las dos primeras partes del diagnóstico real, esto es el problema y el factor de riesgo causal. Por su parte los diagnósticos de salud son un juicio real que se emite en una situación de salud pero que podrías alcanzar un nivel mayor

Planeación: esta fase involucra cuatro elementos claves que son: la determinación de prioridades inmediatas, la fijación de objetivos o resultados esperados, las acciones de enfermería y la individualización de un plan de cuidados que responda a la situación específica de la persona. De esta manera, se espera que las intervenciones se planeen con el paciente y estén centradas en el abordaje de los problemas reales o potenciales, para movilizar los recursos de los actores del cuidado.¹³

Durante esta etapa como se menciona anteriormente se deben plantear objetivos a corto plazo y describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones. Los tipos de planes de cuidados de acuerdo a la comisión permanente de enfermería son:

Individualizado: permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y acciones de enfermería para un paciente concreto.¹⁴

Ejecución: es la realización de las acciones de cuidado de enfermería para el logro de los objetivos, con base en los principios científicos y las normas de actuación para la ejecución de los procesos y procedimientos. No sólo implica la puesta en

¹³ Balan. Op. Cit., p.150-154.

¹⁴ López M. J. J., Proceso atención de Enfermería aplicado a una persona con alteración de la oxigenación, con base en el modelo de Virginia Henderson [tesis para obtener título de licenciado]. Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México.

práctica de actividades rutinarias, sino un proceso analítico, reflexivo y la toma de decisiones en torno a los objetivos propuestos.

Suelen clasificarse en dependientes, interdependientes e independientes y «se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente». Mientras que el primer tipo de intervención es aquella en la que el profesional de la Enfermería ejecuta el tratamiento facultativo, las interdependientes son llevadas a cabo junto con otros profesionales del equipo de salud, y las intervenciones independientes de Enfermería, aquellas que deberían identificar de modo unívoco los fenómenos propios de investigación y aplicación práctica intencional, se definen como «aquellas actividades que pueden realizar las enfermeras sin necesidad de una orden médica».

Tras estas fases el profesional de la Enfermería se introduce en la ejecución, que se divide, a su vez, en tres etapas: la preparación, la intervención propiamente dicha y la documentación o registro tanto de las intervenciones enfermeras como de las respuestas para satisfacer las necesidades de la persona a la que se cuida.

Finalmente, la evaluación, que es la fase que determina la calidad de los cuidados prestados, obliga a la revisión de todos y cada uno de los pasos establecidos por el Proceso de Enfermería y permite apreciar tanto los progresos experimentados por la persona como la adecuación de las intervenciones enfermeras. Estas dos dimensiones permiten garantizar la calidad de los Cuidados de Enfermería prestados, a pesar de situarse en el extremo final del Proceso está presente en todas y cada una de las fases.¹⁵

¹⁵ Hernández. Op. Cit., p.156.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 Anatomía y fisiología

El estómago es la porción más dilatada del tubo digestivo y tiene forma de J.

Situado entre el esófago abdominal y el intestino delgado, está en las regiones del abdomen, epigástrica, umbilical, e hipocondrio izquierdo.

El estómago se divide en cuatro regiones:

- El cardias, que rodea el orificio del estómago.
- El fundus gástrico, que es la zona por encima del nivel del cardias.
- El cuerpo gástrico, que es la parte más ancha del estómago.
- La porción pilórica, que se divide en antro pilórico y canal pilórico y es el extremo distal del estómago.(Fig.1)

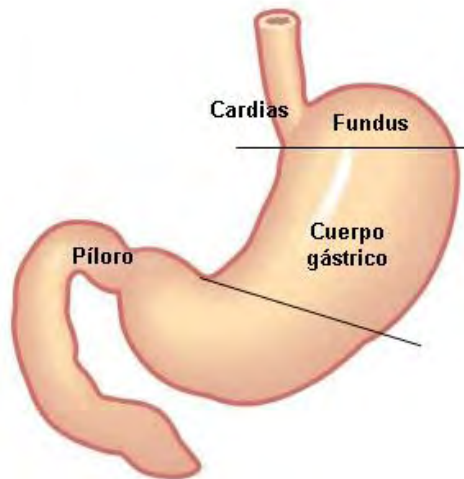


Fig. 1 anatomía topografica del estomago. Disponible en: <https://mind42.com/mindmap/d27a4f01-0603-43e9-9752-113dd8aa21cf?rel=pmb>

La salida del estómago (orificio pilórico) está señalada en la superficie del órgano por la constricción y rodeada por un anillo engrosado de músculo circular gástrico (el esfínter pilórico). El orificio del píloro está inmediatamente a la derecha de la línea media, en un plano que pasa por el límite inferior de la vértebra L1 (plano transpilórico).

Otras partes del estómago son:

- La curvatura mayor, que es el punto de inserción del omento mayor
- La curvatura menor, que es el punto de inserción del omento menor
- La escotadura cardiaca, que es el ángulo agudo que se forma cuando el esófago entra en el estómago.

El estómago

Consta de:

-2 caras: anterior y posterior

-2 porciones: vertical y horizontal

-2 orificios extremos: proximal o cardias y distal o píloro

-2 bordes o curvaturas: derecha o menor e izquierda o mayor

-2 prominencias o tuberosidades: proximal o mayor y distal o menor.¹⁶ (Fig.2)

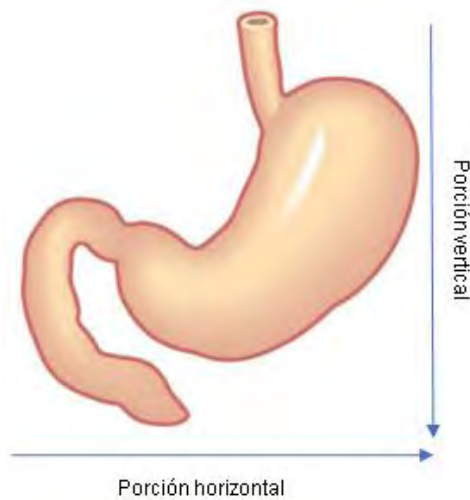


Fig. 2 Anatomía topografica del estomago. Disponible en Disponible en: <https://mind42.com/mindmap/d27a4f01-0603-43e9-9752-113dd8aa21cf?rel=pmb>

¹⁶ Drake L. Richard, Vogl Wayne, Mitchell M. W. Adam. Anatomía para estudiantes Gray. 1ª Ed. España. Editorial: ELSEVIER; 2007.

Cardias (del griego kardias, próximo al saco pericárdico)

Es el orificio que comunica la luz esofágica con la gástrica. Presenta una orientación derecha, superior y anterior. Nos constituye un verdadero esfínter, pero los elementos que rodean al mismo, contribuyen a evitar el reflujo gastroesofágico, estos son:

-Fibras musculares de disposición elíptica (lanzada de Jefferson o corbata suiza muscular), que son continuación de las fibras longitudinales musculares del esófago.

Van desde la curvatura menor, rodean al esófago de derecha a izquierda, pasando por su cara posterior y terminando en la cara anterior del estómago.

-Roseta mucosa esofágica: es la protrusión de la misma en la cavidad gástrica. (Fig.3)

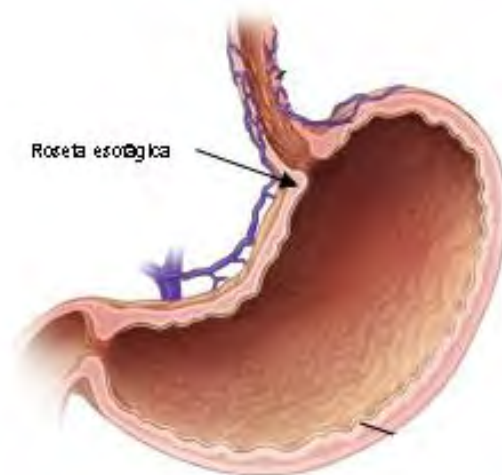


Figura 3. Corte coronal a nivel de la unión esofágica. Disponible en: <https://www.fairview.org/espanol/BibliotecaSalud/art%C3%ADculo/40443>

-Angulo de His o cardioesofagotuberositario: Conocido como incisura cardíaca, formando por el margen izquierdo del esófago abdominal y la tuberosidad mayor gástrica, aguda y con abertura superior izquierda. La distorsión del mismo, hecho visible en las hernias hiatales, es una causa de reflujo gastroesofágico.

-Válvula de Gubaroff: Corresponde al vértice del ángulo de His que protruye en la cara interna del estómago. Ascende a modo de válvula cuando aumenta la presión gástrica, ocluyendo el cardias.

-Ligamento frenogástrico: vincula el fundus gástrico con la cara inferior del diafragma, manteniendo el ángulo de His. El ángulo de His, la válvula de Gubaroff y el ligamento frenogástrico suelen ser reparados en las intervenciones quirúrgicas antirreflujo.

Píloro (en griego significa guardabarreras) es un engrosamiento de la capa muscular circular con algunas fibras longitudinales entrelazadas, construyendo un verdadero esfínter. Presenta una orientación derecha, superior y posterior. Se halla en un estado de contracción tónica, generando una zona de alta presión que regula el vaciado gástrico hacia el duodeno. Suele visualizarse en la superficie del órgano debido a un surco determinado por dicho esfínter y que habitualmente esta recorrido por la vena prepilórica (mayo), aunque su reconocimiento palpatorio es más exacto.

Curvatura menor

Se extiende desde el cardias hasta el píloro y forma el borde superior derecho y cóncavo del estómago en donde se inserta el epiplón gastrohepático. Se identifica en la misma una muesca conocida como ángulo (incisura angularis).

Curvatura mayor

Se extiende desde el ángulo de His hasta el píloro y forma el borde izquierdo y convexo del estómago. Mide de 4 a 5 veces más que la curvatura menor. En ella se insertan sucesivamente el ligamento gastrofrénico, y los epiplones gastroesplénico y mayor.

Clásicamente se divide al estómago en 3 porciones: tuberosidad mayor, cuerpo y antro, mediante 2 líneas convencionales: una horizontal que pasa por el cardias, y otra vertical desde la incisura angularis hasta la curvatura mayor

El antro se localiza en la porción horizontal del estómago, incluye la tuberosidad menor, tiene una porción amplia o antral propiamente dicha y una porción algo más estrecha de 2-3 cm que termina en el píloro; el conducto (canal) pilórico. Entre ambas existe un ligero surco que las separa.

El estómago está constituido por cuatro capas desde superficial a profundo: serosa, muscular, submucosa y mucosa. (Fig. 4).

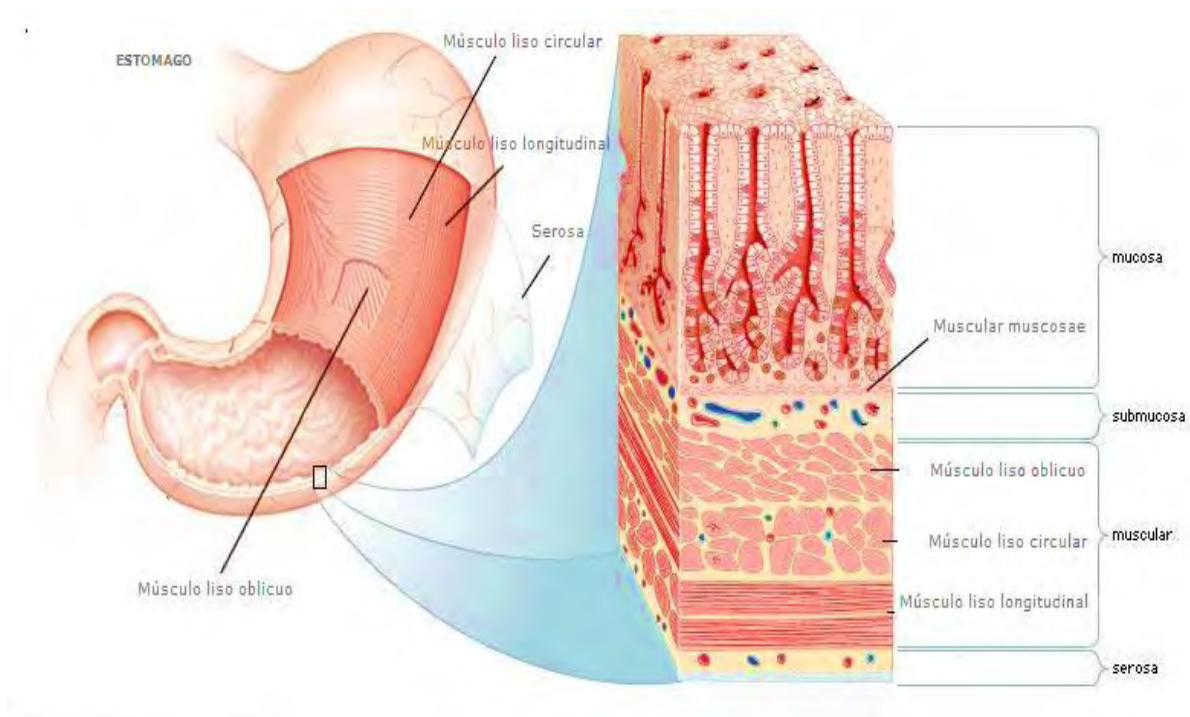


Figura 4. Organización de las capas musculares del estómago:
<https://www.emaze.com/@AWIZQTLL/Est%C3%B3mago>

A continuación, se describen las particularidades de alguna de ellas en cada órgano.

Estómago

1. capa muscular: son tres, enumeradas de la superficie a la profundidad.
 - Longitudinal: se organizan en dos grupos, uno superior que irradia desde el cardias y es continuación de la capa longitudinal del esófago y otro inferior que se inicia a nivel del cuerpo y al aproximarse al píloro se continúa hacia el duodeno. Algunas fibras se entrelazan con dicho esfínter.
 - Circular: se distribuyen en forma uniforme por todo el órgano, condensándose para formar el píloro y continuándose a nivel del cardias con la capa circular del esófago.
 - Oblicua: Sus fibras se dirigen desde el área del ángulo de His, con trayecto descendente y oblicuo, siendo más definidas y paralelas a la curvatura menor hacia la derecha, mientras que hacia la izquierda se confunden con las fibras circulares.
2. Submucosa: de consistencia laxa, permite los desplazamientos de la capa mucosa con respecto a la capa muscular. Presenta una rica red vascular y el plexo nervioso ganglionar submucoso (Meissner).
3. Mucosa: la mucosa gástrica es una capa gruesa, blanda y aterciopelada, de color rojizo en la región corpofúndica y rosada en la antral. Esta surcada por numerosos pliegues paralelos al eje longitudinal del órgano, más marcados hacia el extremo pilórico y a lo largo de la curvatura mayor. Los mismos desaparecen en caso de distensión gástrica.

La válvula de Gubaroff es la prominencia mucosa correspondiente al ángulo de His, interviene ocluyendo el orificio cardial cuando aumenta la presión intragástrica, como ya fue descrito.

Microscópicamente, la mucosa gástrica está compuesta por 3 capas:

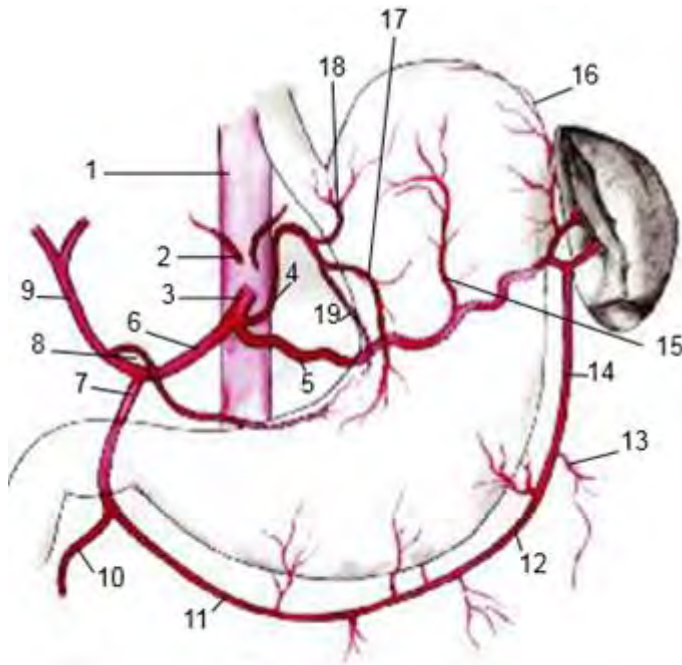
1. Epiteio, dispuesto en:
 - Una capa de revestimiento superficial con células secretoras de moco.
 - Glándulas que contienen los diferentes tipos celulares, y si bien se hallan presentes en toda la mucosa gástrica, existen áreas de claro predominio.
2. Lámina propia: Tejido conectivo laxo que actúa como soporte del epitelio, contiene tejido linfoide, y pequeños vasos y nervios.
1. Muscular de la mucosa: Estrato delgado de musculo liso, que rodea la base glandular. Tabla 1.

Células	Secreción	Localización pertinente
Principales	Pepsina Renina	Cuerpo y fundus
Parietales u oxinticas	Ácido clorhídrico Factor intrínseco	Cuerpo y fundus
Mucosas	Moco	Cardias
Enteroendocrinas G,D	Gastrina Somatostatina	Antro-píloro Cuerpo y fundus
Precursoras	Células indiferenciadas que originan a los tipos anteriores	

Tabla 1. Tipos celulares de la mucosa gástrica: productos de secreción y ubicación.

Los órganos que rodean al estómago son hígado, colon, páncreas bazo y en ocasiones los riñones. El segmento lateral izquierdo del hígado casi siempre cubre una parte considerable de la pared anterior del estómago. En la parte inferior, el estómago se une con el colon transverso mediante el epiplón gástrico. La curvatura menor está unida al hígado mediante el ligamento gastrohéptico, también conocido como epiplón menor. Por atrás del estómago se encuentra la retrocavidad de los epiplones y el páncreas.¹⁷

¹⁷ Navarro A; Anatomía quirúrgica del estómago y duodeno. Cirugía Digestiva, F. Galindo, www.sacd.org.ar, 2009; II-200, pág. 1-22.



- 1.Aorta
- 2. Arterias (A). diafragmáticas inferiores
- 3.Tronco celiaco
- 4.A.gastrica izquierda (coronaria estomática)
- 5.A. esplénica
- 6.A. hepática común
- 7.A.gastroduodenal
- 8.A.gastrica derecha (pilórica)
- 9.A.hepática propiamente dicha
- 10.A.pancreaticoduodenal superior derecha
- 11.A.gastroepiploica derecha
- 12.Ramas gástrica
- 13.Ramas epiploicas
- 14.A.gastroepiploica izquierda
- 15.A.cardioesófagotuberosita posterior
- 16.Vasos cortos
- 17.Rama anterior de A. gástrica izquierda
- 18.A.cardioesófagotuberositaria anterior
- 19.Rama posterior de A.gástrica izquierda

Fig.5 Circulación arterial. www.sacd.org.ar

El estómago es el segmento del tubo digestivo con mayor vascularización. Tanto el flujo sanguíneo al estómago como su retorno venoso en la pared gástrica son impresionantes. La mayor parte del aporte sanguíneo al estómago proviene del tronco celiaco a través de cuatro arterias nominadas.

La arteria más grande que llega siempre al estómago es la gástrica izquierda que por lo general se origina en el tronco celiaco y se divide en sus ramas ascendente y descendente a lo largo de la curvatura menor.

A la gástrica izquierda sigue en tamaño la gastroepiplóica derecha, que se origina con relativa constancia en la arteria gastroduodenal, justamente por atrás de la primera porción del duodeno. La arteria gastroepiplóica izquierda se origina en la arteria esplénica y se une a la gastroepiplóica derecha para formar el arco gastroepiplóico, que se distribuye por la curvatura mayor.

La arteria gástrica derecha por lo general se origina en la arteria hepática, cerca del píloro y el ligamento hepatoduodenal; y se extiende en dirección proximal a lo largo del segmento del estómago.

En el fondo, a lo largo de la curvatura mayor proximal, se encuentran las arterias y venas gástricas cortas, que provienen de la circulación esplénica. También se pueden encontrar ramas vasculares provenientes de la circulación frénica que irrigan la porción proximal del estómago.

Las venas que drenan el estómago casi siempre son paralelas a las arterias. Las venas gástricas izquierdas (vena coronaria) y gástrica derecha casi siempre drenan hacia la vena porta, aunque en ocasiones la vena coronaria derecha drena en la vena esplénica. La vena gastroepiplóica derecha drena hacia la vena mesentérica superior cerca del borde inferior del cuello del páncreas, en tanto que la vena gastroepiplóica izquierda drena a la vena esplénica.

Los profuso de la circulación gástrica, así como lo numeroso de su anastomosis tienen implicaciones importantes de tipo clínico como por ejemplo en la erosión de los vasos gástricos ya sea por enfermedad ácido péptica o por cáncer producen hemorragias que ponen en peligro la vida.

También si es necesario; la ligadura de dos de las cuatro arterias gástricas nominadas, sin que haya repercusión clínica; lo que se hace rutina en la movilización del estómago hacia el cuello para lo cual se forma un pedículo a la altura de los vasos gástricos derechos y gastroepiplóicos.¹⁸

¹⁸ Navarro A; Op. Cit., p. 14.

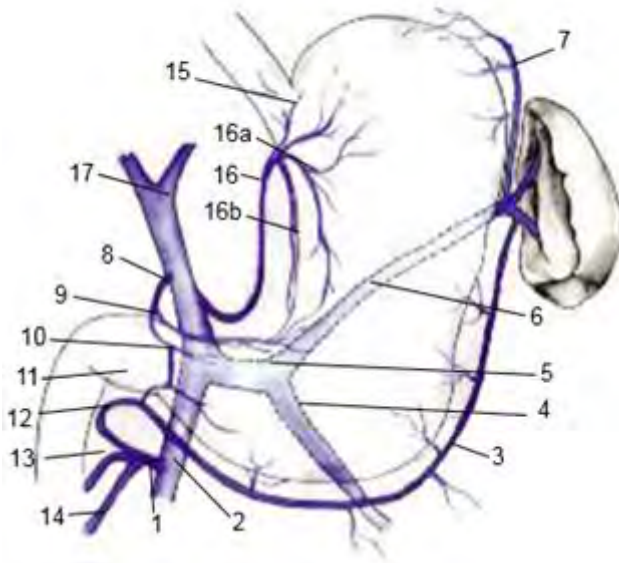


Fig.6 Circulación venosa. www.sacd.org.ar

-
1. Tronco venoso gastrocólico (Henle)
 - 2.V. Mesentérica superior
 - 3.V. Gastroepilóica izquierda
 - 4.V. Mesentérica inferior
 5. Tronco esplenomesaraico
 - 6.V. Esplénica
 7. Vasos cortos venosos
 - 8.V. Gástrica derecha (Pilórica)
 - 9.V. Suprapilórica
 - 10.V. Prepilórica (Mayo)
 - 11.V. Infrapilórica
 12. V. Gastroepilóica derecha
 13. V. Pancreaticoduodenal inferior derecha
 14. V. Cólica superior derecha
 15. V. Esofágica inferior
 16. V. Gástrica izquierda (coronaria estomáquica)
 - 16a. Rama anterior
 - 16b. Rama posterior
 17. Vena porta
-

DRENAJE LINFÁTICO

En forma general se puede decir que los vasos linfáticos gástricos se ubican en paralelo a los vasos sanguíneos. El cardias y la porción medial del cuerpo casi siempre drenan hacia los ganglios ubicados a lo largo de la gástrica izquierda y el tronco celiaco. La porción del antro ubicada a lo largo de la curvatura dreña hacia los ganglios gástricos derechos y pilóricos, en tanto que la mitad del estómago distal, a lo largo de la curvatura mayor dreña hacia los ganglios de la cadena gastroepilóica derecha. La porción proximal del estómago a lo largo de la curvatura mayor casi siempre dreña hacia los ganglios que siguen la gastroepilóica izquierda o el hilo esplénico. El plexo intramural de ganglios linfáticos y venas es muy extenso. El grupo de la arteria gástrica izquierda (formado por 10 a 20 ganglios) dreña del cardias, el cuerpo y la porción de la curvatura mayor en relación con la arteria gástrica izquierda. El grupo de ganglios supra pilóricos de 3 a 6 ganglios, dreña el territorio de la arteria gástrica derecha. El grupo pancreático esplénico formado por 3 a 5 ganglios dreña el fondo y la parte superior del cuerpo. El grupo gastroepilóico derecho formado por 6 a 12 ganglios dreña el territorio comprendido por la arteria con el mismo nombre.

El grupo subpilórico formado por 6 a 8 ganglios se interconecta con la gastroepilóica derecha y la gastroduodenal derecha.

Para propósito de estadificación en cáncer gástrico 16 grupos ganglionares han sido identificados por la Japanese Reseach Society for the study of Gastric Cáncer (JRSGC). (Fig. 7).¹⁹

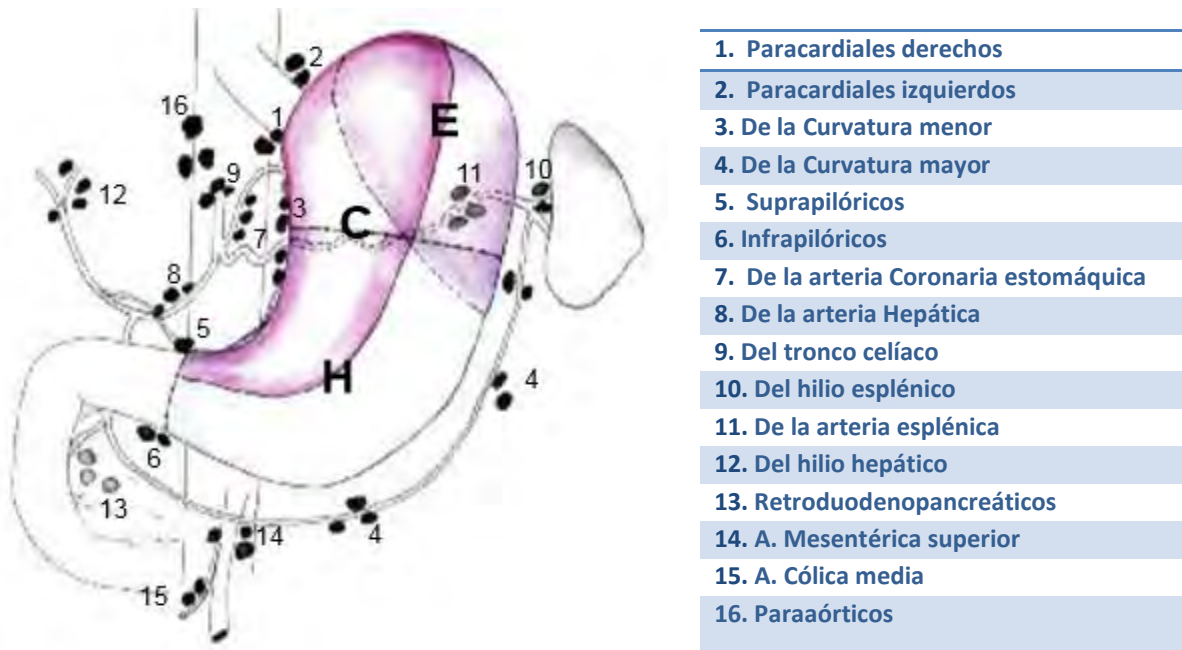


Figura 7. Territorios linfáticos del estómago y grupos ganglionares. Territorios de drenaje linfático. Obsérvese la intersección de los mismos: C. Coronario estomáquico, E. Esplénico y H. Hepático. www.sacd.org.ar

¹⁹ Nuñez T. L.A. Expresión de HER 2 NEU y su relación clínico patológica en pacientes con adenocarcinoma gástrico en el Hospital General de México; [tesis para obtener grado de cirujano oncológico]. Universidad Nacional Autónoma de México;

5.2 Cáncer (generalidades)

El cáncer es un problema de salud pública, ya que causa una enorme pérdida de vidas humanas y recursos económicos.

Desde el punto de vista biológico, es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular; su consecuencia es el desarrollo de una clona que puede invadir y destruir los tejidos adyacentes y diseminarse hacia sitios distantes en los que se forman nuevas colonias u ocurre propagación metastásica. Este trastorno puede remontarse hasta los genes supresores, los oncogenes y productos que controlan la diferenciación y proliferación celulares.

En la práctica es un término genérico empleado para referirse a más de un centenar de enfermedades distintas, con epidemiología, origen, factores de riesgo, patrones de diseminación respuesta al tratamiento y pronóstico diversos.

Los estudios epidemiológicos han identificado un gran número de factores de riesgo, o sucesos relacionados con la aparición de cáncer, que con frecuencia no son la causa directa, sino indicadores de los factores reales. Al parecer los agentes etiológicos propician el desarrollo de cáncer por medio de efectos carcinógenos simultáneos en dos diferentes clases de genes. La primera clase de agentes incluye aquellos que actúan directamente sobre los genes que controlan la proliferación celular (protooncogenes y genes supresores); la segunda clase no daña los genes, aunque potencia de manera selectiva el crecimiento de las células tumorales. A los agentes que actúan en la primera categoría se les conoce como iniciador y a los del segundo tipo, promotor.

La génesis del cáncer es multifactorial, pero sin duda el agente etiológico individual más importante es el tabaco. La exposición repetida a químicos del tabaco provoca daño celular que activa el desarrollo tumoral, aunque los detalles del mecanismo no se conocen por completo.

Otros agentes etiológicos relevantes son agentes ambientales, como los rayos ultravioleta de la luz solar o las radiaciones ionizantes emitidas por yacimientos de materiales radiactivos.

Estos agentes pueden evitarse, pero no el envejecimiento ni otros procesos vitales los cuales incrementan la generación de radicales libres y fragmentos de moléculas de reactividad química que, al reaccionar con el ADN, puede dañar y mutar de forma permanente el gen. Otros factores causales del cáncer, como los virus parecen actuar distinto: aceleran la tasa de división celular o inhiben la reparación o eliminación de los genes mutados.

Los agentes carcinógenos actúan sobre los genes que controlan de modo positivo la proliferación celular y convierten un protooncogén en un oncogén. Los productos de los protooncogenes (versiones normales de los oncogenes) son compuestos de la maquinaria de señalización que regulan la proliferación, diferenciación celular y apoptosis

Los productos de los oncogenes pueden agruparse de manera amplia en cuatro grandes categorías o clases de moléculas

- Compuestos de señalización extracelular
- Receptores de superficie para factores diversos, entre ellos los de proliferación
- Componentes citoplasmáticos que transmiten señales desde los receptores activados por un ligando, en ocasiones hacia el núcleo
- Proteínas nucleares que reciben señales del citoplasma y modifican la expresión de los genes que regulan la proliferación o diferenciación celular.

Desde hace tiempo se sabe que los tumores humanos presentan con frecuencia mutaciones y reordenamientos cromosómicos en algunos protooncogenes que los convierten en oncogenes.

Entre los oncogenes más prominentes figuran algunos como el c-myc, la familia ras: Ha-ras, Ki-ras y N-ras. Los genes ras son los oncogenes que más se

encuentran alterados en los tumores humanos, donde están presentes cerca de 20 a 25% de todos los tumores sólidos humanos.⁵

5.3 Epidemiología del cáncer gástrico

El panorama epidemiológico del cáncer de estómago ocupa el segundo lugar de neoplasias a nivel mundial.

En Japón ocurre la mayor incidencia en varones (Nagasaki la tasa es de 82 por cada 100, 000 habitantes y en Miyagi, de 80 por cada 100,000).

En México 2012 la incidencia del cáncer de estómago corresponde en sexo masculino 4104 casos y en sexo femenino 3576 casos, registrados, sin embargo se registraron aumentos significativos en relación a la incidencia 2015 mujeres 4367 y hombre 4123 en rango de edad ≤ 65 ó >65 años.

En cuanto a mortalidad en el 2012 fueron registradas 6281 del cual 2913 corresponde a mujeres y 3368 hombres. (Las cifras mencionadas son por cada 100, 000 habitantes).²⁰

Etiología

Las neoplasias malignas gástricas pueden diferenciarse por sus factores de riesgo y su histología. El cáncer gástrico difuso se asocia a factores hereditarios y una localización próxima, no parece observarse en el contexto de una metaplasia o una displasia intestinal. El cáncer gástrico de tipo intestinal es más distal, se observa en pacientes más jóvenes, es endémico con mayor frecuencia, y se asocia a cambios inflamatorios y a la infección por *Helicobacter pylori*.

²⁰ Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. [consultado 20 Septiembre 2017] Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.

5.3 Factores de riesgo

Más común en hombre

1.-Dieta. el cáncer gástrico se ha asociado al consumo de carnes rojas, col, especias, pescado, alimentos en salazón o ahumados, una dieta abundante en hidratos de carbono, y un escaso consumo de grasas, proteínas, y vitaminas A,C y E. El consumo selenio en la dieta puede ser inversamente proporcional al riesgo de sufrir cáncer gástrico, pero no al de padecer cáncer colorrectal.

2.- La infección por *Helicobacter pylori*. Se asocia a un mayor riesgo de sufrir adenocarcinoma gástrico y puede ser un cofactor en la patogenia del cáncer gástrico no localizado en el cardias. Se identificó *H. pylori* en el tejido maligno y en el tejido inflamatorio de la vecindad en el 89 % de los pacientes con neoplasias de tipo intestinal, mientras que se observó en el 32 % de los tejidos obtenidos de los pacientes con carcinoma de tipo difuso. Esto aumenta la posibilidad, actualmente en investigaciones en algunos estudios clínicos prospectivos aleatorizados, de que la erradicación de *H. pylori* con un tratamiento antibiótico y la administración de bismuto pueda ser un factor preventivo de la gastritis atrófica y el cáncer gástrico de tipo intestinal.

3.- Herencia y raza. Los estadounidenses de origen africano, asiático e hispano tienen un mayor riesgo de sufrir cáncer gástrico que los caucásicos. El patrón histológico difuso es el tipo anatomopatológico predominante que se observa en familias con múltiples miembros afectados.

4.- Anemia perniciosa, aclorhidria y gastritis atrófica. La anemia perniciosa conlleva un mayor riesgo relativo de sufrir cáncer gástrico, y se comenta que dicho riesgo es de 3 a 18 veces superior al de la población general, según estudios clínicos retrospectivos. Se recomienda el seguimiento mediante una endoscopia en aquellos pacientes con anemia perniciosa diagnosticada.

5.- Gastrectomía previa. Los adenocarcinomas gástricos que aparecen con un periodo de latencia de 15-20 años son más frecuentes en los pacientes

intervenidos quirúrgicamente de úlcera gastroduodenal, particularmente en aquellos que presentan hipoclorhidria y reflujo biliar alcalino. Estas neoplasias se asocian a displasia de la mucosa gástrica, concentraciones elevadas de gastrina y mal pronóstico. Existen dos metaanálisis que apoyan este mayor riesgo, aunque algunos estudios poblacionales no sostienen este hallazgo.

6.- La displasia de la mucosa tiene una graduación de I a III; este último grado es el que muestra una pérdida importante de la diferenciación celular y un aumento de las mitosis. Se considera que la observación de una displasia de grado elevado por anatomopatólogos con experiencia en dos series distintas de biopsias endoscópicas es un indicador de un futuro cáncer gástrico. El metaplasma intestinal, o sustitución del epitelio glandular gástrico por mucosa intestinal, se asocia a cáncer gástrico de tipo intestinal. El riesgo de que aparezca la neoplasia parece ser proporcional a la extensión de la mucosa metaplásica.

7.- Pólipos gástricos. Hasta la mitad de los pólipos adenomatosos muestra cambios carcinomatosos en algunas series. Los pólipos hiperplásicos (> 75% de todos los pólipos gástricos) no parecen tener potencial de malignización. Los pacientes con poliposis familiar adenomatosa (PFA) tienen una mayor incidencia de cáncer gástrico. Los pacientes (PFA) deben realizarse controles endoscópicos.

8.- Gastritis crónica. En la gastritis atrófica crónica del cuerpo o del antro, se cree que la infección por *H. pylori*, así como causas ambientales y autoinmunitarias (como la anemia perniciosa), se asocian a un mayor riesgo de cáncer gástrico. En la enfermedad de Ménétrier (gastritis hipertrófica) también se observa un aumento de la incidencia de esta neoplasia.

9.- Otros factores de riesgo. El cáncer gástrico es más frecuente entre los hombres de más de 50 años, así como en personas con el grupo sanguíneo A. esta neoplasia se observa, de forma consistente, con mayor frecuencia entre personas de clases socioeconómicas inferiores en todo el mundo.²¹

²¹ Casciato. Op. Cit. 233-234.

10.- Obesidad El sedentarismo, el exceso de tejido adiposo de distribución central, la resistencia a la insulina, la hiperinsulinemia y varias adipocitoquinas participan en el desarrollo de los distintos tumores.

Se ha informado que los varones con sobrepeso o con obesidad tienen respectivamente un 13% y un 21% más probabilidades de sufrir este tipo de enfermedad que los normopeso, en tanto que las mujeres con sobrepeso o con obesidad presentan respectivamente un 15% y un 20% más probabilidades que las normopeso según su IMC.²²

11.- La relación entre cáncer gástrico y tabaquismo ha sido reconocido. El European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC) mostro una asociación significativa entre el tabaquismo y el riesgo de cáncer gástrico esta relación fue de 1.45, 1.7 y 1.8 para los fumadores siendo hombres o mujeres respectivamente. El riesgo aumentó dependiendo de la intensidad y duración del tabaquismo. La asociación entre tabaquismo intenso (más de 20 cigarros al día) y alcoholismo (más de 5 ocasiones en 14 días) incrementan el riesgo para cáncer gástrico no cardial hasta 5 veces en comparación con los no fumadores. Aproximadamente hasta el 18 % de los casos de cáncer gástrico pueden ser atribuidos al tabaquismo. En comparación con el estudio Martínez Galindo que hace referencia a que el tabaquismo es una causa establecida de cáncer gástrico, pero parece actuar como un factor de riesgo moderado, en comparación con otros tipos de cáncer relacionados con el tabaco.²³

²² Actis M. A; Outomuro; Aparato Digestivo, Obesidad y Cáncer. Rev. Gastroenterológica. Perú; 2010; 30-1: 55-59. citado [24/febrero/2018]. Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v30n1/a09v30n1>

²³ Martínez G. M. G. Epidemiología y tipos histológicos de adenocarcinoma gástrico en el Hospital Juárez de México, tesis para obtener el título de especialista en gastroenterología UNAM 2008-2012 citado 22/mayo /2017

5.4 Manifestaciones clínicas

El cáncer gástrico suele progresar hacia un estadio avanzado antes de que se observen síntomas o signos.²⁴

- Dolor abdominal
- Sensación de plenitud
- Pérdida de peso
- Náuseas
- Vómito
- Molestia epigástrica (es una sensación de incomodidad vaga, como quemadura, ardor)
- Síndrome ulceroso, puede ser típico o atípico.
- Hemorragia gastrointestinal alta
- Gastritis atrófica crónica.
- Metaplasia intestinal.
- Anemia perniciosa.
- Pólipos adenomatosos gástricos.

5.5 Vías de diseminación

Por continuidad

Carcinoma se extiende localmente por la pared del estómago, con un crecimiento variable independiente, algunos tienden a crecer por la mucosa y submucosa del estómago originando así una gran diseminación por superficie interna, se denomina “carcinoma de extensión superficial”. El crecimiento del tumor puede llegar al esófago, al píloro.

²⁴Casciato. Op. Cit., p. 235.

Por contigüidad

Cuando el tumor ha atravesado la pared del estómago puede invadir los órganos adyacentes como el páncreas, bazo, hígado, colon y vesícula.

Vía linfática

Una vez que el tumor está confinado en la mucosa, las posibilidades de que los ganglios estén afectados son bajas, mientras que si hay afección en la submucosa estas posibilidades son mayores.

Cuando el tumor llega a la red linfática peri gástrica es fácil su diseminación a distancia otros ganglios linfáticos periféricos.

Vía hematológica

Los órganos afectados por esta vía son: hígado, pleura, hueso y SNC. Los tumores localizados solamente en mucosa pueden hacer la diseminación a distancia por una vía hematológica, aunque no esté afectada la submucosa.

Diseminación peritoneal: cuando el tumor alcanza la serosa puede darse una diseminación de células por cavidad peritoneal sembrándose así el tumor en peritoneo y la aparición de mama en ovarios, saco de Douglas pudiendo comprometer el recto.⁵

La enfermedad metastásica diseminada puede afectar a cualquier órgano, especialmente al hígado (40%), el pulmón (puede ser linfangítica, 40 %), el peritoneo (10 %), los ganglios supraclaviculares (ganglio de Virchow), los ganglios linfáticos axilares izquierdos (adenopatía axilar anterior izquierda) y el ombligo (nódulo paraumbilical metastásico o de sor María José). También puede observarse metástasis óseas escleróticas, meningitis carcinomatosa y metástasis ovárica en las mujeres (tumor de Krukenberg) o repisa rectal (repisa de Blumer) en los hombres.

5.6 Diagnóstico

Estudios para el diagnóstico

1.- Los estudios preliminares: son hemograma completo, PFH (pruebas de función hepática), esofagogastroduodenoscopia (EGD) o tránsito esofagogastroduodenal y radiografías de tórax.

2.- La Tomografía Computarizada (TC) abdominal es útil para evaluar la extensión de la enfermedad. Sin embargo, en la laparotomía se observa que la mitad de los pacientes tiene una mayor extensión de la enfermedad de lo que se preveía por la TC. Las laparoscopia pueden identificar pacientes con tumores diseminados o regionalmente avanzados que no son candidatos a una intervención quirúrgica inmediata potencialmente curativa.

3.- La Ecografía Endoscópica tiene una precisión hasta 6 veces mayor que la TC para la estadificación de los tumores gástricos primarios, aunque suele resultar difícil diferenciar entre alteraciones benignas y malignas de la pared. Esta prueba es útil para obtener imágenes del cardias, que puede ser difícil de evaluar mediante la TC. También pueden obtenerse muestras de ganglios linfáticos para la biopsia mediante la guía de la EE.

4.- Endoscopia. La combinación de la endoscopia flexible del tracto gastrointestinal superior con la biopsia de lesiones visibles, la citología exfoliativa y la biopsia mediante cepillado puede detectar más del 95 % de las neoplasias gástricas. La biopsia aislada de una lesión gástrica es precisa sólo en el 80 % de los casos. Una citología gástrica positiva sin alteraciones endoscópicas ni radiográficas indica una neoplasia gástrica de diseminación superficial.²⁵

²⁵Casciato. *Ibíd.*, P. 235.

Macroscopía:

Clasificación de Bormann. Antes se usaba la clasificación Japonesa para el temprano y la Bormann para el avanzado, actualmente la clasificación de Bormann ampliada tiene seis tipos.²⁶ Tabla 2. Clasificación de Bormann

Tipo 0	es el tumor superficial elevado o no y el deprimido
Tipo 1	Polipoide
Tipo 2	ulcerado circunscripto
Tipo 3	ulcerado infiltrante
Tipo 4	infiltrante linitis
Tipo 5	Cualquiera que no quepa en los tipos anteriores.

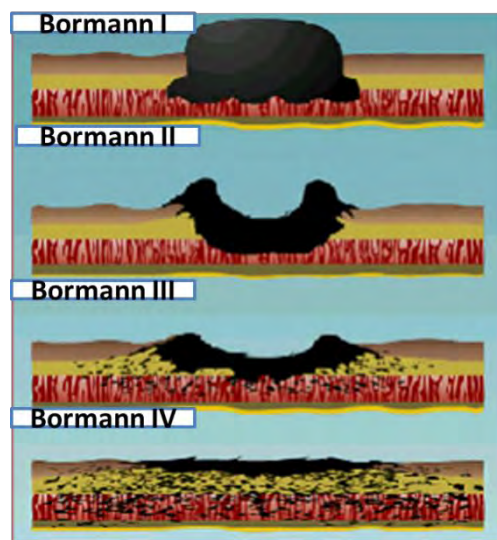


Fig.8 Clasificación de Bormann. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v23n3/a06v23n3>

²⁶ Hernán E. R., Navarrete S. J. Clasificación de los Adenocarcinomas de estómago. Perú 2003; 23: 199-122. Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v23n3/a06v23n3>. Citado 25/febrero/18.

Características de los tipos 1,2,3 y 4 (Bormann)		
Tipo 1 y 2		Tipo 3 y 4
Límites	Bien definidos	Sin límites precisos
Localización	Antro	Más en fondo que en antro
Diferenciación	Diferenciaos	Indiferenciados
Acidez	Baja o aclorhidria	Hipo aclorhidria o normal
Pronóstico	Mejor	Peor
Sexo	Más en hombres	Más en mujeres
Edad	Más edad menos edad	Menos edad
Metástasis	Hemática	Linfática

Tabla 3. Características de los tipos de Bormann

5.- La Tomografía por Emisión de Positrones (PET) es menos útil para el estudio diagnóstico del cáncer gástrico que en el cáncer esofágico. Puede ayudar a identificar adenopatías malignas que no se ven en la TC. Su uso en pacientes con canceres de la unión gastroesofágica parece ser más comparable al de los cánceres esofágicos.

Diagnóstico diferencial y pólipos gástricos

El diagnóstico diferencial de cáncer gástrico incluye: pólipos gástricos pépticos, ulcera, leiomioma, leiomioblastoma, tumor glómico, linfoma maligno etc. Los pólipos gástricos casi nunca sufren una transformación maligna (3% a los 7 años), aunque pueden contener un carcinoma independiente.

5.7 Factores pronóstico

Anteriormente, utilizando datos que usan tres signos de pronóstico grave (afectación de la serosa, afectación ganglionar y presencia de tumor en línea de resección) se ha demostrado que, si no se observa ninguno de estos signos, la tasa de supervivencia a 5 años es del 60 % y, si se observan todos, la tasa de supervivencia a los 5 años es inferior al 5 %.

- **Estadio:** Los análisis multifactoriales indican que los factores pronóstico más importantes son el estadio, la invasión y la afectación de los ganglios linfáticos. El determinante más importante del pronóstico parece ser el número de ganglios linfáticos afectados. Curiosamente, los pacientes con uno a tres

ganglios afectados con metástasis tienen el mismo buen pronóstico que los pacientes sin afectación ganglionar.

- Clasificación clínica: La supervivencia es mejor cuando el cáncer es superficial en lugar del focal, y peor con los tipos de neoplasias infiltrantes.
- Clasificación JES: La supervivencia es mejor con tumores de tipo II (planos) que con los tipos III (asociados a una úlcera) y peor con los de tipo I (polipoideos).
- Grado: Los tumores con un grado histológico elevado tienen un peor pronóstico.
- Naturaleza y extensión de la resección: La supervivencia es mayor con una resección curativa (una resección sin afectación de los bordes, o resección R0) frente a la paliativa, la gastrectomía distal frente a la proximal, y la gastrectomía subtotal frente a la total ²⁷

²⁷ Casciato.op. cit. P. 237.

5.8 Estadificación

SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN TNM DEL CÁNCER GÁSTRICO			
Tumor primario (T)	Descripción	Ganglios linfáticos	
TX	No puede evaluarse el tumor primario	NX	No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales
T0	No hay signos de tumor primario	N0	Ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales
Tis	Carcinoma in situ (tumor intraepitelial sin invasión de la lámina propia)	N1	Metástasis en 1-2 ganglios linfáticos regionales
T1a	El tumor invade la lámina propia o la submucosa	N2	Metástasis en 3-6 ganglios linfáticos regionales
T1b	El tumor invade la submucosa	N3a	Metástasis en 7-15 ganglios linfáticos regionales
T2	El tumor invade la muscular propia	N3b	Metástasis en > 15 ganglios linfáticos regionales
T3	El tumor penetra en el tejido conjuntivo subseroso, sin invadir el peritoneo visceral ni otras estructuras adyacentes	Metástasis a distancia	
T4a	El tumor invade la serosa	MX	No puede evaluarse la metástasis a distancia
T4b	El tumor invade estructuras adyacentes	M0	Ausencia de metástasis a distancia
		M1	Presencia de metástasis a distancia

Tabla 4. Sistema de estadificación TNM

Agrupaciones por estadios	
Estadio	Clasificación TNM
0	Tis N0 M0
IA	T1 N0 M0
IB	T1 N1 M0, T2 N0 M0
IIB	T1 N3 M0, T2 N2 M0, T3 N1 M0, T4 N0 M0
IIIA	T2 N3 M0, T3 N2 M0, T4a N1 M0
IIIB	T3 N3 M0, T4a N2 M0, T4b N0-1 M0
IIIC	T4a N3 M0, T4b N2 M0
IV	Cualquier t cualquier N M1

Tabla 5. Agrupaciones por estadios

5.9 Tratamiento

a) Cirugía:

- 1. Resección curativa.** El tratamiento de elección es la gastrectomía subtotal con bordes adecuados del estómago no afectando macroscópicamente (3-4 cm) y la disección regional de los ganglios linfáticos, y suele considerarse el único método potencialmente curativo en los pacientes con cáncer gástrico. La gastrectomía total no ofrece mejores resultados que la subtotal en cuanto a las curaciones y solo debe realizarse cuando este indicada por la extensión de la enfermedad. La disección linfática más extensa, conocida como resección D-2 (p.ej., de los ganglios linfáticos celíacos), la epipectomía y la esplenectomía, ofrece beneficios dudosos, pero no aparece aconsejable su utilización fuera de Japón.²⁸

Granados hace referencia a que la gastrectomía actual se basa en la técnica japonesa, es decir disección de los ganglios según las estaciones definidas. La disección D1 incluye los ganglios perigástrico (estación 1-6) y ambos epiplones. La disección D2 incluye además los niveles 7-11 más la disección de la serosa de la transcavidad de los epiplones desde el mesocolon transversal. Para efectuar una disección completa D2 en la localización

²⁸ Casciato. *Ibíd.* 238.

proximal se debe de incluir esplenectomía y pancreatocetomía distal (estaciones 11 y 12). Los estudios japoneses demuestran beneficio en sujetos sometidos a D2, pero esto no se ha reproducido en el hemisferio occidental en estudios controlados.²⁹

2. **Resecciones paliativas.** Se realizan para librar a los pacientes de lesiones gástricas polipoideas infectadas, hemorrágicas, obstruidas, necróticas o ulceradas. Para ello, puede bastar con una gastrectomía limitada. En alrededor del 50% de los casos las resecciones paliativas consiguen aliviar los síntomas.
3. Se observa un déficit de vitamina B12 en todos los pacientes sometidos a gastrectomía total a los 6 años siguientes de la intervención, y también en un 20 % de los pacientes en los 10 años siguientes a una gastrectomía subtotal, salvo que se administren inyecciones de vitamina B12 por vía parenteral.

b) Quimioterapia antineoplásica

1.- Quimioterapia neoadyuvante, posquirúrgica y adyuvante

- a) **Quimioterapia neoadyuvante.** Los pacientes con una neoplasia potencialmente resecable tratados en estudios de fase II antes de la operación con quimioterapia antineoplásica, RT o ambas han tenido una elevada tasa de respuesta (TR), y en algunos de ellos se han observado piezas de resección anatomopatológicamente negativas. No existen estudios clínicos aleatorizados publicados que ayuden a aclarar si la respuesta se traduce en una mayor resecabilidad, más tiempo hasta la progresión o una mejora de la supervivencia superior a la asociada a ausencia de tratamiento de inducción.
- b) **Quimioterapia adyuvante.** En estudios individuales se han visto resultados contraindicados sobre la utilidad de la quimioterapia posoperatoria en comparación con la cirugía sola. Sin embargo, en un reciente metaanálisis se

²⁹ Granados. Op. Cit. P.588.

vio que el tratamiento posoperatorio con regímenes con 5- FU reduce el riesgo de muerte relacionado con el cáncer gástrico en comparación con la cirugía sola. Por lo tanto, la quimioterapia y la radioterapia postoperatoria son opciones adecuadas en pacientes a los que se operó sin tratamiento preoperatorio.

- c) **Quimioterapia perioperatoria.** En un estudio clínico aleatorizado en fase III de la quimioterapia ECF (epirubicina, cisplatino y 5-FU (fluorouracilo) en infusión) perioperatoria, con 3 ciclos de tratamiento perioperatorio y 3 ciclos postoperatorios, se observó una mejora significativa de la ST, en comparación con el tratamiento quirúrgico solo. Mientras que este estudio incluyó fundamentalmente a pacientes con cáncer gástrico, parecían extenderse unos beneficios similares a los pacientes con adenocarcinoma de la unión gastroesofágica o de la parte inferior del esófago. Los ciclos se administraban cada 3 semanas:

Epirubicina 50 mg/m² I.V el día 1.

Cisplatino 60 mg/m² I.V el día 1.

5 FU, 225 (mg/m²)/día en infusión I.V continua, los días 1 a 21

En otro estudio aleatorizado de fase III, la quimioterapia perioperatoria con 5-FU y cisplatino ofreció resultados similares. En este estudio aproximadamente dos tercios de los pacientes tenían cánceres de la unión gastroesofágica.

2. Tratamiento concomitante. El uso secuencial de quimioterapia y radioterapia se ha evaluado en varios estudios clínicos sobre el carcinoma gástrico posiblemente resecable. En un estudio clínico del grupo Intergroup realizado anteriormente (Intergroup 0116) con casi 600 pacientes sometidos a una resección potencialmente curativa, se asignó aleatoriamente a los pacientes únicamente a observación o a recibir un tratamiento multimodal. Los pacientes a los que se administró un tratamiento posquirúrgico recibieron un ciclo de 5-FU y ácido folínico, seguido de una combinación de un bolo de 5-FU y RT. Tras completarse la RT se administró 2 ciclos adicionales de 5-FU y ácido folínico. En los pacientes de este grupo se observaron valores significativos de supervivencia total (ST) y de

supervivencia sin presencia de enfermedad a los 3 años. El beneficio de este método parece encontrarse en una disminución de los fracasos locorreccionales. El beneficio observado fue inferior a la hora de disminuir la recidiva a distancia.

3. Quimioterapia paliativa. La monoterapia antineoplásica produce escasas respuestas. Las pautas mixtas dan lugar a una tasa de respuesta superiores, aunque producen más efectos adversos y son más costosas. Cada vez es mayor el uso de cisplatino en nuevas combinaciones que también proporcionan una tasa de respuesta más alta, si bien la incidencia de los efectos adversos importantes supera el 10 %. La tasa de respuesta documentadas son de alrededor del 20 % para el 5-FU en solitario y del 10 -50 % para la quimioterapia combinada; la media de supervivencia oscila entre los 5 y los 11 meses.

Tras casi dos decenios de utilización de poliquimioterapia, incluyendo mitomicina, doxorubicina, epirubicina, etopósido, metrotexato, nitrosoureas, irinotecán, taxanos o cisplatino, ninguna de las pautas empleadas puede considerarse de referencia en los casos de enfermedad avanzada.

- a) ECF. El esquema de quimioterápica compuesto por epirubicina, cisplatino e infusión continua de 5-FU (ECF) tuvo una mayor actividad que la formada por 5-FU, doxorubicina y metrotexato (FAMTX).
- b) EOX. Una versión más reciente del esquema ECF, el esquema EOX (epirubicina, oxaliplatino y capecitabina), mejoró la ST y produjo menos efectos adversos que la pauta ECF. Se muestra a continuación, la pauta de dosificación del régimen EOX, cuyos ciclos deben repetirse cada 3 semanas:
Epirubicina, 50 mg/m² I.V, el día 1
Oxaliplatino, 130 mg/m² I.V, el día 1
Capecitabina, 625 mg/m² dosis, 2 veces al día, los días 1 a 21.
- c) DFC. También se ha demostrado la eficacia del uso de docetaxel. Como se evaluó en un estudio clínico que comprobara el uso de docetaxel, cisplatino y 5-FU (DCF) con el uso de cisplatino y 5-FU (CF), la combinación de DCF

mejora la ST. Sin embargo, tanto la pauta DCF como la pauta DCF modificada puede producir una toxicidad significativa. Cerca del 30 % de los pacientes que recibieron la pauta DCF modificada ingresaron al hospital. La pauta DCF se administra en ciclos de 3 semanas, como sigue:

1) DCF

Docetaxel, 75 mg/m² i.v., el día 1

Cisplatino, 75 mg/m² i.v., el día 1

5-FU, 750 (mg/m²) / día en infusión i.v continua los días 1 a 5.

2) La pauta DCF modificada con los siguiente ha dado resultados comparables:

Docetaxel, 40 mg/m² i.v., el día 1

Cisplatino, 40 mg/m² i.v., el día 1

5-FU, 400 (mg/m²) / día en infusión i.v continua los días 1 a 5.

d) Pautas FOLFOX / ácido folínico, 5 FU, oxaliplatino) / XELOX (oxaliplatino y capecitabina). Aunque las mayores tasas de respuesta y de ST se han observado generalmente en combinaciones triples, la toxicidad de las mismas puede hacer que sean difíciles de administrar. Las pautas FOLFOX y XELOX pueden ofrecer resultados similares, con menos toxicidad.

e) Carboplatino/paclitaxel. Esta combinación también tiene una actividad significativa, con una toxicidad manejable.

f) Trastuzumab. En pacientes con tumores gástricos o de la unión gastroesofágica que sobreexpresan Her 2 /neu, la adición de trastuzumab a la quimioterapia mejora significativamente el resultado, incluyendo la ST. Se debe evaluar a todos los pacientes con vistas al uso de trastuzumab salvo que haya contraindicaciones. En conjunto, aproximadamente el 25 % de los adenocarcinomas gastroesofágicos sobreexpresan Her 2 /neu a un

nivel adecuado para el uso de trastuzumab. Es importante trabajar con un anatomopatólogo para definir el nivel de expresión, porque los criterios difieren de los que se utilizan en cáncer de mama. Indicado en el adenocarcinoma gástrico/ de la Unión gastroesofágica (UGE) metastásico. Combinado con cisplatino y capecitabina o 5-FU en pacientes que no han recibido tratamiento previo por enfermedad metastásica.

-Dosis inicial 8 mg/kg durante 90 minutos, dosis de mantenimiento de 2 (mg/kg)/ semana o 6 (mg/kg) cada 3 semanas, administrados durante 30-90 min.

C. Radioterapia

1.- Enfermedad localizada. No se ha demostrado que el empleo de radioterapia (RT) sola tenga utilidad alguna en el tratamiento del cáncer gástrico. Sin embargo, la RT (4000 cGy en 4 semanas) combinadas con 5-FU (15 mg/Kg I.V. Durante los primeros 3 días de RT) parece mejorar la supervivencia, frente al uso de RT sola, en aquellos pacientes con tumores localizados pero irreseccables.

2.- Enfermedad Avanzada. El adenocarcinoma gástrico es relativamente radorresistente y necesita dosis elevadas de radiación, con algunos efectos adversos concurrentes sobre los órganos circundantes. La RT puede ser útil para aliviar el dolor, los vómitos causados por la obstrucción, la hemorragia gástrica, las metástasis óseas y cerebrales.³⁰

³⁰ Casciato D., *Ibíd.* P.239.

6. METODOLOGÍA

6.1 Selección del caso

El presente estudio de caso, se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Cancerología, durante las prácticas clínicas de la asignatura de Atención de Enfermería del posgrado en enfermería oncológica. Se eligió al Sr. Silverio el cual cursa con un diagnóstico médico de adenocarcinoma gástrico. Se encuentra hospitalizado en el 5° piso de cirugía oncológica, tengo contacto con él en su tercer día haber estado hospitalizado en la terapia intensiva de adultos, tras una Laparotomía exploradora, llama la atención su caso por presentar complicaciones, relacionadas con dolor, además de evitar la comunicación verbal. Ante esta circunstancia se habla con el cuidador primario (esposa) y el Sr. Silverio y se plantea la elaboración de un plan de cuidados a lo cual accede y se le entrega una hoja de consentimiento informado. Se realiza una cedula de valoración basada en las 14 necesidades de la filosofía conceptual de Virginia Henderson y en conjunto una valoración cefalo caudal, que permitirá detectar las necesidades humanas alteradas.

6.2 Fuentes de información

La fuente primaria de información el Sr. Silverio, como fuentes secundarias el cuidador primario (esposa) y el expediente electrónico (INCAnet).

6.3 Consideraciones éticas

Informe de Belmont, Código de Ética para enfermeros y enfermeros de México, Norma oficial mexicana 004 "Expediente clínico". Derechos de los pacientes, consentimiento informado, metas internacionales.

Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación

Este Código llegó a ser el prototipo de muchos otros, posteriores, cuya intención es asegurar que la investigación con sujetos humanos se llevará a cabo en forma ética. Consta de reglas, algunas generales y otras específicas, que guían en su trabajo a los investigadores o a los revisores.

En esta formulación se identifican tres principios o juicios prescritos generales que son relevantes para la investigación con sujetos humanos; estos tres, sin embargo, son amplios y se formulan a un nivel de generalización que ayude a los científicos, a los sujetos, a los revisores y a los ciudadanos interesados a entender los temas éticos inherentes a la investigación con sujetos humanos.

A. Límites entre práctica e investigación

En general el término "práctica" se refiere a intervenciones diseñadas únicamente para aumentar bienestar de un individuo y que tienen una expectativa razonable de éxito. El propósito de la práctica médica o del comportamiento es brindar diagnóstico, tratamiento preventivo o terapia a individuos en particular.

En contraste el término "investigación" designa una actividad concebida para probar una hipótesis, para permitir que se saquen conclusiones y, a partir de ellas, desarrollar o contribuir al conocimiento generalizable (expresado, por ejemplo, en teorías, principios y formulación de relaciones).

B. Principios éticos básicos

Esta expresión se refiere a aquellos juicios generales que sirven como justificación básica para las muchas prescripciones y evaluaciones éticas particulares de las acciones humanas. Tres principios básicos, entre los generalmente aceptados en nuestra tradición cultural, son particularmente relevantes para la ética de la investigación con humanos; ellos son: respeto por las personas, beneficio y justicia.

1. Respeto por las personas.

Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas; primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos Morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida.

Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar acerca de sus metas y de actuar bajo la guía de tal deliberación. Respetar es dar peso a las opiniones y escogencia de las personas autónomas y refrenarse de obstaculizar sus acciones a menos que sean claramente perjudiciales para otras.

En la mayoría de los casos de investigación con humanos el respeto por las personas exige que los sujetos ingresen al estudio voluntariamente y con información adecuada. En algunas situaciones, sin embargo, la aplicación del principio no es tan obvia.

2. Beneficencia.

Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Tal tratamiento cae bajo el principio de "beneficencia"; este término se entiende a menudo como indicativo de actos de bondad o caridad que sobrepasan lo que es estrictamente obligatorio. Se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.

El proverbio Hipocrático "no hagas daño" ha sido desde hace mucho tiempo un principio fundamental, de ética médica. Claude Bernard lo extendió al campo de la investigación, diciendo que uno no debería lesionar a una persona independientemente a los beneficios que pudieran derivarse para otras.

En el caso de los proyectos particulares de los investigadores y los miembros de sus instituciones tienen la obligación de plantearse por anticipado la forma de incrementar al máximo los beneficios y de reducir al mínimo los riesgos que pudieran ocurrir en la investigación. En el caso de la investigación científica en general los miembros de la sociedad ampliada están obligados a reconocer los beneficios y riesgos a más largo plazo que puedan resultar de la mejora del conocimiento y del desarrollo de procedimientos médicos, psicoterapéuticos y sociales novedosos.

3. Justicia.

¿Quién debiera recibir los beneficios de la investigación y quién soportar sus cargas?; esta es una cuestión de justicia en el sentido de "equidad en la distribución" o "lo que se merece". Ocurre injusticia cuando se le niega a una persona algún beneficio al que tiene derecho sin que para ello haya una buena razón, o se le impone indebidamente alguna carga. Otra manera de concebir el principio de la justicia es que los iguales deben ser igualmente tratados. Sin embargo, este planteamiento requiere explicación.

Cada formulación menciona alguna propiedad relevante sobre cuya base se debieran distribuir las cargas y los beneficios. Estas formulaciones son: 1) a cada persona una porción igual; 2) a cada persona de acuerdo a su necesidad individual; 3) a cada persona de acuerdo al esfuerzo individual; 4) a cada persona de acuerdo a su contribución a la sociedad; 5) a cada persona de acuerdo al mérito.

Las cuestiones de justicia han estado asociadas durante mucho tiempo con prácticas sociales como el castigo, la tributación y la representación política.

C. APLICACIONES.

Las aplicaciones de los principios generales a la conducción de la investigación conduce a considerar los siguientes requerimientos: consentimiento informado; valoración riesgo/beneficio y selección de los sujetos de investigación.

1. Consentimiento informado

El respeto por las personas exige que a los sujetos, hasta el grado en que sean capaces, se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado.

El proceso del consentimiento contiene tres elementos: a) información; b) comprensión; c) voluntariedad.

Información

La mayoría de los códigos de investigación establecen ítems específicos que deben revelarse con el fin de estar seguros de que los sujetos reciben información suficiente. Estos ítems generalmente incluyen: el procedimiento de investigación, los propósitos, riesgos y beneficios que se prevén; procedimientos alternos (si se trata de una terapia) y una declaración que ofrece al sujeto la oportunidad de hacer preguntas y de retirarse de la investigación en cualquier momento.

Comprensión.

La forma y el contexto en que se transmita la información son tan importantes como ésta. Por ejemplo: presentarla en forma rápida y desorganizada dando poco tiempo para reflexionar o menoscabando la oportunidades de interrogar, puede afectar adversamente la capacidad del sujeto para hacer una escogencia informada. Dado que la capacidad para entender es función de la inteligencia, la racionalidad, la madurez y el lenguaje, es necesario adaptar la presentación de la información a las capacidades del sujeto. Los investigadores son responsables de averiguar si el sujeto ha captado la información. Siempre hay obligación de

asegurarse de que la información que se da a los sujetos está completa y es comprendida adecuadamente; tal obligación aumenta cuando los riesgos son serios. En ocasiones puede ser apropiado evaluar la comprensión por medio de algunas pruebas orales o escritas.

El respeto por las personas también requiere que se busque el permiso de terceros para proteger a los sujetos del daño. Tales personas son por lo tanto respetadas reconociendo sus propios deseos y por el uso de terceros; en ambos casos se busca proteger del daño.

Los terceros escogidos debieran ser quienes más probablemente entienden la situación del sujeto incompetente y actúan en beneficio de éste. A la persona autorizada para actuar en

nombre del sujeto debe dársele la oportunidad de observar cómo se lleva a cabo la investigación con el fin de que pueda retirar al sujeto si considera que ello va en bien de éste.

Voluntariedad.

El consentimiento de participar en la investigación es válido sólo si es dado voluntariamente.

Este elemento del consentimiento informado requiere condiciones libres de coerción o influencia indebida. Ocurre coerción cuando una persona hace a otra, intencionalmente, para obtener consentimiento, una amenaza abierta de daño; en contraste se configura la influencia indebida a través de la oferta de una recompensa excesiva, injustificada, inapropiada o incorrecta; también puede llegar a ser influencia indebida alguna forma de inducción, ordinariamente aceptable, que se haga a una persona especialmente vulnerable.³¹

³¹Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental
Fuente: National Institutes of Health. Centro de Documentación de Bioética de la Universidad de Navarra. 18 de abril de 1979 Comprobado el 16 de abril de 2003
Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html>

Código de enfermeras

El profesional de enfermería tiene una sólida formación basada e fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen una requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México.

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud, la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

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

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

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

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

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

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

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

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

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

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermería, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

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

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

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

Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales. ³²

³² Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Disponible en: www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf

Derechos humanos

-Derecho a la salud

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, si las personas hacen uso de los servicios de salud tienen el derecho de obtener prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables. El Estado otorgará servicios de salud a través de la Federación, Estados y Municipios de acuerdo a lo establecido en la ley.

-Derecho a la protección de datos personales

Toda persona tiene derecho a que el Estado proteja los datos que se refieren a su vida privada y datos personales cuando se encuentren en posesión de particulares o de la autoridad. Tendrá derecho en todo momento a acceder a ellos y en su caso a rectificarlos, cancelarlos o disponer en todo momento de cualquier información concerniente a ellos, otorgando su consentimiento para su tratamiento, transferencia y almacenamiento. Tiene derecho a solicitar el acceso, la rectificación, cancelación u oposición al uso de sus datos personales en posesión de otras personas.³³

³³ Comisión Nacional de los Derechos Humanos

7. PRESENTACIÓN DEL CASO

7.1 Antecedentes del caso

Masculino de 40 años, proveniente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Celaya Guanajuato, por presentar desde hace 4 meses náuseas, intolerancia a la vía oral, vómito de contenido alimenticio y pérdida de peso repentina, es diagnosticado con litiasis vesicular, para el 29 septiembre 2014 ingresa a quirófano donde le realizan una laparotomía exploradora (LAPE) en el transoperatorio toman biopsia de epiplón y estómago donde obtienen como resultado: Adenocarcinoma gástrico (en curvatura mayor y antro) con metástasis a epiplón por tal motivo es enviado al Instituto Nacional de Cancerología (INCAN).

El 6 noviembre 2014 es valorado por el servicio de gastroenterología del (INCAN). El día 20 noviembre 2014 recaban resultado de tomografía axial computarizada (TAC), en la cual reportan presencia de engrosamiento de pared gástrica, cuerpo y parte distal así como ganglios menores de 1 cm sin enfermedad a distancia, posteriormente le realizan una endoscopia donde confirman tumor en región prepilórica.

Es valorado por la unidad funcional de gastrooncología la cual decide como tratamiento inicial, la cirugía, es programado para el día 8 de Enero 2015. Sin embargo acude el día 23 de noviembre 2014 al servicio de atención inmediata por presentar dolor nociceptivo de tipo visceral en hemiabdomen, nivel del dolor 7/10 de acuerdo con la escala numérica; refiere que no mejora el dolor ni con analgésicos, además de debilidad generalizada, le toman una placa de rayos X en la cual reportan la presencia de neumoperitoneo, así como una probable perforación de víscera hueca.

Presenta signos de shock hipovolémico, (diaforesis, tensión arterial 90/60 mm Hg, frecuencia cardiaca de 130 x', frecuencia respiratoria de 40 x'). El día 24 noviembre 2014 deciden pasarlo a cirugía de urgencia para una segunda

laparotomía exploradora, reportan que durante la cirugía había presencia de líquido libre en cavidad (purulento) aprox. 1800cc, la perforación gástrica está ubicada entre la cara anterior y curvatura menor aprox. 1.5 cm, bordes necróticos, asas intestinales con aspecto marmóreo e hipoperfusión tisular, durante el acto quirúrgico presenta paro cardiorrespiratorio, realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzado, en el primer ciclo se recupera.

La cirugía que le realizaron LAPE, aseo de cavidad, cierre primario de perforación gástrica y colocación de bolsa de bogotá. Es referido a la Unidad de Cuidados Intensivos (UTI) con el diagnóstico médico posoperatorio de Adenocarcinoma gástrico poco diferenciado de tipo intestinal y difuso con células en anillo de sello, choque séptico, abdomen agudo secundario a perforación gástrica.

Ingresa sedado, con apoyo ventilatorio de tipo invasivo limitada por flujo y volumen corriente de 450 ml, generando presiones pico de 26 y plateaus de 23, frecuencia respiratoria 26 x', FiO₂ 60 %, saturación 97 %, así como requerimiento de norepinefrina a 0.7 gamas por inestabilidad hemodinámica, presenta ruidos cardiacos aumentados en frecuencia 95 x' y disminuidos en intensidad, falla multiorganica.

Laboratorios 25 noviembre 2015

Química sanguínea	
Parámetros	Valores
Glucosa	151 mg/dl
Lactato	7
Na	140 mEq/l
K	4.1 mg/dl
Cl	102 mg/dl
Calcio	7.2 mEq/ ml
Creatinina	2.5 mg/dl
ácido úrico	5.7 mg/dl
Bilirrubinas totales	1.3 mg/dl

Gasometría arterial	
Parámetros	Valores
Ph	7.4
pCO ₂	45 mmHg
HCO ₃	20 mEq/l
pO ₂	45 mm Hg

Biometría Hemática	
Parámetros	Valores
Leucocitos	15 mil/ml
Plaquetas	150 mil/mm ³
Hb	14.9 gr/dl

26 noviembre 2014 presenta fiebre (38-38.4 °C), así como salida de líquido purulento en bolsa de bogotá, con manejo previo de antibióticos (meropenem, caspofungina); es enviado a quirófano por tercera ocasión para lavado de cavidad y drenaje de colección, retiran bolsa de bogotá y realizan cierre de pared, es enviado al servicio de la UTI adultos, bajo sedación y analgesia con midazolam y fentanilo, así como apoyo mecánico ventilatorio invasivo con los siguientes parámetros, volumen corriente de 440 ml, Pi 24 PEEP 10, FiO₂ 70% y saturación de O₂ 92%, fiebre 38 °c, presión arterial media 94 mmHg, norepinefrina 0.4 gammas, con drenajes activos en cavidad abdominal, en fosa iliaca derecha e izquierda, se toma gasometría y estos son los resultados.

Gasometría arterial	
Parámetros	Valores
pH	7.43
pCO ₂	36 mmHg
HCO ₃	20 mEq/l
pO ₂	40 mm Hg
EB	1.1
Lactato	3.2

29 diciembre 2014 continúa con febrícula de 37.8°C pendiente identificar antígeno, e inicia Nutrición parenteral total (NPT) 1511 ml para 24 hr. 30 diciembre 2015 en el cultivo del líquido abdominal del drenaje activo (biovac) izquierdo se identifica streptococcus grupo anginosus.

31 diciembre 2014 continua con cánula endotraqueal a modo ventilatorio invasivo asisto control, Pi 14 PEEP 6 con Fi O₂ 40%, Fr 14 x', y saturando 92 %, infusión de norepinefrina 0.08 mcg/Kg/min, herida quirúrgica con bordes bien afrontados, drenaje activo (biovac) derecho sin gasto, drenaje activo (biovac) izquierdo gasto de características purulentas, sonda foley Fr16 a derivación, edema en extremidades inferiores (++) cruces. Le suspenden la sedación para valorar el riesgo de presentar secuelas neurológicas, por antecedente del paro cardiorrespiratorio.

2 enero 15 consiente orientado, glasgow 15 puntos, sin embargo en ocasiones su lenguaje es incoherente, T/A 109/64 mmHg, Fc 80 x', Fr 18 x', T 36.9 °c, persiste incremento de la temperatura así como datos de la respuesta inflamatoria sistémica en tratamiento con antimicrobianos de amplio espectro (casponfungina y meropenem), hemodinámicamente estable, sin apoyo de vasopresor ventilación espontanea con derrame pleural, sobrecarga hídrica en reducción, edema generalizado.

Ingres a hospitalización el día 3 enero 2015 con los siguientes diagnósticos:

- Desequilibrio acido base a expensas de acidosis metabólica
- Fistula intestinal
- Síndrome de supresión a opioides (fentanilo)

Signos vitales

T 36.5 °c, T/A 120/80 Fc 90 x' Fr 20 x, karnofsky 30 %

Biometría Hemática	
Parámetros	Valores
Leucocitos	17.4 células/mcl
Eritrocitos	5.5 celulas/mcl
Linfocitos	1.1 %
Neutrófilos	15.6 mil/ml
Plaquetas	490 mm ³
Hb	6.3 gr/dl
Ht	18 %

presenta elevación de leucocitos 17 400 mm³, neutrófilos 15,600 mm³, con foco séptico de origen abdominal a pesar del esquema de antibiótico, requiere control definitivo del sitio de infección, presenta alto riesgo de falla multiorganica, choque séptico, compromiso vital a corto o mediano plazo, oncología médica recaba los resultados de TAC, donde observan colección subfrénica izquierda que está en contacto con la cara posterior del estómago y anterior del bazo con comunicación en el sitio de la perforación además múltiples colecciones, escaso derrame

pleural, plan terapéutico LAPE y se valorara en el transoperatorio resección gástrica.

Es hospitalizado en el servicio de cirugía oncológica 5to piso, se le realiza la siguiente exploración física.

Signos vitales Temperatura 37.7 °c T/A 136/79 mm/Hg Fc 118 x' Fr 33 x', saturación 82%. Se encuentra reposo en cama, es posible observar facies de angustia, obnubilado, cráneo normocefalo sin endo ni exostosis, palidez de tegumentos, conductos auditivos externos sin alteración, cabello negro adecuadamente implantado, cejas abundantes bien insertadas y simétricas, pupilas isocóricas, conjuntivas hipocrómicas, ojeras, sonda nasogástrica a derivación Fr 16, (gasto de tipo biliar), mucosas orales hidratadas, piezas dentales con caries en primeros y segundos molares superior e inferior, labios íntegros, deshidratados halitosis, mascarilla-nebulizador Fio² 60 %si se le retira el apoyo del oxígeno la saturación le disminuye hasta 75 % con acumulo de secreciones en cavidad oral de características transparentes y consistencia espesa, sin embargo la persona presenta disminución en la capacidad de expectorar, así como desesperación ante esta limitante, cuello cilíndrico e íntegro, se auscultan campos pulmonares con estertores crepitantes en bases pulmonares, catéter venoso central (arrow) bilumnen en región supraclavicular derecha permeable, con nutrición parenteral de 1840 Kcal calculadas de acuerdo a su requerimiento, infundiéndose 1511 ml/24 hr. Silverio se encuentra con anasarca fóvea en miembros torácicos y permeación de líquido extracelular a través de la epidermis (líquido de carácter amarillo ámbar); peristalsis disminuida y hábito intestinal de una evacuación cada 48 hr., abdomen con cicatriz oblicua derecha así como herida quirúrgica bien afrontada limpia y seca, drenajes activos (biovac) colocados en ambas fosas iliacas , el de región izquierda drenando secreción purulenta aprox. 60 ml en el turno matutino, el drenaje de fosa iliaca derecha con gasto de características hemáticas escaso, genitales íntegros sin alteración aparente, sonda vesical Fr 16 a derivación , ureris de características turbias, presencia de sedimentos, miembros pélvicos con llenado capilar de 5 segundos, fóvea

(++), presenta movimientos involuntarios de extremidades torácicas que se acentúan del lado derecho, con un poco de tensión.

5 enero 2015 durante el turno vespertino es intervenido quirúrgicamente en la cual realizan drenaje de colección diafragmática izquierda, reavivamiento marginal de perforación gástrica y un cierre primario con parche de epiplón. Egresa de quirófano con sonda nasoduodenal a derivación 18 Fr, 2 drenajes activos tipo (biovac), uno hacia el parche de epiplón y otro hacia el hueco pélvico. Al término de cirugía el servicio de terapia intensiva lo valora y por el momento no consideran que sea candidato a terapia intensiva por no contar con tratamiento con fines curativos. Cuidador primario solicita el alta por “máximo beneficio hospitalario”.

7.2 Antecedentes generales de la persona

Antecedentes Personales No Patológicos

Género: masculino

Originario: Celaya Guanajuato.

Edad: 40

Estado civil: Casado

Grupo sanguíneo: Rh “O” positivo

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Músico/empleador

Antecedentes Personales Patológicos

Niega alergias

Toxicomanías: Tabaquismo desde hace 20 años 1 cajetilla al día

Antecedentes Heredo Familiares

Tía materna Ca de mama

8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

8.1 valoración exhaustiva

Se tiene contacto con el Sr. Silverio el 5 enero de 2015, en el quinto piso de hospitalización, después de su tercer día de estancia en dicho piso por complicaciones de una laparotomía exploradora, encontrando algunas necesidades humanas alteradas, por lo que se le pide autorización para realizar una valoración exhaustiva basada en la Filosofía Conceptual de Virginia Henderson, y realizar intervenciones encaminadas a mejorar su estado de salud. Se explica el objetivo de la valoración y accede a firmar una hoja de consentimiento informado.

1.- Necesidad de oxigenación. Silverio, con antecedente de uso de vía aérea avanzada por un mes; actualmente se encuentra con apoyo de oxígeno complementario a 6 ltrs x' con mascarilla nebulizador, saturando al 75 %, con acúmulo de secreciones en cavidad oral de características transparentes y consistencia espesa se auscultan campos pulmonares con estertores crepitantes en bases pulmonares, sin embargo la persona refiere disminución en la capacidad de expectorar muestra facies de desesperación e inestabilidad en constantes vitales, taquicardia 118x' y frecuencia respiratoria de 33 x', con diaforesis. Por momentos presenta cuadros de disnea pequeños esfuerzos.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación. Peso: 92 kg, talla: 1.70 metros, I.M.C: 27 cabe mencionar que estos datos se tomaron cuando llego por primera vez a la institución. Sin embargo presenta disminución de la masa muscular debido a la restricción para alimentarse por vía oral, se encuentra con nutrición parenteral total (NPT) SAFE con aporte energético 1840 Kcal, de acuerdo a requerimientos nutricionales, infundiéndose 1511 ml/24 hr.

3.- Necesidad de eliminación. Sonda nasogástrica Fr16 a derivación, drenado abundante líquido biliar 60 ml aproximadamente; drenajes activos tipo (biovac) colocados en ambas fosas iliacas, el de región izquierda drenando secreción purulenta aprox. 60 ml en el turno matutino, el drenaje de fosa iliaca derecha con gasto de características hemáticas escaso, genitales íntegros sin alteración aparente, sonda vesical Fr 16 a derivación, ureris de características turbias, presencia de sedimentos, aprox. 700 ml durante el turno, peristalsis disminuida y habito intestinal de una evacuación cada 48 hr.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura. Se encuentra en cama, en una sola posición (decúbito dorsal) la mayor parte del tiempo, con limitación para cambiar de postura, requiere de ayuda para la movilización en cama, edema (++) en miembros superiores e inferiores. Escala de Braden puntaje de 11 existe riesgo alto de desarrollar úlceras por presión, en escala Barthel por las condiciones de salud en este momento es una persona dependiente total. El grado de independencia para realizar sus actividades de acuerdo a la escala Karnofsky presenta un 30 %.

5.- Necesidad de descanso y sueño. Su esposa refiere que el Sr. Silverio duerme poco, despierta constantemente por las noches, por el dolor abdominal 8/10 escala numérica, intenta dormir durante el día sin embargo despierta constantemente. Se pudo observar enrojecimiento de los ojos ojeras e irritabilidad por las mañanas y somnolencia motivo por el cual en ocasiones no era posible mantener una plática.

6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas. Por el estado de salud, al Sr. Silverio no le causa incomodidad la ropa del hospital sin embargo no le gusta que lo destapen sin previo aviso, pues está acostumbrado a utilizar ropa interior, cabe mencionar que también utiliza medias ted, refiere que no le agradan mucho porque las siente demasiado apretadas.

7.- Necesidad de termorregulación. Se reportan febrículas durante el turno de la noche sin embargo no las presenta por la mañana, refiere que en ocasiones la

maskarilla le produce calor hasta llegar a la sudoración, sin embargo, al poco tiempo se quita, comenta que se adapta al clima fácilmente.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel. Se observa permeación de líquido extracelular a través de la epidermis (líquido de carácter amarillo ambar) en miembros torácicos; laboratorios con albumina de 1.7 gr/dl, al tacto presenta alodinea, labios deshidratados y tegumentos hidratados drenajes (biovac) en fosa iliaca derecha e izquierda sin fuga en sitio de inserción, herida quirúrgica limpia y afrontada sin datos de infección, piel seca, recibe baño de esponja 2 veces a la semana, sin embargo comenta que no le agrada del todo el baño de esponja pues invaden su intimidad.

9.- Necesidad de evitar peligros para la vida. El Sr. Silverio ha sido intervenido quirúrgicamente en 3 ocasiones, con diversas complicaciones en cada una de estas, actualmente y tras la última cirugía presenta colección subdiafragmática en curvatura menor del estómago reportada por TAC, además de salida de líquido purulento por el drenaje izquierdo, y Karnofsky es de 30 %. Lo que implica un riesgo mayor de estancia hospitalaria y de incapacidad para la movilidad.

10.- Necesidad de comunicarse Se expresa con pocas palabras, sabe leer y escribir, pero actualmente se le dificulta escribir porque los movimientos de sus manos no son coordinados y el edema no le permite tomar el lápiz, la comunicación es con monosílabos y piensa mucho al contestar, comenta que el dolor y el malestar es lo que evita que se pueda comunicar con fluidez.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores. Religión que profesa católica, aunque no asiste con frecuencia a su servicio religioso, así como su salud es independiente de la religión, en la familia abunda honestidad, equidad, amor, justicia, humildad. Refiere que en la situación actual desea luchar porque siempre hay esperanza. Actualmente es tratado por el servicio de cuidados paliativos, pero desconoce a qué se dedica este servicio a pesar de que se lo han comentado.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse. No labora actualmente, se dedicaba a la música, no le gusta depender de los demás, menciona que extraña su trabajo, sin

embargo, sabe que cuando se recupere seguirá trabajando. Menciona que le gusta ser músico pero también arreglar algunos aparatos eléctricos, y acude a cursos de actualización de esto. Menciona su esposa que ahora es más difícil para él esta situación porque siempre tenía actividades que realizar.

13.- Necesidades de jugar/ participar en actividades recreativas. Menciona su esposa que en ocasiones trabajaba en sus tiempos libres, para él, estar ocupado era su mejor distracción.

14.- Necesidad de aprendizaje. Sabe leer y escribir, pero debido al estado de salud actual menciona el Sr. Silverio y la Sra. Consuelo que requieren ser apoyados y orientados, para la rehabilitación, evitar complicaciones de la herida quirúrgica, drenajes, catéter y el tratamiento farmacológico. Comentan que es imprescindible trabajar y aprender en conjunto.

8.2 Jerarquización de problemas

Necesidades alteradas y jerarquización

- Oxigenación
- Moverse y mantener una buena postura
- Mantener higiene y protección de la piel
- Evitar peligros para la vida

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

Especialidad en Enfermería Oncológica

8.3 Formato de plan cuidados enfermería

Tipo de valoración				Fecha			Hora			Servicio		
Exhaustiva				5/01/15			10:00			5° piso Cirugía		
Necesidad Alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de Enfermería			Nivel de Dependencia	I	PD	D	DT	DP
	F.F	F.C	F.V	Ayuda	Acompañamiento	Suplencia						
Oxigenación												
Datos Objetivos				Datos subjetivos				Datos complementarios				
Taquipnea 33 x´ Taquicardia 115 x´ Saturación de O ₂ 75% Disnea de pequeños esfuerzos				Refiere dificultad para expulsar secreciones y muestra desesperación en el rostro al intentarlo.				Se encontró con ventilador durante 3 meses de noviembre a enero en la UTI Después del destete se apoyó con mascarilla y nebulizador				
Diagnóstico de Enfermería: Limpieza ineficaz de la vía aérea R/C la retención y dificultad para expectorar secreciones M/P acumulación de secreciones, taquipnea 33 x´, taquicardia 115 x´, saturación de O ₂ 75%, disnea de pequeños esfuerzos y desesperación en el rostro al intentar expectorarlas.												
Objetivo de la persona: Expectorar las secreciones para respirar mejor.												
Resultado esperado: Que el Silverio aprenda a expectorar las secreciones, para mantener una limpieza eficaz de la vía aérea.												

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
Manejo de las secreciones	<ul style="list-style-type: none"> -Fisioterapia pulmonar -Ejercicios de expectoración -Enseñar al paciente a que inspire profundamente varias veces, expire lentamente y a que tosa al final de la exhalación 	<p>La aspiración de secreciones traqueo bronquiales, favorece la permeabilidad de las vías aéreas, permitiendo la ventilación/perfusión óptima.</p>
Cambio de posición	<ul style="list-style-type: none"> -Colocar en posición para el alivio de la disnea (semi-Fowler) -Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición - Drenaje postural 	<p>La fisioterapia pulmonar incluye el drenaje postural, la percusión, vibración torácica y los ejercicios de tos y respiración profunda. Estas técnicas, en combinación, movilizan y eliminan secreciones, expanden de nuevo el tejido pulmonar y fomenta el uso eficiente de todos los músculos respiratorios.³⁴</p>
Oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> -Apoyo con oxígeno suplementario (mascarilla con nebulizador) -Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente (oxímetro de pulso) -Auscultar las bases pulmonares para detectar sonidos respiratorios (observando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios). -Anotar el movimiento torácico, mirando simetría, utilización 	<p>La posición semi-Fowler es una posición inclinada obtenida elevando la cabeza del lecho 25-40 cm, flexionando las caderas y colocando un soporte bajo las rodillas de modo que se doblen aproximadamente 90°, permitiendo así que el fluido en la cavidad abdominal se acumule en la pelvis.³⁵</p> <p>La mascarilla con ventilador libera vapor caliente o frío, se usa con un medidor de flujo y éste debe de ser de 6 a 10 l/min; puede usarse en forma continua o para tratamientos periódicos; proporciona al paciente una concentración de oxígeno de 40 a 100%.³⁶</p>

³⁴G. B. V. Tecnología aplicada en el manejo de secreciones bronquiales. Manuales SECUR fundamentos de ventilación mecánica no invasiva.

³⁵ Pruitt Bill y Cols. Eliminación de las secreciones pulmonares. Nursing, junio- julio 2006.

³⁶ Rosales Susana. Fundamentos de enfermería, 3ª ed. Editorial: Manual Moderno; 2004.

<p>Valoración respiratoria</p>	<p>de músculos accesorios y retracción de los músculos intercostales y supraclaviculares -Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o la empeoran</p>	<p>En función de los datos obtenidos durante la misma, el fisioterapeuta puede seleccionar aquellas técnicas de tratamiento que considere más adecuadas para el mejoramiento de la oxigenación.</p>
<p>Evaluación:</p> <p>El Sr. Silverio comenta que a partir de que expectora las secreciones respira mejor, mantiene una saturación de oxígeno de un 90 %, la frecuencia cardiaca se mantiene en 90 x´, y la frecuencia respiratoria en 22 x´. Refiere que realizara estas actividades para evitar complicaciones en el futuro.</p>		

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración				Fecha			Hora			Servicio				
Exhaustiva				5/01/15			10:00			5° piso Cirugía				
Necesidad Alterada		Fuente de dificultad		Cuidado básico de Enfermería			Nivel de Dependencia		I	PD	D	DT	DP	
Descanso y sueño		F.F	F.C	F.V	Ayuda	Acompañamiento	Suplencia							
Datos Objetivos					Datos subjetivos					Datos complementarios				
Dolor 8/10 escala visual análoga, con localización en el abdomen Facies de dolor La mayor parte del tiempo adopta una sola posición (decúbito dorsal) Somnolencia Irritabilidad					La esposa refiere que el dolor es constante por las noches lo que no le permite dormir					Colección subdiafragmática en región anterior, dos cirugías anteriores. Tramadol 100 mg c/ 8 hrs				
Diagnóstico de Enfermería:														
Disconfort R/C dolor de tipo visceral agudo EVA 8/10 M/P Facies de dolor, la mayor parte del tiempo adopta una sola posición (decúbito dorsal), somnolencia, irritabilidad y la esposa refiere que el dolor es constante por las noches lo que no le permite dormir														
Objetivo de la persona:														
Es que disminuir la intensidad del dolor														
Resultado esperado:														
Que el dolor que presenta el Sr. Silverio, disminuya a 4 de 10 en la escala de EVA en las próximas 2 horas y posteriormente se vaya controlando.														

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
Manejo de la medicación	<p>Solicitarle interconsulta a clínica del dolor</p> <p>Administración de Tramadol I.V. 100 mg cada 8 hrs.</p> <p>Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales y se debe observar si hay efectos adversos (nauseas, vómitos, sequedad en la boca y estreñimiento).</p>	<p>Realizar una valoración inicial del dolor ayuda a determinar la presencia o antecedente de trastornos respiratorios graves, alergias y posibles interacciones con otros fármacos. Al utilizar un analgésico se busca suprimir el dolor, nada mejor que un medicamento para el dolor, el tipo de medicamento que retarda o interrumpe estas vías de transmisión nerviosa.</p>
Manejo ambiental confort	<p>Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor</p> <p>Evitar ruidos ambientales y disminuir la luz de la habitación</p>	<p>Tramadol: se encuentra en los fármacos del segundo nivel de la escala analgésica, es un opioide débil que tiene acción central y es utilizado para tratar dolores de moderado a intenso, entre sus efectos secundarios es importante resaltar, nauseas, vómito, cefalea, estreñimiento cuando se utiliza de forma prolongada.³⁷</p>

³⁷ Adams M., Holland N., Bostwick P., farmacología para enfermería un enfoque fisiopatológico. 2ª ed. Editorial: Pearson educación, Petrnice Hall.

<p>Manejo de medidas no farmacológicas</p>	<p>Alentar la respiración profunda que le permita no centrarse en el dolor</p> <p>Relajación</p> <p>Masaje</p> <p>Sobre todo en espalda, miembros torácicos, pélvicos y articulaciones.</p> <p>Técnicas de distracción</p> <ul style="list-style-type: none"> -Recomendar al familiar que le lea un libro -Dar buenas noticias de familiares queridos 	<p>Los masajes alivian la ansiedad y el estrés, que afectan sobre todo a lesiones en grupos musculares, articulaciones o sistema circulatorio.</p> <p>Son útiles para mantener relajada mente-cuerpo y centrar su atención en los sentidos apartados de las sensaciones del dolor.³⁸</p>
<p>Evaluación:</p> <p>Disminuyo la intensidad del dolor 6/10 durante el turno sin embargo por las condiciones en las que se encuentra don Silverio no ha podido ser posible disminuirlo más, aun así, comenta que se siente más tranquilo y que espera que este continúe disminuyendo</p>		

³⁸ Reyes Gómez Eva. Fundamentos de Enfermería (ciencia, metodología y tecnología). 2ª ed. Editorial: Manual moderno; 2015.

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración				Fecha			Hora			Servicio				
Exhaustiva				5/01/15			10:00			5° piso Cirugía				
Necesidad Alterada		Fuente de dificultad		Cuidado básico de Enfermería			Nivel de Dependencia		I	PD	D	DT	DP	
Movimiento y postura	y	F.F	F.C	F.V	Ayuda	Acompañamiento	Suplencia							
Datos Objetivos					Datos subjetivos					Datos complementarios				
Edema (++++) La mayor parte del tiempo adopta una sola posición (decúbito dorsal), tiene dificultad para mover por si solo en cama Escala de Barthel persona en dependencia total Karnofsky es de 30 % Requiere de apoyo para moverse Presenta movimientos involuntarios del miembro superior derecho.					Estuvo internado en la terapia intensiva por un mes					Complicaciones quirúrgicas en dos ocasiones 2 meses sin deambular, por continuas complicaciones en la UTI				
Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la movilidad física R/C desuso, deterioro musculo esquelético, disminución de la fuerza muscular, dolor, 2 meses sin deambular M/P dificultad para mover por si solo en cama, requiere de apoyo para moverse, limitación en la amplitud de movimientos, presenta movimientos involuntarios del miembro superior derecho, escala de Barthel persona en dependencia total, Karnofsky es de 30 %.														
Objetivo de la persona: Mejorar la movilidad para evitar complicaciones e irse a su casa														
Resultado esperado Evitar mayores complicaciones en el Sr. Silverio, mantener en movimiento sus extremidades y evitar el deterior por desuso														

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
<p>Movilización</p>	<p>Ejercicios de movilidad pasiva de las articulaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> -percusión o golpeteo rápido sobre una región -golpeteo superficial, rítmico, suave y lento para producir una acción refleja (12 a 15 golpes/min.) con uno o dos manos o los dedos. -Apretar, jalar u oprimir una región con una o ambas manos -Instruir al cuidador para que lo movilice al menos una vez cada hora -Enseñar al paciente autónomo en posición de sentado a movilizarse cada 15 minutos -Fomentar la movilidad y actividades de acuerdo a sus condiciones 	<p>Movilizar a la persona le ayuda a reducir los niveles de presión en zonas de riesgo, ya que la presión mantenida sobre un tejido interrumpe la circulación. Y de esta manera conseguir la máxima comodidad física y emocional para evitarle complicaciones.</p> <p>La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20 mmHg. Toda presión que supere estas cifras disminuye el flujo sanguíneo y puede producir daño isquémico, incluso en menos de dos horas.</p> <p>Son objetivos de la aplicación de ejercicios el desarrollar fuerza, movilidad y equilibrio neuromuscular; mejorar el funcionamiento de sistemas.</p> <p>Percusión: evita o retrasa la atrofia, mejora el metabolismo y resorción del edema.</p> <p>Oprimir: mejora la circulación venosa y linfática, estirar músculos y tendones retraídos y mejorar la tensión muscular.²⁵</p>
<p>Evaluación:</p> <p>Se le realizan los ejercicios y los tolera por lo menos 2 veces en el turno, de igual forma se le da orientación al cuidador primario para que lo continúe haciendo de manera periódica así como los beneficios que se obtendrán.</p>		

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración				Fecha			Hora			Servicio		
Exhaustiva				5/01/15			10:00			5° piso Cirugía		
Necesidad Alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de Enfermería			Nivel de Dependencia	I	PD	D	DT	DP
	Necesidad de descanso y sueño	F.F	F.C	F.V	Ayuda	Acompañamiento						
Datos Objetivos				Datos subjetivos				Datos complementarios				
Enrojecimiento en los ojos Ojeras Irritabilidad por las mañanas Somnolencia				Su esposa comenta que despierta constantemente por las noches e intenta dormir durante el día sin embargo despierta constantemente				Ambiente hospitalario Largo tiempo de hospitalización				
Diagnóstico de Enfermería:												
Insomnio R/C ruido ambiental, dolor EVA 8/10 y malestar general M/P manifestado por enrojecimiento en los ojos, ojeras, irritabilidad por las mañanas, somnolencia, su esposa comenta que despierta constantemente por las noches e intenta dormir durante el día sin embargo despierta constantemente												
Objetivo de la persona:												
Dormir durante su estancia hospitalaria												
Resultado esperado:												
Mejorar las condiciones ambientales y físicas que permitan al Sr. Silverio tener un descanso y sueño reparador.												

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración				Fecha			Hora			Servicio		
Exhaustiva				5/01/15			10:00			5° piso Cirugía		
Necesidad Alterada		Fuente de dificultad		Cuidado básico de Enfermería			Nivel de Dependencia	I	PD	D	DT	DP
Higiene y protección de la piel		F.F	F.C	F.V	Ayuda	Acompañamiento						
Datos Objetivos				Datos subjetivos				Datos complementarios				
Edema (+++) Extravasación de líquido linfático en extremidades superiores Braden puntaje de 11 en riesgo alto de desarrollar úlceras por presión				El Sr. Silverio refiere sensibilidad al roce con las sábanas, en ambas extremidades superiores				Lleva más de 2 meses sin deambular				
Diagnóstico de Enfermería:												
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c estancia prolongada en cama, deterioro de la movilidad física												
Objetivo de la persona:												
Mantener la integridad de la piel y disminuir la aparición de úlceras												
Resultado esperado												
Durante la estancia del Sr. Silverio mantener íntegra la piel y disminuir el riesgo úlceras por presión												

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
Cuidados de la piel	<p>- Se registró el estado de la piel durante su estancia en hospitalización.</p> <p>-Se utiliza una guía de valoración (Braden, Norton)</p> <p>-Se inspecciona la piel en busca prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.</p> <p>-Se vigila estrechamente cualquier zona enrojecida.</p> <p>Actividades para proteger la piel de la humedad</p> <p>-Mantener la ropa de cama limpia, seca, y sin arrugas.</p> <p>-Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, drenaje de heridas.</p> <p>-Humectar la piel seca e intacta.</p> <p>-Aplicar barreras de protección como cremas (óxido de zinc) o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad en este caso en los miembros torácicos se le colocaron pañales desechables absorbentes.</p> <p>Actividades para la redistribución de la presión</p> <p>-Cambiar de posición cada 2 horas, como no toleraba mucho el cambio de posición se hizo lo posible moverlo al menos 2 veces durante el turno.</p> <p>-Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.</p> <p>Actividades para reducir la fricción y cizallamiento</p> <p>-Mantener la ropa de cama limpia y sin arrugas.</p> <p>-Tender la cama dejando holgada la sabana móvil en la zona los dedos de los pies evitando la fricción.</p> <p>-Movilizar cuidadosamente al paciente, evitando la fricción y cizallamiento.</p> <p>-No sobrepasar los 30° en posición decúbito lateral para evitar apoyar el peso sobre el trocánter.</p> <p>-</p>	<p>Mantener una piel integra contribuye a que mantenga sus funciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Regula la temperatura del cuerpo -Almacena agua y grasa -Es un órgano sensorial -Impide la pérdida de agua -Impide el ingreso de bacterias <p>Y reducir al máximo las lesiones por fricción⁴⁰</p> <p>La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP (ulceras por presión) a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud. Por ser una herramienta de evaluación de riesgo con una sensibilidad y especificidad del 74 % y 68 % respectivamente.</p> <p>Las UPP se desarrollan como resultado de una compresión sostenida, la mayoría de veces en prominencias óseas. La compresión aplicada a la piel que sobrepasa la presión arteriolar de 32 mmhg, origina hipoxia, acumulación de productos de degradación metabólica y generación de radicales libres.</p>

⁴⁰Cordero, A. (1997) Biología de la Piel. Estructura y Funciones. Buenos Aires, Argentina: Edit. Panamericana. [consultado 29 septiembre 2017].

	<p>Tenga la Capacidad de reconocimiento de signos tempranos de daño por presión.</p> <p>Proporcionar información verbal y por escrito acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevención de úlceras por presión. Movilización. Control de la humedad. Uso de superficies que alivien la presión. Cuidado de las heridas 	<p>La formación de UPP ocurre más rápidamente ante presiones mayores y el alivio intermitente de la presión previene el daño.⁴¹</p>
<p>Evaluación:</p> <p>Durante el turno se cambió de posición en una ocasión para movilizarlo, se le logro dar un poco de confort, sin embargo, el dolor evita que se le puedan proporcionar más intervenciones para la mejorar la movilización.</p>		

⁴¹ Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015. [consultada 8 Noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

Valoración focalizada

Valores y creencias. Después de la cirugía que se llevó a cabo el día 5 enero 15 por la tarde ,se encuentra con dificultad para expresarse verbalmente, ya que se niega hablar, pero utiliza comunicación no verbal (contacto visual, gestos) y ruidos poco entendibles, en ocasiones difícil de comprender. Su esposa intervine comentado que don Silverio está deprimido y angustiado por que no sabe lo que le está pasando o que fue lo pasó durante la intervención quirúrgica.

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración				Fecha			Hora			Servicio		
Focalizada				6/01/15			10:00			5° piso Cirugía		
Necesidad Alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de Enfermería			Nivel de Dependencia	I	PD	D	DT	DP
	Comunicarse	F.F	F.C	F.V	Ayuda	Acompañamiento						
Datos Objetivos				Datos subjetivos				Datos complementarios				
Se niega a entablar una comunicación y utiliza comunicación no verbal (contacto visual y gestos) Ruidos poco entendibles.				Su esposa refiere que está deprimido y angustiado por no saber su estado de salud actual.				Intervenido quirúrgicamente por cuarta ocasión con evolución tórpida				
Diagnóstico de Enfermería:												
Afrontamiento ineficaz relacionado con crisis situacional (evolución tórpida) manifestado por dificultad para expresarse verbalmente, utiliza comunicación no verbal (contacto visual y gestos), ruidos poco entendibles, negativo a hablar, esposa refiere que está deprimido y angustiado por no saber su estado de salud actual.												
Objetivo de la persona: Mejorar su estado emocional actual.												
Resultado esperado: Que el Sr. Silverio logre superar su crisis actual y mejore su estado emocional.												

Intervenciones	Acciones	Fundamentación
<p>Mejorar la comunicación</p> <p>Disminuir la ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados con las capacidades del habla.(lenguaje) -Monitorizar a los pacientes para detectar la aparición de frustración, ira, depresión, u otras respuestas a la alteración de las capacidades del habla. -Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. -Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades de la persona (situarse frente a él al hablar, solicitar ayuda de la familia para comprender el habla de la persona). -Identificar las conductas emocionales y físicas como formas de comunicación. -Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (letras, imágenes, señales con las manos u otros gestos). -Repetir lo que dice el paciente para asegurar la precisión. -Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. -Animar a la familia a permanecer con la persona, para promover la seguridad y reducir el miedo. 	<p>Entre un 30 y un 50 % de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el personal.</p> <p>El personal de enfermería para lograr su bienestar, debe conocer sus sentimientos y expectativas para que pueda responder ante sus demandas de atención, por lo tanto se espera que se alivie el dolor y proporcione el confort necesario para que el paciente se sienta mejor, que proporcione información veraz, oportuna y en términos comprensibles.^{42, 43}</p>
<p>Evaluación:</p> <p>Solo fue posible entablar una comunicación no verbal poco efectiva, ya que el Sr. Silverio mostraba cierto dificultad para llevarla a cabo, se logró que cuando cerraba los ojos era si y al abrirlos fuese no.</p>		

⁴² Moreno M., M. G y Cols. . Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. Index. Enfermería [en línea]. 2012, vol.21, n.4, pp.185-189. Citado [23 Noviembre 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300002>.

⁴³ Alcañiz M., A.; González Á., M. Comunicación efectiva entre enfermeros y pacientes oncológicos adultos en el ámbito hospitalario.ENE, Revista de Enfermería, [S.l.], v. 11, n. 2, jul. 2017. ISSN 1988-348X. [Consultado 30 oct. 2017]. Disponible en: <<http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/705>>.

9.- PLAN DE ALTA

Nombre: E. Silverio Edad: 40 años Sexo: Masculino

Fecha de ingreso: 3 Enero 2015

Fecha de egreso: 9 Enero 2015

-Mantuvo en espera para que fuese valorado por cuidados paliativos y en conjunto dar el plan de alta. De igual manera se coordinaron con trabajo social para el traslado del paciente ya que es foráneo.

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

Cuidado de la piel

Mantenerla hidratada (cremas como lubriderm, aceite de almendras)

Si presenta extravasación de líquido linfático colocar paños de algodón y cambiarlos constantemente.

Protegerla de cambios bruscos de temperatura (calor, frío)

Al utilizar pañal se debe revisar la zona coccígea y genitales constantemente para evitar la exposición a la humedad.

Aseo matinal diario (lavado de cara, manos, aseo bucal y afeitado).

Baño de esponja (cada tercer día).

Secar perfectamente sobre todo pliegues y genitales

Realizar cambio de ropa interior todos los días

Cambios de posición en cama

Mantener limpias y secas las sabanas

2.- Orientación dietética:

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

-sangrado

-desorientación (tiempo, lugar y espacio)

-dificultad para respirar

4.- Medicamentos indicados:

Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Rescates
Fentanilo	solución inyectable	0.5 mg/10 ml Cada 6 hr.	subcutánea	1 ml en caso de dolor, máximo 4 en 24 hr.
Haloperidol	solución inyectable	5mg/ml 1 ampula Cada 24 hr.	subcutánea	1/2 ampula en caso de agitación, máximo 3 en 24 hrs
Butilhioscina,	solución inyectable	20 mg 1 ampula cada 8 horas	vía subcutánea	No aplica

10.-CONCLUSIÓN

Se puede concluir que el realizar un estudio de caso implica dedicación y esfuerzo ya que desde el momento que se elige a la persona sujeto de cuidado, se adquiere compromiso, con él y con su familia, debido a que el cuidado debe estar dirigido a resolver las necesidades alteradas que se presentan como consecuencia de la patología y el tratamiento.

Durante mi experiencia en la elaboración de este trabajo he podido descubrir y observar que para cuidar a una persona con cáncer es importante desarrollar el humanismo, saber que las personas viven y mueren como un proceso de vida, que el paciente con cáncer sufre este proceso, que los cambios que presenta día con día lo enfrentan constantemente a cambios en su estado de salud, que se ven reflejados en el nuevo síntoma, si comerán nuevamente, si sentirán dolor o sencillamente si vivirán un día más.

Conocer este proceso logra que la enfermera adquiera y mejore sus competencias y habilidades, que le permitirán desarrollar un pensamiento crítico, reflexivo y un cuidado especializado que ayude a intervenir de manera más correcta los procesos, biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que vive la persona como resultado del cáncer.

11. SUGERENCIAS

-Las enfermeras debemos utilizar el proceso de enfermería, las teorías y los modelos como una herramienta que permita guiar el cuidado de las personas.

-Las personas son seres vivos que requieren cuidado durante los procesos de enfermedad, las enfermeras y enfermeros somos los profesionales que debemos proporcionar estos cuidados, para brindar bienestar y confort a estas personas, por lo que debemos desarrollar el humanismo como una cualidad propia del ser humano.

-Desarrollar este tipo de trabajos permite a la enfermera mejorar sus conocimientos, estudiar la especialidad brinda conocimientos, por lo que algo que deberíamos realizar constantemente las enfermeras es el hábito de estudio, y exhortar a promover la investigación y publicación de nuestro cuidado profesional.

12. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Orozco H. G., García G. W. (2004) “Conocimiento que posee el personal de enfermería en la atención de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA en los centros de salud”. Carlos Rugama y Pedro Altamirano Managua Universidad Politécnica de Nicaragua enero – mayo 2004. pág. Web en http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/PDF/msc_sida.pdf
- 2.- Hernández Conesa, J.M.; Moral de Calatrava, P.; Esteban Albert, M. (2003) “El método de intervención en enfermería: el proceso de enfermería”. Capítulo, en fundamentos de enfermería. Teoría y método. 2ª ed. España. Editorial: McGrawHil/interamericana de Pp.147-161.
- 3.- Alfaro-LeFevre A. Aplicación del proceso enfermero: fundamento del razonamiento clínico. 8ª ed. Barcelona: Editorial; Wolters Kluwer. 2014.
- 4.- Sociedad española de Enfermería Oncológica. “Estatutos”. Disponible en: <https://www.seeo.org/la-sociedad/>
- 5.- Granados G. M., Herrera G. Á. Manual de Oncología Procedimientos médico quirúrgicos. 4ª ed. México: Editorial Mc Graw Hill; 2010.
- 6.- Dennis A. Casciato, Mary C. Territo. Manual de oncología clínica. Séptima edición. Los Ángeles California. Editorial Wolters Kluwer.2015.
- 7.- Balan G, Franco M, Herrera R. Antología: Teorías y modelos de enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado. 2ª ed. México, D.F: ENEO-UNAM; 2011.
- 8.- Kozier RN B., Erb G., Blais K. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª ed. Miami, Florida. Editorial: McGraw-Hill- interamericana.
- 9.- Marrier Ann. Proceso de atención de enfermería un enfoque científico. 2ª ed. Editorial: El manual moderno; 1983. pág. 18-19.

10.- López M. J.J. Proceso atención de Enfermería aplicado a una persona con alteración de la oxigenación, con base en el modelo de Virginia Henderson [tesis para obtener título de licenciado]. Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México.

11.- Drake L. R., Vogl W., Mitchell M. W. A. Anatomía para estudiantes Gray. 1ª ed. España. Editorial: ELSEVIER, 2007.

12.- Navarro A; Anatomía quirúrgica del estómago y duodeno. Cirugía Digestiva, F. Galindo, www.sacd.org.ar, 2009; II-200, pág. 1-22

13.- Nuñez T. L.A. Expresión de HER 2 NEU y su relación clínico patológica en pacientes con adenocarcinoma gástrico en el Hospital General de México; [tesis para obtener grado de cirujano oncólogo]. Universidad Nacional Autónoma de México. Consultado [22 mayo 2017].

14.- Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. [Consultado 20 Septiembre 2017] Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.

15.- Actis M. A; Outomuro; Aparato Digestivo, Obesidad y Cáncer. Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30-1: 55-59. Citado [24/febrero/2018]. Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v30n1/a09v30n1>

16.- Martínez G. Ma. G. Epidemiología y tipos histológicos de adenocarcinoma gástrico en el Hospital Juárez de México, tesis para obtener el título de especialista en gastroenterología. UNAM 2008-2012 citado [22 mayo 2017].

17.- Hernán E. R., Navarrete S. J. Clasificación de los Adenocarcinomas de estómago. Perú 2003; 23: 199-122. Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v23n3/a06v23n3>. Citado 25/febrero/18. Citado 25/febrero/18. Disponible: <http://www.sacd.org.ar/dveintitres.pdf>

18.- Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental Fuente: National Institutes of Health. Centro de Documentación de Bioética de la Universidad de Navarra. 18 de abril de 1979 Comprobado el 16 de abril de 2003.

Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html>.

19.- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Disponible en: www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf

- 20.- Comisión Nacional de los Derechos Humanos
- 21.- González B. V. Tecnología aplicada en el manejo de secreciones bronquiales. Manuales SECUR fundamentos de ventilación mecánica no invasiva
- 22.- Pruitt Bill y Cols. Eliminación de las secreciones pulmonares. Nursing 2006, junio julio
- 23.- Rosales S. Fundamentos de enfermería. 2ª ed. Editorial: Manual moderno.
- 24.-Adams M., Holland N., Bostwick P., farmacología para enfermería un enfoque fisiopatológico. Segunda edición. Editorial Pearson educación, Petrntrice Hall. Pág. 223.
- 25.- Reyes G. E. Fundamentos de Enfermería (ciencia, metodología y tecnología). 2ª ed. Editorial: Manual moderno
- 26.- Carrillo M. P. y cols. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. a División de Rehabilitación Neurológica. Instituto Nacional de Rehabilitación. México, DF. Vol. 56, N.o 4. Julio-Agosto 2013. [Consultado 29 Septiembre 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf>.
- 27.- Cordero, A. (1997) Biología de la Piel. Estructura y Funciones. Buenos Aires, Argentina: Edit. Panamericana. [Consultado 29 septiembre 2017].
- 28.-Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015. [Consultado 8 Noviembre 2017].Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>.
- 29.- MORENO M., M. G y Cols. . Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. Index. Enfermería [en línea]. 2012, vol.21, n.4, pp.185-189. Citado [23 Noviembre 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300002>.
- 30.- Alcañiz M., A.; González Á., M. Comunicación efectiva entre enfermeros y pacientes oncológicos adultos en el ámbito hospitalario. ENE, Revista de Enfermería, [S.I.], v. 11, n. 2, jul. 2017. ISSN 1988-348X. [Consultado 30 oct. 2017]. Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/705>.

13. ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
POSGRADO DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

**FORMATO DE VALORACIÓN EXHAUSTIVA BASADO EN LA FILOSOFÍA
CONCEPTUAL DE VIRGINA HENDERSON**

1.- FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre:

Edad: _____ Sexo: _____ Religión: _____ Estado
Civil: _____

Ocupación: _____ Grado Académico:

Lugar de Procedencia:

Domicilio:

Teléfono: _____ Tipo De
Sangre: _____

Diagnostico:

Servicio: _____ No. Cama: _____ No. expediente:

Fecha de Ingreso: _____ Peso: _____

Talla: _____

Fecha de La Entrevista: _____

2.- HISTORIA CLINICA

AHF:

Enfermedades Crónico-Degenerativas:

Patología	Parentesco	Edad	Ocupación

APP:

Cirugías:

_____ Fracturas: _____

Transfusiones: _____

Alergias: _____

ANP:

Características de la vivienda.

Propia _____ Rentada: _____ ¿Cuántas personas habitan en su domicilio? _____

Piso firme: ___ Piso de tierra: ___ Techo de lámina: ___ Techo de concreto: ___

Servicios urbanos: _____

Zoonosis positiva: ___ Negativa: _____

Inmunizaciones: _____ completas _____ incompletas

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Menarca _____ Telarca _____ I.V.S.A _____ Num. Parejas _____

Gestas _____ paras _____ Cesáreas _____ Abortos _____

F.U.M _____

Método anticonceptivos _____

Ultima Citología Vaginal _____ Inicio de menopausia _____

ANTECEDENTES UROLÓGICOS

Pubarca _____ I.V.S.A _____ Num. Parejas _____

Método anticonceptivos _____

Antígeno Prostático _____ Tacto rectal _____

1.- NECESIDAD OXIGENACIÓN

Signos Vitales

Frecuencia respiratoria por minuto: _____ Frecuencia cardiaca por minuto: _____

Saturación de oxígeno: _____

Características de la respiración

Presenta respiración torácica _____ abdominal _____

Tipo de respiración que presenta:

Eupnea _____ Polipnea _____
Bradipnea _____ Apnea _____
Taquipnea _____ Hipernea _____ Cheyne Stokes _____
Kussmaul _____ Biot _____

Movimientos respiratorios amplexion y amplexacion:

coordinados _____ profundos _____ rítmicos _____

¿Utiliza los músculos accesorios? Si _____ No _____ Cuales: _____

¿Hay presencia de estertores? Si _____ No _____ Cuales: _____

¿Hay presencia de sibilancias? Sí _____ No _____

¿Hay presencia de tos? Si _____ No _____
Aguda _____ Crónica _____ seca _____ Productiva _____
Emetizante _____ Espasmódica _____ Sibilante _____ Nocturna _____

¿Hay presencia de secreciones? Si _____ No _____ Desde cuándo: _____
Características de las secreciones: Amarillentas _____ Verduscas _____
Purulentas _____

¿Se encuentra con apoyo de oxígeno? Si _____ No _____

¿Qué tipo de dispositivo utiliza?

Puntas nasales _____ Mascarilla _____ Mascarilla con
reservorio _____ Nebulizador _____

Presencia de cianosis Si _____ No _____ Donde: _____

¿Sabe si usted ronca? Si _____ No _____ Desde cuándo: _____

Factores De Riesgo

¿Es fumador? Si _____ No _____ Desde cuándo: _____

Numero de cigarrillos que fuma por día: _____

¿Es fumador pasivo? Si _____ No _____ Desde cuando: _____

¿Vive cerca de alguna fábrica? Si _____ No _____ De que tipo:

¿Esta en contacto con humo de chimeneas, humo de fogatas, humo de anafres, etc? Si _____ No _____ Cual: _____ Desde cuando:

¿Al realizar alguna actividad siente que le hace falta el aire? Si _____ No _____
Cual: _____ Desde cuándo:

Observaciones: _____

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Perímetro abdominal: _____ Superficie corporal: _____

¿Qué tipo de dieta recibe? _____

Apetito: Si ___ No ___ Saciedad: Si ___ No ___ Causa: _____

¿Cuántas comidas al día tiene? _____

Horario de comidas: Mañana _____ Tarde: _____ Noche: _____

¿Qué tipo de alimentos consume habitualmente?

¿Alimento preferidos?: Verduras _____ Carnes _____

Pescado _____ Frutas _____

¿Dónde acostumbra a comer habitualmente?

¿Come acompañado?: Si _____ No _____

¿Es usted alérgico algún alimento? Si ___ No ___

¿Cuál? _____

¿Cantidad de sólidos al día?: Mucho _____ Normal _____ Escaso _____

¿Alimentos no deseados? _____

Digestión: Ligera _____ Lenta _____ Pesada _____

Alimentos indigestos: _____

¿Su nivel económico influye en el tipo de alimentación que consume? _____

¿Toma agua?: Si ___ No ___ ¿Cantidad al día? _____

Toma líquidos entre comidas: Si _____ No _____ Tipo y Cantidad: _____

Usted sabe que debe de tener una buena dieta balanceada? Si _____ No _____

¿Tiene algún trastorno digestivo? Si _____ No _____ Cual: _____

Vómitos: Si _____ No _____ N° de veces: _____ Cantidad: _____

Contenido: _____

Estado de la cavidad bucal

Coloración de la mucosa oral: _____ Encías: _____

Usa prótesis dentales: Si ___ No ___

¿Cuenta con heridas en cavidad oral?: Si ___ No ___

Características: _____

¿Tiene algún problema de masticación o deglución? _____

Masticación: Lenta _____ Rápida _____

¿Cuenta con antecedentes diabético?: Si ___ No ___

Apoyo nutricional

Nutrición Enteral: Bolo _____ Continua _____ Intermitente: _____

NPT: Vol. Total _____ Periférica _____ Central _____

Observaciones: _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Eliminación Urinaria

Numero diuresis por día: _____ Volumen: _____ Color _____

Olor _____ Hematuria _____ Anuria _____ Oliguria _____

Poliuria _____ Polaquiuria _____ Disuria _____ Nicturia _____ Tenesmo _____

Incontinencia _____

Retención de líquidos _____ Edema _____

Suplencia total: si ___ no _____ Sonda vesical _____ D.

Peritoneal _____

Dolor: _____ EVA _____ Localización _____ Tipo _____

Frecuencia _____ Duración _____ Labstix: no ___ si ___

Eliminación Intestinal

Deposiciones al día: _____ Semiformada _____ Pastosa _____

Coprolito _____ Líquida _____ Acolia _____ Melena _____ Mucoide _____ Sangre

fresca _____ fétida _____

Estreñimiento: no ___ si ___ Diarrea _____

Incontinencia _____

¿Existe alguna causa que dificulte la evacuación? _____

¿Tiene algún habito que favorezca la eliminación? _____

Otros patrones de eliminación

Diaforesis _____ Vómito _____

Presencia de sangrado: Si ___ No ___ ¿A que nivel? _____

Presencia de drenajes Si ___ No ___ ¿A que nivel? _____

Observaciones: _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Posición en la que se encuentra el paciente a la exploración y/o la entrevista: _____

El paciente esta integro físicamente: _____

Presenta algún problema de la deambulación o moverse. No ___ Si ___

¿Cuál? _____

Utiliza algún dispositivo para desplazarse ó moverse: No ___ Si ___

¿Cuál?: _____

Presenta algún signo o síntoma de este tipo que influya en su movimiento:

Dolor óseo _____ Dolor muscular _____ Dolor articular _____

Presenta algún tipo de debilidad muscular: No _____ Si _____

Región del corporal: _____

Tipo de marcha que presenta: _____

Actitud del paciente: Excelente: ___ Buena: ___ Pobre ___ Mala ___

¿Presenta edema?: No ___ Si ___ ¿A qué? Nivel _____

Observaciones: _____

Estado de conciencia del paciente: (Valorar la escala de Glasgow)

Respuesta ocular.	
Espontánea.	4
A estímulos verbales.	3
Al dolor.	2
Ausencia de respuesta.	1
Respuesta verbal.	
Orientado.	5
Desorientado/confuso.	4
Incoherente.	3
Sonidos incomprensibles.	2
Ausencia de respuesta.	1
Respuesta motora.	
Obedece órdenes.	6
Localiza el dolor.	5
Retirada al dolor.	4
Flexión normal.	3
Extensión normal.	2
Ausencia de respuesta.	1

RESULTADOS: _____	
Si EGC: 15	Consciente.
Si EGC: 13-14	Estupor ligero.
Si EGC: 11-12	Estupor moderado.
Si EGC: 9-10	Estupor profundo.
Si EGC: 7-8	Coma superficial.
Si EGC: 5-6	Coma moderado
Si EGC: 3-4	Coma profundo.

ESCALA DE ACTIVIDAD (ECOG)

Estado de Actividad de la escala ECOG

0	-	Completamente activo, capaz de realizar toda actividad previa a la enfermedad sin restricciones.
1	-	Restringido en la actividad física enérgica, pero está en régimen ambulatorio y es capaz de realizar el trabajo de naturaleza ligera o sedentaria (como trabajo de la casa ligero, o trabajo de oficina).
2	-	En régimen ambulatorio y capaz de cuidar de sí mismo, pero incapaz de realizar ninguna actividad de trabajo. Tiene que quedarse encamado durante < 50% de las horas de vigilia.
3	-	Capacidad limitada de cuidar de sí mismo, confinado a la cama o una silla durante más del 50% de las horas de vigilia.
4	-	Totalmente incapaz. No puede cuidar de sí mismo. Totalmente confinado a la cama o una silla.
5	-	Muerto.

Estado de Actividad de Karnofsky

100%	-	Normal; sin quejas; sin evidencias de enfermedad.
90%	-	Capaz de realizar las actividades normales; signos o síntomas sin importancia de la enfermedad.
80%	-	Actividad normal con esfuerzo; algunos signos o síntomas de la enfermedad.
70%	-	Se cuida de sí mismo, incapaz de realizar actividades normales o de realizar un trabajo activo.
60%	-	Necesita asistencia ocasional, pero es capaz de cuidarse de la mayoría de necesidades personales.
50%	-	Necesita asistencia considerable y cuidado médico frecuente.
40%	-	Incapacitado gravemente; hospitalización indicada ;aunque la muerte no sea inminente .
30%	-	Incapacitado gravemente; hospitalización necesaria; necesita tratamiento de soporte activo.
20%	-	Muy enfermo; hospitalización necesaria; necesita tratamiento de soporte activo .
10%	-	Moribundo, proceso mortal progresando rápidamente.
0%	-	Muerto.

Correlación entre ambas:

5.- NECESIDAD DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme por la noche? _____

¿Tiene alguna costumbre para dormir? Si _____ No _____

¿Cuál? _____

¿Acostumbra a tomar siestas? Si _____ No _____ ¿Desde cuando? _____

¿Siente que descanso lo suficiente al levantarse? Si _____ No _____

¿Porque? _____

¿Qué factores influyen en la conciliación del sueño?

¿Las actividades hospitalarias interrumpen/perturban su sueño? Si _____

No _____ ¿Cuál? _____ ¿Por qué?

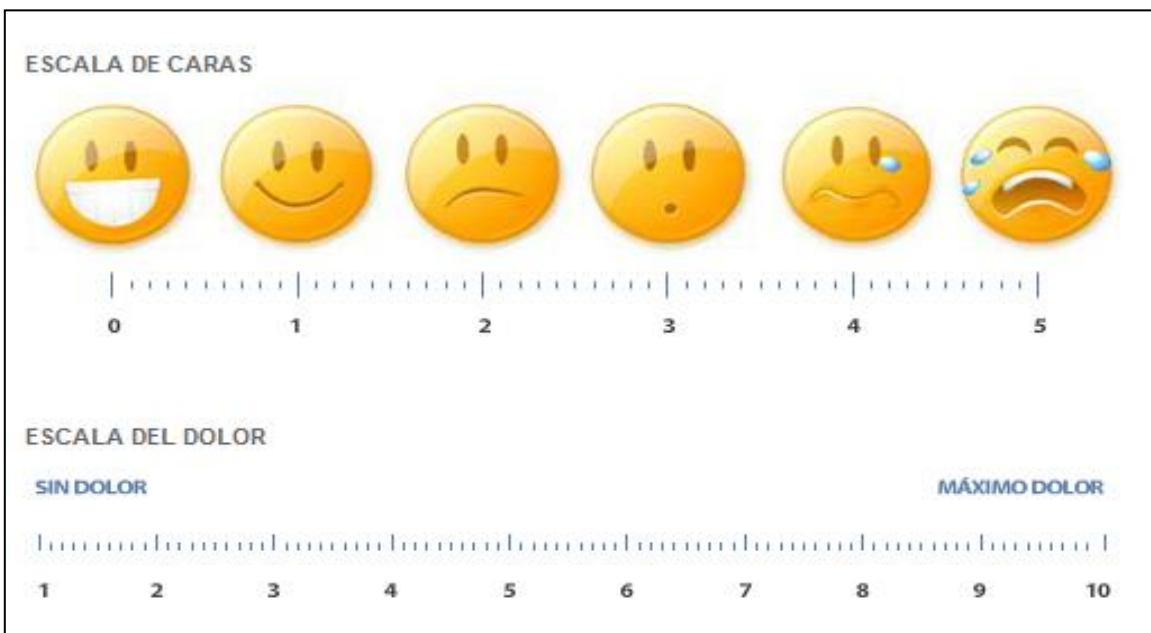
¿Padece algún trastorno del sueño? Si _____ No _____
¿Cuál? _____ ¿Desde cuando? _____

¿Toma algún medicamento para dormir? Si _____ No _____
¿Cuál? _____ ¿Desde cuando? _____

¿Tiene algún dolor que le impida descansar? Si _____ No _____
Tipo _____ tiempo _____ localizado _____ generalizado _____
focalizado _____ irradia _____

EVA: ____/____

¿Toma analgésicos? Si _____ No _____
¿Cuál? _____ ¿Tiempo que lleva tomando estos analgésicos? _____



Observaciones: _____

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

¿Cuál es el tipo de ropa que le gusta vestir?

¿Considera que usa la ropa adecuada a su circunstancia hospitalaria?
Si _____ No _____

¿Su forma de vestir se ha visto afectada por su tratamiento? Si _____
No _____

¿Por qué?

¿Necesita de la ayuda de algún familiar o cuidador para vestirse? Si _____
No _____

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Edad _____ Peso _____ Talla _____ IMC _____ Estado de conciencia _____

Temperatura: axilar _____ anal _____ bucal _____

Frecuencia respiratoria por minuto: _____

Frecuencia cardiaca por minuto: _____

Temperatura ambiental: _____

¿Presenta CVC? Si _____ No _____ Tipo _____ Ubicación anatómica _____

¿Ultima fecha de curación de CVC? _____

Presencia de enfermedades agregadas: Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

Microorganismo patológico: virus _____ bacterias _____ parásitos _____
hongos _____

Tipo de fiebre que presenta: intermitente _____ remitente _____
reincidente _____

Constante _____

¿Hay presencia de aire acondicionado? Si _____ No _____

¿Hay presencia de ventanas? Si _____ No _____

¿Hay presencia de corrientes de aire? Si _____ No _____

¿Realiza alguna actividad física? Si _____ No _____

¿Cuál? _____

Presenta signos y síntomas de: fatiga _____ Debilidad _____ Confusión _____
Apatía _____ Alteraciones en el habla _____ ataxia _____

cianosis _____ Sensación de frío _____ Debilidad _____ Mareo _____

_____ Diaforesis _____ Falta de Aire _____ Confusión _____

Anorexia _____ Ruboración _____

Dolor de cabeza _____ Escalofríos _____ Ojos llorosos _____

Sensación de calor _____

Observaciones: _____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

¿Con _____ que _____ frecuencia _____ se
baña? _____

¿El cambio de ropa es? Parcial _____ Total _____

¿En _____ qué _____ momentos _____ lava _____ sus
manos? _____

¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies _____ manos _____

Frecuencia cepillado de dientes _____ ¿Utiliza hilo dental? No ___ Si ___

¿Utiliza prótesis dental? No ___ Si ___ ¿Cada cuando las asea? _____

¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? No ___ Si ___

¿Por

qué? _____

Valoración de la piel

Turgencia: conservada _____ disminuida _____ ausente _____

Elasticidad: si ___ no ___ signo de lienzo húmedo _____

Temperatura: _____ humedad: si ___ no ___

Palidez: Si _____ No _____

Región _____

Ictericia: Si _____ No _____

Región _____

Cianosis Si ___ No _____

Región _____

Lesiones

Mácula ___ Mancha ___ Pápula ___ Placa ___ Roncha ___ Nódulo ___ Tumor

___ Vesículas ___ Ampolla ___ Pústula ___ Escama ___ Costra ___

Liquenificación ___ Cicatriz ___ Queloides ___ Excoriación ___ Fisura ___ Úlcera

___ Erosión ___ Atrofia ___

Patrones de disposición

Anular (anillos) _____ Agrupada _____ Lineal _____ Arciforme (en arco)

Tamaño _____ Forma _____ Color _____

Textura _____ Elevación ó depresión _____

Exudados

Color _____ Olor _____ Cantidad _____ Consistencia

Cabello

Fino ___ Grueso ___ Rizado ___ Liso ___ Brillante ___ Suave ___ Resistente ___

Flexible ___ Sequedad ___ Fragilidad ___

Uñas

Color _____ Longitud _____ Configuración _____

Simetría _____ Limpieza _____

Mucosas

Cianosis ___ Ictericia ___ Lesiones ___ Mucositis ___ Estomatitis ___

Observaciones: _____

Escala de Norton

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
Bueno 4 Buen estado nutricional e hidratación	Alerta 4	Ambulante 4	Plena 4	Ausencia 4
Débil 3 Aspecto seco de piel Relleno capilar lento	Apático 3 Órdenes sencillas Mal Orientados	Necesita ayuda 3	Disminuida 3 Requiere ayuda	Ocasional 3
Malo 2 Ligera deshidratación y edematización. + Lengua pastosa	Confuso 2 Dormidos	Sentado 2	Muy limitada 2	Urinaria o fecal 2 Falla uno de los dos esfínteres
Muy malo 1 Deshidratación y desnutrición	Estupor/coma 1 No respuestas Respuesta al dolor	Encamado 1	Inmóvil 1	Fecal y urinaria 1 Fallan los dos
VALORACIÓN	Los valores van desde 4 - 20: 5/11, riesgo elevado; 12/14, existe riesgo; 15/20, riesgo mínimo			
RESULTADO				

9. NECESIDAD PELIGROS PARA LA VIDA

Movilización Autónoma: _____ Asistida: _____ Caídas previas: Si _____ No _____ Edad: _____

Estado de conciencia: _____ Discapacidades: Si _____ No _____

Alteraciones motoras: _____

Sensitivas: _____

Uso de medicamentos que producen alteración del estado de conciencia: Si _____ No _____

Cual: _____ Desde
cuándo: _____
Presenta déficit visual: Si _____ No _____
¿Cuál? _____
¿Utiliza apoyo visual? Si _____ No _____
¿Cuál? _____
Presenta problemas de audición: Si _____ No _____
¿Cuál? _____
¿Utiliza apoyo para la audición? Si _____ No _____ ¿Cuál?

Observaciones: _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Con quien (es) vive?

¿Cuántos miembros integran su familia?

¿Con que miembro de su familia se relaciona mejor?

Tiene alguna alteración de los sentidos que impida su comunicación?
Si _____ No _____ Cual:

¿Tiene alguna afectación verbal?
Si _____ No _____ Cual:

¿Que idioma/ dialecto
domina? _____

¿Cómo se considera usted de carácter? Optimista __ Pesimista__ Realista __
Introvertido _ Extrovertido __ Otro ____

¿Como se considera usted? Sociable __ Poco sociable __ Aislado(a) __ Muy
sociable__

¿Tiene alguna dificultad para expresar sus sentimientos?
Si ___ No _____ ¿Por qué?

¿Como es la relación con su familia? buena _____ mala

¿Que rol desempeña en su familia?

¿Comunica usted problemas debido a enfermedad /estado?
Si _____ No _____ Porque:

¿Con cuanta frecuencia tiene contacto social?
 ¿Tiene pareja sentimental actual? Si___ no ___ ¿tiene vida sexual activa?
 Si___ No ___
 ¿A que edad inicio su vida sexual?_____ ¿Utiliza algún método anticonceptivo?
 Si___ No___ ¿cuál?_____ ¿Las relaciones sexuales son
 satisfactorias? Si___ No___
 ¿Presenta algún cambio o problema en su sexualidad debido a su padecimiento
 actual?
 Si___ No ___
 ¿Cuál?_____

Observaciones:

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

¿Práctica alguna religión o creencia? Si___ No___
 ¿Cual?_____
 ¿La religión es importante en su familia y su vida? Si___ No___
 ¿Su religión le ayuda en las dificultades? Si___ No ___
 ¿Cómo?_____
 ¿Práctica algunas costumbres o ritos? Si___ No___
 ¿Cuales?_____
 ¿En la actualidad puede practicarlos sin ninguna dificultad? Si___ No ___
 ¿Qué valores considera importantes para su
 vida?_____
 ¿Se han modificado estos valores por su situación actual? Si___ No___
 ¿Qué sentimientos le provoca su situación
 actual?_____
 ¿Interfiere su religión o creencia con su
 tratamiento?_____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Trabaja Si___ No___ ¿A que se dedica? _____Horario de
 Trabajo_____
 ¿Qué esfuerzos implica su trabajo? Físico _____Mental
 _____Ninguno_____
 ¿Corre riesgos en su trabajo? Si ___No
 ___Tipo_____
 ¿Cómo se siente actualmente en su trabajo? Satisfecho
 _____Insatisfecho_____
 La remuneración cubre sus necesidades básicas Si ___No___

Conflictos familiares o sociales por rol profesional No ___ Si ___

Modificaciones del rol respecto a situación actual No ___ Si ___

¿El estado actual de salud ha influido en su trabajo? No ___ Si ___ ¿Como?

¿Quién _____ lo _____ apoya
económicamente? _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

¿Realiza alguna actividad recreativa? Si ___ No ___ Cual:

¿Cuanto tiempo dedica a esta
actividad? _____

¿Pertenece algún grupo de
apoyo? _____

Si ___ No ___

¿Cuál? _____

Circunstancias que influyen en su entretenimiento

_____ En su comunidad existen recursos que
favorezcan su actividad recreativa _____

Si ___ No ___ ¿Cuales?

Recursos que utiliza para mantener la actividad
recreativa. _____

¿Conoce y utiliza medidas para favorecer su
autorrealización? _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

¿Sabe leer y
escribir? _____

¿Hasta qué año escolar
curso? _____

¿Tiene algunos
hábitos? _____

Presenta alguna dificultad para: Comprender ___ Aprender ___ Concentrarse ___
Escritura ___

¿Actualmente le gustaría aprender algo? No ___ Si ___ ¿Cómo
qué? _____