



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN
EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

**ESTUDIO DE CASO REALIZADO A UNA MUJER ADULTA JOVEN, CON CÁNCER DE
PÁNCREAS AVANZADO, APLICANDO EL ENFOQUE DE LA FILOSOFÍA
CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON**

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

P R E S E N T A

LIC. CLAUDIA YAZMÍN STECK CORTÉS

ASESOR: E.E.O. MARTHA PATRICIA VARGAS ÁLVAREZ



MEXICO D.F.

Octubre del 2015.



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.

**ESTUDIO DE CASO REALIZADO A UNA MUJER ADULTA JOVEN, CON CÁNCER DE
PÁNCREAS AVANZADO, APLICANDO EL ENFOQUE DE LA FILOSOFÍA
CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON**

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A mis padres, a mis hermanos, al hermoso nacimiento de mis primeras dos sobrinitas en el transcurso de la especialidad, el amor y la familia crece, y a mi esposo Carlo. A todos ellos por su gran apoyo en esta gran experiencia, por su tolerancia, amabilidad comprensión cariño, y alentándome siempre a continuar con este bonito reto, este hermoso viaje, y por estar ahí siempre tan incondicionalmente presentes... Y a ti Carlo por caminar siempre a lado mío, ayudándome a no caer en momentos difíciles.

A mi coordinador: Lic. Francisco Rogelio Rodríguez Díaz, a mi tutora de estudio de caso: E.E.O. Martha Patricia Vargas Álvarez, a la Lic. Emma Ávila García, al Lic. Alberto Domínguez Aliphath, al departamento de enseñanza e investigación del Instituto Nacional de Cancerología, a mis maestros, todos y cada uno, también a mis compañeros, colegas, más bien amigos y familia de especialidad con quienes compartimos tanto, como si fuese nuestra segunda casa, nuestra segunda familia, y con quienes compartimos ricos conocimientos experiencias y excelentes amistades que perdurarán por toda la vida.

Agradecimiento y reconocimiento especial la familia de Nancy, a quienes le debo mi más grande admiración y quienes siempre mostraron y brindaron gran apoyo a la realización de este estudio de caso, y quienes siempre a un lado de Nancy, demostraron que ante las situaciones difíciles se puede permanecer la familia siempre unida y apoyándose unos a otros, conservando el verdadero significado y valor de LA FAMILIA.

Dedicado a Nancy, por haber sido esa persona tan especial, tan fuerte con mirada desafiante, quien nos ha demostrado que a pesar del pronóstico adverso se puede seguir luchando hasta el final y el final no se decide en el equipo de salud, siempre con una sonrisa, con esa mirada tan profunda que no necesita palabras, y quien nos enseñó tanto acerca del amor a la vida, de la lucha continua, dedicado a Nancy, quien pese al dolor físico y emocional, siempre tuvo una grande y hermosa sonrisa para dar.

DESCANCE EN PAZ. NANCY.

NUESTRO SUEÑO

En oncología tenemos un sueño... Nuestro sueño, no es un sueño cualquiera... Nuestro sueño es un mundo donde no exista el dinero, donde sólo haya amor. Un lugar donde el cáncer se atiende con el corazón y todo se hace con amor, nuestro sueño no es un mundo libre de cáncer, eso sería una ilusión, una falacia, nuestro sueño, es un mundo donde cada persona sea diagnosticada tempranamente, donde para cada persona exista un tratamiento adecuado, que funcione y donde cada persona tenga calidad de vida y viva con amor, nuestro sueño no es un mundo sin cáncer, nuestro sueño, es un mundo donde cada persona con cáncer sea tratada tempranamente, pero sobretodo, cálidamente. Nuestro sueño es que no exista el dinero como límite para el tratamiento adecuado, nuestro sueño es que no exista el dinero (aunque esa es otra falacia). Nuestro sueño es que todos vivamos de amor, dando amor, y que el cáncer se cure con amor... Nuestro sueño es que cada persona luche y no se dé por vencida, luche por vivir, o luche por morir dignamente. Lo que cada quien decida. Pero sobretodo que lo haga con aceptación. Nuestro sueño es que las personas más sanas no les tengan lástima a las personas con cáncer y que los enfermeros y enfermeras no les tengan miedo a los enfermos de cáncer, que se deje de creer que cáncer es igual a muerte, mi sueño es convencer que se puede hacer mucho más que sólo esperar una muerte inminente y cruel. Se puede hacer mucho más que sólo extirpar un tumor, administrar y vigilar los efectos de una quimioterapia, se puede hacer mucho más que sólo aplicar y esperar a efectos de radioterapia. Porque casualmente el cáncer lo padecen personas y no sólo afecta órganos, nuestro sueño es un mundo donde no se le tenga miedo a los hospitales ni a la atención médica. Donde todos hagamos nuestro trabajo con amor, con el corazón y no por obligación, porque lo que cuidamos son personas... con cáncer. Las personas piensan que para ser médico, para ser enfermera hay que ser fríos. El personal oncólogo debe ser todo menos frío. Criminalistas, forenses legales, ellos podrían ser fríos, tratan con personas sin vida, las personas sienten, aunque tengan cáncer, no se está muerto en vida, merecen ser tratadas con dignidad calidez y amor. Cáncer no es igual a muerte, es igual a persona y no siempre esta muriendo. Queremos un mundo donde el significado de cáncer no sea muerte, nuestro sueño es un mundo donde el cáncer signifique esperanza, donde cáncer sea curado con amor, con quimioterapia radioterapia cirugía y lo mejor que hay en el mundo, amor risas y cosquillas y canciones. Ya que el cáncer no termina en los hospitales, no acaba en la derrota de la enfermedad, los miedos no se extirpan, se vencen, la vida no se reconstruye, se afronta, el cáncer no caduca, el cáncer no se esconde, el cáncer se supera, solo cuando estemos francamente convencidos, solo entonces habremos ganado el desafío. Nuestro sueño es que no exista el dinero, Nuestro sueño es que el cáncer signifique esperanza y se trate con todo aunque no siempre se logre curar pero que se trate con respeto pasión entrega y mucho amor.

Claudia Yazmín Steck Cortés

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	8
II.	OBJETIVOS	11
III.	FUNDAMENTACIÓN	
	3.1 ANTECEDENTES.....	12
IV.	MARCO CONCEPTUAL	
	4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA	14
	4.2 PATRONES DE CONOCIMIENTO	17
	4.3 PARADIGMAS	21
	4.4 TEORÍA DE LA ENFERMERÍA	25
	4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA	31
V.	MARCO REFERENCIAL:	
	5.1 ANATOMÍA	36
	5.2 HISTOLOGÍA	43
	5.3 FISILOGÍA	45
	5.4 EPIDEMIOLOGÍA	52
	5.5 FACTORES DE RIESGO	55
	5.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	56
	5.7 VÍAS DE DISEMINACIÓN	57
	5.8 DIAGNÓSTICO	58
	5.9 FACTORES PRONÓSTICOS	60
	5.10 ESTADIFICACIÓN	61
	5.11 TRATAMIENTO	62
	5.12 CUIDADOS PALIATIVOS	66

VI. METODOLOGÍA

6.1	<i>ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN</i>	69
6.2	<i>SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN</i>	70
6.3	<i>CONSIDERACIONES ÉTICAS</i>	71

VII. PRESENTACIÓN DEL CASO

7.1	<i>DESCRIPCIÓN DEL CASO</i>	78
7.2	<i>ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA</i>	82

VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

8.1	<i>VALORACIÓN EXHAUSTIVA</i>	83
	8.1.1 <i>EVITAR PELIGROS PARA LA SALUD</i>	87
	8.1.2 <i>HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL</i>	91
	8.1.3 <i>TERMORREGULACIÓN</i>	96
8.2	<i>VALORACIÓN FOCALIZADA</i>	99
	8.2.1 <i>COMUNICACIÓN</i>	99
	8.2.2 <i>MOV. Y MANTENER BUENA POSTURA</i>	102
	8.2.3 <i>EVITAR PELIGROS PARA LA SALUD</i>	105
	8.2.4 <i>VIVIR BAJO CREENCIAS Y VALORES</i>	109
	8.2.5 <i>MOV. Y MANTENER BUENA POSTURA</i>	113



IX. PLAN DE ALTA 116

X. SEGUIMIENTO 118

XI. CONCLUSIONES 120

XII. SUGERENCIAS 122

XIII. ANEXOS 125

XIV. BIBLIOGRAFÍA 152

I. INTRODUCCIÓN:

Tan lejos como podamos remontarnos en la historia de nuestra profesión; la enfermera, siempre se ha caracterizado como la persona que ayuda a las personas de su entorno a curar sus heridas, cuidar en las enfermedades, educar para la salud, cuidando igual en la salud, como en la enfermedad. Es decir, que la profesión de enfermería está por naturaleza orientada a la asistencia de aquellos que tienen necesidad de cuidados, enseñanza e incluye también una búsqueda de conocimientos. El sistema de creencias y la comprensión de la enfermería, determinan la forma de pensar sobre un fenómeno o situación, y la forma de pensar define en gran medida la manera de actuar. Como la enfermería profesional puede definirse como un proceso de acciones que tienen el propósito de cuidado por parte de la enfermera y hacia la persona, la enfermera debe comprender la definición, objetivos, importancia e impacto que tiene este proceso en el objeto de estudio: la persona cuidada.¹

Estudiando la historia de la enfermería, la evolución de los cuidados, y siguiendo cronológicamente a cada una de las teóricas enfermeras, queda evidenciado el cambio de orientación que han seguido los cuidados profesionales enfermeros con el paso del tiempo. Siendo actualmente el cuidado orientado a la interacción de la persona con su entorno.

Para llevar a cabo un estudio de caso, la enfermera profesional debe identificar las necesidades de la persona, al igual que las manifestaciones de dependencia generadas por la no satisfacción de ellas, puede obtener información a través de diversas fuentes, tales como, la persona, familia, expediente, exploración física, valoración, etc. Estableciendo una relación de cuidado básico de suplencia, ayuda o asistencia a la persona.²

Con base a esto, el presente trabajo se centra en un estudio de caso, con el objeto de implementar el proceso de atención de enfermería aplicando la filosofía conceptual de las 14 necesidades establecido por Virginia Henderson, realizando la fundamentación científica en cada acción del plan de cuidados aplicado a una persona en etapa avanzada de la enfermedad, con cuidados paliativos, y a su vez se realiza la investigación documental del caso.

¹ Teorías y modelos de enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado". 2ª edición. Antología ENEO UNAM. 2011

² Marrimer T., Raile A., Modelos y teorías en enfermería, editorial: Harcourt Brace, 4a edición, 1999 Madrid

El cáncer es una enfermedad multifactorial, caracterizada por un desequilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular, que conducen al desarrollo de clones capaces de invadir y destruir tejidos adyacentes, diseminarse hacia sitios distantes, que según su evolución natural, conduce al deterioro de órganos vitales y por último, a la muerte. El proceso para la formación del cáncer (carcinogénesis), consta de 4 etapas esenciales; se inicia cuando en un tejido normal, una célula sufre una modificación irreversible, dando lugar a la primera etapa: iniciación. En la segunda etapa, la célula sufre otras alteraciones genéticas que promueven su proliferación y la acumulación de daños: promoción. Por último, la población de células alteradas durante la promoción progresa hacia un fenotipo maligno, la progresión es la cuarta etapa.³

Actualmente, el cáncer es la segunda causa de mortalidad, antecedida únicamente por las enfermedades cardiovasculares. Los tumores malignos representan aproximadamente 13% de las defunciones mundiales, 7.9 millones de muertes por año, de las cuales más del 72% se registran en países de ingresos bajos y medios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que entre 2007 y 2030, aumentará 45% la mortalidad por cáncer a nivel mundial, pues estima que pasara de 7.9 a 11.5 millones de defunciones por año, resultado del crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población; además, estima que durante el mismo periodo, el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 a 15.5 millones.³

En cuanto a cáncer de páncreas, el mayor impacto que se obtiene de la epidemiología, lo constituye el hecho de que fallecen casi el mismo número de casos que se diagnostican. Teniendo una relación entre incidencia del 4.8% y una mortalidad del 4.2%. Por lo que en éstas personas el cuidado paliativo y los cuidados al final de la vida son de suma importancia.⁴

La supervivencia del paciente con cáncer ha mejorado significativamente en los últimos 20 años, sin embargo debe de ser tratado tempranamente y por especialistas en instituciones de tercer nivel de atención además si la prevención y detección temprana se realizara en forma sistemática, tres cuartas partes de las neoplasias malignas se podrían curar con las medidas terapéuticas disponibles. Sin embargo, una gran proporción de ellos, llegan en forma tardía o bien abandonan el tratamiento, y por lo tanto la mortalidad es elevada.³

³ Herrera Gómez A., Granados García M. "Manual de Oncología Procedimientos médico quirúrgicos". Quinta Edición. Mc Graw Hill.

⁴ American Cancer Society. "Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos Latinos" 2012-2014. Atlanta: Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2014.

Es por esto que la enfermería oncológica tiene el compromiso de brindar cuidados efectivos, altamente científicos, fundamentados, y altamente humanizados, dirigidos al bienestar de la persona. Tenemos el reto de desarrollar instrumentos y modelos de atención especializados enfocados a la persona con cáncer para poder aplicarlo en el día a día garantizando la atención efectiva y de alta calidad, que caracteriza a nuestra profesión.

La crisis que provoca el conocimiento de la propia muerte, crea la necesidad de reorganizar los planes, metas, actividades y relaciones en la vida. El manejo de la propia muerte es un proceso de aprendizaje importante en la vida de la persona. Se ve obligada a reevaluar y reaprender algo importante: como vivir y cómo morir. el entendimiento de la muerte como concepto se modifica a lo largo de la vida, es un proceso intelectual que llega a los niveles más profundos de conciencia por medio del conocimiento interior, creencias experiencias y vocación. Cuando una persona está en alguna condición de enfermedad, se tiene la oportunidad de irse adaptando a una serie de pérdidas pequeñas, cada que ocurre una pérdida, la negación del duelo se reduce y la esperanza se altera, la negación y la esperanza forman un binomio que mantiene activa a una persona moribunda y le da tiempo de irse adaptando a la idea para con esto lograr aprender a morir, o lograr un buena calidad de muerte. Los cuidados al final de la vida y al final de la muerte van encaminados hacia lograr un buen morir en la persona con enfermedad terminal. Integrando a la familia de la persona en este proceso.⁵

Como enfermera oncóloga, es necesario implementar el proceso de enfermería en todas las etapas de la vida y todas las situaciones de salud; desde la educación para la salud y consejería a la persona sana, así como cuidado, enseñanza, consejería y limitación del daño a la persona con padecimiento oncológico, y a su familia. Priorizando en base a las necesidades alteradas y a las respuestas humanas que manifiesta la persona ante el proceso fisiopatológico de la enfermedad y su impacto en la calidad de vida de la persona.

⁵ Nancy O Connor. "Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo". 2010. Editorial trillas

II. OBJETIVO GENERAL:

Realizar un estudio de caso, a una persona con cáncer de páncreas, aplicando el enfoque conceptual de la filosofía de Virginia Henderson, por medio de una valoración exhaustiva, a través de un instrumento que permita identificar necesidades humanas alteradas, jerarquizar, formular diagnósticos de enfermería, realizar intervenciones especializadas, basadas en el razonamiento crítico, y fundamentadas en la enfermería basada en la evidencia; que contribuyan a que la persona mejore su estado de salud, ayude a su rehabilitación, evitando complicaciones, limitando el daño, mejorar sus niveles de independencia, donde la familia sea un factor importante como agente de ayuda y acompañamiento. Finalmente evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- φ Dirigir las intervenciones a la mejora del estado de salud de Nancy.

- φ Ayudar a su rehabilitación, evitar complicaciones y utilizar la enseñanza como una intervención que permita a la familia participar en el cuidado y limitar los daños del proceso evolutivo de la enfermedad.

- φ Reducir los riesgos y el temor durante el cuidado en su domicilio, aumentar la confianza y la tranquilidad, tanto en la familia, como en Nancy.

- φ Concientizar a Nancy y a su familia ante el estadio avanzado en el que se encuentra su enfermedad, asegurando el cuidado y fomentando un afrontamiento efectivo ante una muerte inminente.

- φ Evaluar las intervenciones para conocer la eficacia del plan de cuidados.

III. FUNDAMENTACIÓN:

3.1 ANTECEDENTES:

Se realizó búsqueda de información en diferentes fuentes bibliográficas, bases de datos, revistas indexadas, etc., sin encontrar planes de cuidados referentes a este tipo de cáncer, por lo que se hace uso de estos artículos científicos enfocados a cáncer de páncreas y personas en fases avanzadas de la enfermedad, con cuidados paliativos.

En un reporte, realizado con información del INCAN, refiere que los carcinomas pseudopapilares pancreáticos, son extremadamente raros, desconociéndose el origen de las células. El primer caso reportado fue en 1959, en referencias bibliográficas de habla inglesa, se han reportado 35 casos, todos en pacientes de sexo femenino, y 2 casos en pacientes de sexo masculino, el diagnóstico en estos casos es difícil realizarse por medio de Tomografía axial computarizada, o Resonancia magnética debido a que con estos métodos no es posible distinguir el origen exacto de las células. El método diagnóstico más común es por medio de intervención quirúrgica, laparotomía exploratoria y biopsia de tumor, y si es posible en ese momento, se intenta resear. Aunque usualmente son de mal pronóstico ya que suelen avanzar rápidamente, antes de que existan manifestaciones clínicas.⁶

Un estudio de casos realizado en Washinton E.U, en el departamento de cirugía y patología pediátrica, del sistema nacional de salud infantil, refiere que los tumores pseudopapilares pancreáticos corresponden del 1% al 3% de los tumores pancreáticos, caracterizados por poca diferenciación y de crecimiento rápido. Hace referencia a que el origen de las células pseudopapilares es aún desconocido, sin embargo se ha postulado que el tumor puede ser producto de células embrionarias pluripotenciales provenientes de órganos gonadales en su formación, sobre todo de ovario, (de ahí la incidencia mayor en mujeres) las cuales fueron anexadas al tejido pancreático durante las fases primarias de embriogénesis, se refiere buen pronóstico cuando el tumor es limitado al páncreas. En el estudio se realizó pancreatectomía distal, más esplenectomía parcial, en 13 pacientes en la segunda década de la vida, con tumor pseudopapilar de páncreas limitado a páncreas, por medio de laparotomía, la recurrencia posterior a la cirugía fue del 10%, y la sobrevivida a 5 años fue de 98%.

⁶ Cantú De León David, Pérez Montiel Delia, Chanona Vilvhis Jose, Dueñas González Alfonso, Villavicencio Valencia Verónica Y Zavala Casas Gladys. "Primary retroperitoneal mucinous pancreatic carcinoma. Report of two cases". INCAN. World Journal of Surgical Oncology 2007, 5:5. Pp 1 a 6. Biomed Central

El estudio concluyó, que el pronóstico depende de la etapa en la que se realice el diagnóstico y se proporcione tratamiento; y que es frecuente que se diagnostique en etapas tardías por la especificidad o ausencia de síntomas.⁷

En 2012, la sociedad de enfermería gastroenterológica, en EU, publicó un estudio realizado del 2006 al 2010, en el que se evaluaron los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer pancreático confirmado con o sin tratamiento, teniendo una población de 1000 pacientes, con un promedio de edad entre 45 a 71 años, 45% masculino y 55% femenino. Reportando que el 98% de pacientes presentan uno u otro síntoma, el 48% reportó ambos. Concluyendo que los pacientes con cáncer de páncreas, necesitan ser evaluados oportunamente para determinar la necesidad de intervención en ansiedad, depresión o ambas.⁸

Este mismo grupo, publicó en la revista de enfermería gastroenterológica EU, el reporte de un grupo de apoyo conformado por sobrevivientes de cáncer pancreático, cuya actividad principal es brindar apoyo emocional, psiquiátrico, educacional, paliativo, terapia ocupacional, etc., tanto a familiares como a pacientes oncológicos, resaltando textualmente, que “facilitando y participando en el grupo de soporte para personas con cáncer de páncreas, es lo mínimo que puedo hacer para ayudar a este grupo de personas con este tipo de cáncer”. Esta enfermedad es decepcionante y abrumadora. Ya que las personas experimentan una noticia tras de otra, ellos necesitan todo el apoyo y educación disponible, al mismo tiempo de que estar llevando sus tratamientos, procedimientos y visitas médicas que este cáncer demanda. Asimismo expresan que el grupo de apoyo es una herramienta invaluable que acerca pacientes y familiares, teniendo resultados positivos en el estado anímico de ambos. De igual forma, menciona que el dolor y la dependencia de la persona influyen de manera directa en la calidad de vida de la persona, mantener a la persona sin dolor y fomentar los pequeños avances en cuanto a rehabilitación para lograr una “independencia”, mejorarán la calidad del estado anímico en la persona, y con esto la tranquilidad en la familia, a su vez, el grupo de apoyo puede producir una motivación a la familia al ver los avances entre los mismos pacientes.⁹

⁷ Petrosyan Mikael, Franklin Ashanti L., Jackson Hope T., McGue Shannon, Reyes Christine A. and Kane Timothy D. “Solid Pancreatic Pseudopapillary Tumor Managed Laparoscopically in Adolescents: A Case Series and Review of the Literature.” Departments of Pediatric Surgery and Pathology, Children’s National Health System, Washington, DC. JOURNAL OF LAPAROENDOSCOPIC & ADVANCED SURGICAL TECHNIQUES Volume 24, Number 6, 2014

⁸ Deng Gongping, Jiang Chun, Li Yi-xiong. “Clinical Utility of the Mood and Anxiety Symptom Questionnaire in a Chinese Sample of Patients With Pancreatic Cancer”. Volume 35 number 3 may/june 2012 Society of Gastroenterology Nurses and Associates. <http://gnj.EdMgr.com>

⁹ May B. Dean, MSN, RN, CCRN. “A Pancreatic Cancer Survivor Support Group”. Gastroenterology nursing 2008 Society of Gastroenterology Nurses and Associates, Inc. Vol. 31. No. 4. <http://gnj.EdMgr.com>.

IV. MARCO CONCEPTUAL:

4.1 *CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA:*

La enfermería como disciplina profesional surge como resultado de la evolución dentro de la sociedad por la actividad de cuidar, por eso ha necesitado en la enfermería moderna de elaborar su propio cuerpo de conocimientos científicos, para definir sus actividades y desarrollar su investigación, para perfeccionar la práctica, definir las actividades y la razón de ser de la profesión. Dicho cuerpo de conocimientos no habría sido posible sin considerar la evolución de la disciplina a través de la historia.¹⁰

El origen de las prácticas de cuidados, va ligada a la conservación del grupo poblacional como un intento de asegurar la supervivencia y perpetuar la especie. Los tiempos remotos engloban dos grandes fases de la humanidad en las que el hombre paleolítico paso de ser cazador, recolector nómada y la mujer fue designada como promotora natural de los cuidados, a ser neolítico agricultor y ganadero sedentario, periodo que trajo consigo la aparición de nuevas enfermedades propias del sedentarismo e infecto contagiosas, donde aparece la figura del sanador y se desarrolla el concepto de enfermedad como castigo divino, los métodos curativos eran religiosos y puramente mágicos, donde el sanador y proveedores de cuidados eran esclavos, prisioneros y mujeres ancianas.

Los griegos fueron los primeros en establecer una conexión de la enfermedad con causas naturales, traumatismos y ambiente social; cultura donde aparecen las parteras, comadronas, y mujeres que proporcionaban cuidados a enfermos incurables, los cuales no eran admitidos en los templos "Epidauros" (Esculapio), donde los cuidados eran practicados por los médicos griegos esclavos. Cultura que trascendió a la Roma precristiana tras la conquista a Grecia, la medicina siguió siendo practicada por el medico griego esclavo.

Con la llegada del cristianismo, aparecieron los cuidados vocacionales, la salud y el cuidado de la misma adquiere un valor religioso, al ser un mandato evangélico que brinda la oportunidad de redención al cuidador, por lo que los cuidados enfermeros recayeron en diaconisas, viudas, vírgenes y matronas, las mujeres más cultas de la época, dentro de las cuales, aparece Paula, de quien fundó hospitales que además de dirigirlos, cuidaba personalmente a los enfermos, y se cree que fue la primera en diseñar un sistema de instrucción específica para las mujeres dedicadas al cuidado: fue la primera en enseñar la enfermería como arte diferenciado.

¹⁰ Manual CTO de enfermería 4ª edición, 2009. "Enfermería fundamental". Grupo CTO

Posteriormente aparecen las ordenes seculares, semi religiosas dedicadas a la enfermería, Las Beguinas, mujeres con eminentes rasgos religiosos, trabajaban para mantenerse, dedicando su vida al cuidado de pobres y enfermos, hacían votos de castidad, sin obligación a esta actividad, (éstas órdenes aun existen hoy en día en Europa.) El cuidado de los enfermos es una obligación cristiana.¹¹

Con la reforma protestante luterana, se produjo la llamada “época oscura de la enfermería”, situación que no se supera hasta la aparición de Florencia Nightingale, esta se da por la reforma: la división del mundo cristiano, los hospitales fueron entregados a las mujeres laicas que necesitaban trabajar. Provocando la dispersión de las ordenes religiosas.

Por otro lado San Vicente de Paul, está considerado como precursor de la enfermería, movilizandoo a un grupo de mujeres laicas para asistencia en domicilio, de ahí aparece Luisa de Marillac, que fue la primera supervisora de estas enfermeras desde la selección de candidatas, se les instruía en un entrenamiento previo, formando congregaciones religiosas denominada las hermanas de la caridad, la cual por primera vez se les exigía saber leer, escribir, y recibir una preparación basada en la experiencia hospitalaria y domiciliaria, además tenían obligación de usar uniforme. Con esto se originan las escuelas con el importante inicio del nacimiento de una disciplina.

El nacimiento de la enfermería moderna nace al termino de la revolución francesa se gestó en el instituto de diaconisas Kaiserswerth (Alemania) creado por el pastor protestante Theodor Fliedner, las diaconisas vivían en el instituto, se les exigía un certificado de buena salud y de moralidad, la formación era de tres años con rotaciones y practicas en unidades del hospital. Esta práctica fue la base para la elaboración de un nuevo sistema de enfermería a cargo de F. Nightingale, quien estandariza los registros de enfermería en los hospitales, inaugura el primer programa organizado de formación para enfermeras laico, donde se extremó vigilancia, disciplina y garantía de buena reputación, intentando romper con la fama de las enfermeras durante el periodo oscuro de la enfermería. Considerando la enfermería como una opción profesional y una profesión respetable. Y pasaron 100 años hasta que otras teóricas continuaran el camino conceptualizando la profesión.

Y a la par, nace la organización de carácter internacional e independiente cuyo principio fundamental es ayudar al necesitado La Cruz Roja, organismo que tuvo gran peso en las guerras y batallas, el cual compromete a las naciones a respetar los hospitales militares y considerar su personal como neutral. La humanidad vive el progreso mas importante de toda la historia, importantes avances tecnológicos, médicos, acompañados de la primera y segunda guerra mundial, desnutrición y enfermedades.

¹¹ Manual CTO de enfermería Op. Cit. pp 14

Aunado a esto, surge una crisis económica, alta demanda de servicios sanitarios y la necesidad de brindar servicios con alta calidad y de manera voluntaria. Así pues las primeras escuelas de enfermería nacen en 1870 el auge en la conceptualización de la enfermería, se desarrolla a partir de 1950, que no habría sido posible sin el preámbulo histórico de nuestra profesión.

A partir de la Segunda Guerra Mundial la enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. De ahí nace la necesidad de crear las teorías de enfermería; una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación. La teoría, además, es útil como soporte del quehacer profesional, dicha filosofía constituye el fundamento de su teoría y refleja el estado del conocimiento científico de la época en la cual fueron elaboradas. Las teorías sirven de guía en el proceso de atención y son el fundamento para la aplicación del proceso científico. (Marriner. Op. Cit. Pp 8)

La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, sociales y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad.

A pesar de ser la enfermería una disciplina emergente y de gran diversidad de acción, se requiere continuar con el desarrollo del cuerpo sustantivo de conocimiento que de fundamento y dirección a la práctica.

La disciplina enfermera se describe en los modelos y teorías de enfermería. La principal ventaja de utilizar un modelo en la práctica es que se facilita un marco conceptual para el correcto desarrollo del proceso de cuidado. Los modelos de enfermería han sido clasificados en función de diferentes criterios con la finalidad de estudiarlos y compararlos. Estudiando la historia de la enfermería, la evolución de los cuidados y siguiendo cronológicamente cada una de las teóricas enfermeras, queda evidenciado el cambio de orientación que han seguido los cuidados profesionales enfermeros con el paso del tiempo. Los modelos pueden conceptualizarse estableciendo 4 clasificaciones: por tipo de conocimiento, por tendencia, por escuela, y por paradigma:

- φ *3 tipos de Conocimiento*: Filosofía conceptual, modelo conceptual y teoría conceptual
- φ *11 Tendencias*: ecologista, existencialista, cósmica, sociológica, naturalista, suplencia y ayuda, interrelación, humanista, relaciones interpersonales, sistemas y campos energéticos.
- φ *6 Escuelas*: E. de necesidades, E. de interacción, E. de efectos deseables, E. de promoción de la salud, E. de ser humano unitario y E. de caring.
- φ *3 paradigmas*: de categorización, de integración y de transformación.¹²

¹² Manual CTO de enfermería Op. Cit pp 14

A su vez, la enfermería se conceptualiza por formas de expresión para la construcción del conocimiento científico, dando lugar a los patrones de conocimiento que a continuación se describen.

4.2 PATRONES DE CONOCIMIENTO:

La enfermería entonces es conceptualizada por medio de las formas de expresión de los patrones de conocimiento. Los patrones del conocimiento constituyen uno de los monumentos principales de la unidad discursiva del régimen de verdad que se presenta como referente teórico para explicar la construcción del conocimiento en enfermería. La identificación y descripción de los patrones empírico, estético, conocimiento personal y ético, ha generado innumerables aplicaciones.¹³

Patrón empírico:

El término "ciencia" pocas veces se usó en la literatura de enfermería antes de 1950. Sin embargo, a partir de esa fecha ha habido un énfasis progresivo, o más bien urgencia por el desarrollo del cuerpo de conocimientos específicos de enfermería. Parece existir consenso general sobre la necesidad crítica de generar conocimiento acerca del mundo empírico, el cual es sistemáticamente organizado en leyes generales y teorías que describen, predicen y prescriben sobre los fenómenos relacionados con la disciplina de enfermería. El desarrollo teórico y los esfuerzos investigativos están dirigidos a la generación de explicaciones sistemáticas y controladas, en las cuales las evidencias fácticas figuran en primer lugar para la organización y clasificación del conocimiento.¹⁴

Lo que parece importante, por lo menos en el estado de desarrollo de la ciencia de enfermería, es que las estructuras paradigmáticas y teóricas presentan una nueva perspectiva para la consideración de los fenómenos relacionados con el dominio de la disciplina, y que aspectos tan importantes como el bienestar, la salud, la evolución de los procesos de vida y otros se han legitimado, ya que permiten que la salud y el bienestar sean entendidos como algo dinámico, contextualizado y circunstancial, y se aceptan como elementos de estudio inherentes a la enfermería. Este cambio de preguntas o interrogantes que previamente habrían sido imposibles de sugerir, hoy día forman parte necesaria de la indagación disciplinaria.

¹³ Edwards. Nursing Knowledge: Defining New Boundaries. Nurs Stand. 2002;17(2)

¹⁴ Chinn PL, Kramer M. "Theory and Nursing: Integrater Knowledge Development". 5th ed. Saint Louis: Mosby; 1999

Para Kramer M. Y Chinn, (Op. Cit. Pp 17) dos procesos están inmersos en la estructuración de fenómenos empíricos:

1. La creación del significado conceptual, y
2. La estructuración y contextualización de la teoría.

Existen además otras formas de conocimiento empírico tales como marcos o modelos conceptuales, principios y descripciones extensas de fenómenos empíricos, pero la teoría es la forma de conocimiento más formal y estructurada de las configuraciones de conocimiento empírico.

La investigación científica es el método por excelencia para la producción de conocimiento empírico debido a que la naturaleza práctica de enfermería, orientada por metas concretas, requiere la prueba teórica como elemento de desarrollo fundamental. La validación y, por ende, la réplica, se convierten en herramientas para la práctica inteligente.¹⁵

La práctica se debe convertir en el dinamizador de las teorías, ya que es en la práctica en donde se prueban y se expanden. Es decir, que la práctica basada en la teoría, su réplica y validación, contribuyen a nuestro desarrollo de la competencia científica ya que refinan los significados conceptuales y validan las relaciones teóricas y los resultados derivados de éstas.¹⁶

El patrón empírico según Chinn y Kramer, es fáctico, descriptivo en última instancia de acuerdo con los últimos desarrollos, deductivo y generador de teoría, aunque pueden incluirse en este patrón de conocimiento los paradigmas naturalista, relativista e interpretativo. Es discutible y públicamente verificable.

Sin ninguna duda, el conocimiento empírico es fundamental para los propósitos de enfermería. Pero enfermería también requiere estar consciente del hecho de que los modelos humanos en su abstracción son generalizables y categorizables siempre y cuando se refieran a lo común de las personas y los grupos. Por ello ninguna de estas categorías puede expresar la individualidad de las personas en sí mismas. Es por esta razón que enfermería debe promover el desarrollo y la expresión de otros patrones que nos permitan tratar de comprender de mejor manera las expresiones de la naturaleza humana.¹⁷ Ésta conceptualización de patrones se lleva a cabo por medio de la validación, la crítica, la reflexión y la justificación. (Durán de Villalobos)

¹⁵ Edwards. Nursing Knowledge: Defining New Boundaries. Nurs Stand. 2002;17(2)

¹⁶ Durán de Villalobos M. M.. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Aquichan, Vol 5, No 1 (2005).

¹⁷ Chinn Pl. Krammer M. Op cit pp17

Patrón ético:

El actuar en enfermería comprende una serie de acciones planeadas y desarrolladas para lograr metas determinadas; tanto las metas como las acciones conducen a la selección de alternativas que se basan en juicios normativos particulares y generales y, en ocasiones, los juicios y las normas están en conflicto, pero aún así el conocimiento ético se comprende y evalúa en relación con la práctica. Se puede esperar que la práctica de enfermería que utiliza el conocimiento ético a través de un proceso disciplinario de diálogo y justificación crezca en su comportamiento moral.

El comportamiento ético expresado en la práctica como conocimiento integrado puede conducir a cuestionamientos profundos; si esto ocurre se llegará a los procesos de valoración y clarificación. El mérito del conocimiento ético está íntimamente relacionado con su habilidad para contribuir a la práctica. Ello implica estar consciente de quiénes participan en la práctica de enfermería. Implica acciones arraigadas en la creencia de la capacidad de elección del paciente y la enfermera. Implica las acciones requeridas para disminuir la opresión moral que las enfermeras enfrentamos cuando nos debatimos entre dilemas éticos y morales.

El patrón ético se relaciona directamente con las decisiones éticas de cada día. La ética va más allá de las propuestas discursivas. Se sustenta en las decisiones de la práctica y se asume como la expresión de la práctica relacionada con los valores y la moral. Y los valores y la moral se relacionan directamente con el conocimiento de sí mismo.¹⁸

Patrón estético:

El acto artístico significa hacer lo que se debe hacer, en el momento preciso, logrando que el paciente y la enfermera tengan certeza de la bondad de la intervención. El arte es el proceso de crear un objeto o una experiencia estética, también se utiliza el término para referirse al producto creado. El arte envuelve habilidades adquiridas de índole mecánica y técnica, y aspectos de trabajo con elementos que se requieren para elaborar el producto, además de capacidades internas que permitan imaginar el todo con anterioridad a que se convierta en experiencia e intuitivamente agrupar los elementos para que ésta se produzca. El arte expande las capacidades y posibilidades perceptuales. Está presente en todas las actividades humanas que tienen que ver con relacionar elementos en un todo.¹⁹

¹⁸ Chinn Pl. Krammer M. Op cit pp18

¹⁹ Durán de Villalobos M. M.. Op cit. Pp 18

A pesar de la abstracta y fluida definición de arte que se propone, el significado de estética se puede distinguir del significado de ciencia por varios factores. Se debe reconocer que el arte es expresivo y no formal, y que la creación estética es una experiencia que involucra la creación y apreciación de una realidad que es única, particular, subjetiva, de múltiples posibilidades o realidades que se resisten a la proyección de una forma discursiva desde el punto de vista del lenguaje.¹⁹

Para Duran de Villalobos (Op. Cit Pp 18), esas cualidades estéticas, se construyen a partir de elementos ubicados en un patrón que da forma a un todo, y tienen un significado simbólico que se proyecta más allá de los elementos mismos, se reflejan en todos los aspectos de la práctica de enfermería. Están presentes en las notas de enfermería, en formulaciones teóricas, en una breve interacción con la persona o en intervenciones sostenidas con grupos y desde un encuentro inesperado hasta un sistema de cuidado pensado y planeado cuidadosamente. En todas estas experiencias se utilizan ciencia, ética, conocimiento personal y finalmente conocimiento estético. Porque es el conocimiento estético el que globaliza los demás patrones de conocimiento y hace del acto de cuidar un acto artístico; pero, sin duda, el primer paso requerido para generar el acto estético en enfermería, se construye a partir del conocimiento personal y del conocimiento enfermero.

Patrón de conocimiento personal:

Es a partir de este patrón de conocimiento personal que se logra el verdadero arte de enfermería. Dice Duran de Villalobos (Op. Cit pp18), la expresión de los patrones ético y estético es compleja si no existe un manejo experto del patrón de conocimiento personal por parte de la enfermera.

El conocimiento personal es un proceso dinámico de llegar a convertirse en un ser total y asimismo poder valorar al otro como un todo. Es la base de las expresiones de autenticidad, de ser genuino, lo que a su vez es esencial para una relación de cuidado con una meta de bienestar en mente. Es extensivo en tanto nos hace asequibles y nos permite comprender la experiencia del otro. Le da un significado compartido a la interacción.²⁰

Se expresa de manera congruente, auténtica y genuina en cuerpo mente espíritu. Es decir, percibiendo al otro a través de cualidades que se logran al ser consciente de estar en el mundo y que expresan lo que la persona es, dentro de un contexto cultural. Así, la comunicación se hace vital para una práctica disciplinar en donde es necesario crear una comprensión compartida, y para esto se requiere conocerse y desarrollarse a sí mismo.

²⁰ Edwards Op cit pp 18

En última instancia, lo que es importante para crear una auténtica relación personal es valorar al otro en su libertad para crearse a sí mismo y tomar decisiones con autonomía, lo cual implica de nuestra parte dejar de lado generalizaciones, categorías y supuestos derivados de las formas empíricas de conocimiento así como las formas de tratamientos manipuladoras y de control, generalmente impersonales. El conocimiento personal valora la totalidad y la integridad de cada encuentro con el otro, y busca conocer y afirmar la forma única de cada persona y las experiencias únicas de ellas.²¹

Para Edwards (Op. Cit. Pp 18); el resultado de este patrón se traduce en la voluntad de aceptar la ambigüedad, la vaguedad y las discrepancias entre uno mismo y los demás. Conduce a la discusión sobre las formas de intervenciones con los pacientes y el respeto por sus características individuales, al mismo tiempo que se mantiene la responsabilidad profesional por el bienestar del otro.

4.3 PARADIGMAS:

Una disciplina es un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos. Las grandes corrientes de pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo han sido llamadas paradigmas. Los paradigmas de enfermería tienen el fin de precisar las características de la disciplina enfermera. Se han desarrollado 3 corrientes o paradigmas:²¹

Paradigma de categorización: según este paradigma, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.²²

Centrada en la Salud pública: Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: persona, entorno, salud y cuidado:

- ∞ La persona, posee la capacidad de cambiar su situación.
- ∞ El entorno, comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- ∞ La salud, es la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos.

²¹ Manual CTO de enfermería Op. Cit pp 14

²² Tazon Ansola M, García Campayo J. Asequinolaza Chopitea L. "Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería." Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000.

Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.

- ∞ El cuidado, es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.²³

Centrada en la Enfermedad y unida a la práctica médica: Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica está reflejada, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas. Para Tazon Azola (Op. Cit pp 21), el significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:

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

Paradigma de integración: el paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización, reconociendo los elementos y manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Múltiples factores son los responsables de esta reacción. El paradigma de integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.²⁴

El surgimiento de nuevas teorías: de la motivación, del desarrollo y de los sistemas; aunado a la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo.

²³ Marrimer T. Raile A. Op. Cit pp 8

²⁴ Sanabria Triana L., Otero Ceballos M. Urbina Laza O. "Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería". Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana Educ Med Super 2002; vol. 16. No. 4

Los trabajos de enfermería de V. Henderson, H. Peplau y D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- ∞ La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están inter relacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- ∞ El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- ∞ La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- ∞ El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermera aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.²⁵

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería. (Sanabria T. Op. Cit Pp 22)

Paradigma de transformación: según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un patrón único, es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, un mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental. El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.²⁶

Para Sanabria T., (Op Cit Pp 22), es una corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo.

²⁵ Tazon Ansola Opcit pp 21.

Los modelos y teorías propuestos por M.Newman, M. Rogers y Watson quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma:

- ∞ La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- ∞ La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- ∞ El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.

El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar del la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud, cumpliendo con las siguientes premisas:

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

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión (Sanabria T, Op. Cit pp 22), pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer esta necesidad. Para King, las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos.

4.4 TEORÍA DE LA ENFERMERÍA:

La teoría proporciona conocimientos que servirá para mejorar la práctica y se mejora mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos aumentando nuestra fuerza como profesión.²⁶

Un modelo de atención de enfermería es una representación, un ejemplo, una analogía que nos ayuda a comprender algo que no podemos ver directamente o de lo que sabemos poco; no es la realidad, sino una abstracción de esta. Existen modelos concretos, o modelos de la realidad, y son aquellos que reproducen algo que ya existe en el mundo real. Por otro lado existen modelos abstractos o modelos para la realidad, y representan un ejemplo, una imagen. Y los modelos conceptuales representan un hecho, un objeto o una situación.

En todo modelo conceptual hay modelos y teorías. El metaparadigma enfermero incluye 4 conceptos. Estos 4 conceptos guían a los modelos y teorías; son clasificados de acuerdo con la descripción, explicación y conexión de los mismos:

- Entorno
- Persona
- Salud
- Enfermería

Un modelo es una idea que se explica a través de una visualización simbólica y física. Una teoría es un principio general de valor científico que dirige la práctica. Y un modelo conceptual es una abstracción de la realidad, lo que la disciplina puede o debe ser, es una representación estructural de ésta. Están formados por dichas ideas abstractas y generales (conceptos).

Cada modelo conceptual de enfermería, es el conjunto de conceptos y teorías que fundamentan la disciplina y son relevantes para la comprensión de la misma, distinguiéndola y haciéndola diferente de otras disciplinas. Teniendo como función principal, enmarcar la profesión y guiar todas las acciones de la profesión.

Los modelos conceptuales carecen de forma física pues son conceptos. Un modelo conceptual sirve para llevar a la práctica las ideas que se tienen de la enfermería, ayuda a desarrollar los conceptos, sirve de vehículo para indicar a las personas cual es el modelo de actuación en nuestra profesión. Dan significado a las distintas tareas de la enfermera.²⁷

²⁶ Chinn PL, Kramer M. "Theory and Nursing: Integrater Knowledge Development". 5th ed. Saint Louis: Mosby; 1999

²⁷ Manual CTO de enfermería Op. Cit. Pp 14

Elementos fundamentales: (para todos los modelos): (Marriner., Op. Cit pp 8)

1. **Meta u objetivo de la profesión.** Es el fin por el que los profesionales se esfuerzan. Es la meta final a la que el enfermero desea llegar.
2. **Beneficiario del servicio.** Es la persona receptora de los cuidados, es decir, objeto de la acción del enfermero.
3. **Papel del profesional o rol de la enfermera.** Especifica el rol que la enfermera juega en la sociedad y debe ser aceptado y recogido por la sociedad.
4. **Origen de las dificultades.** Son todas las carencias, problemas y dificultades que el enfermero es capaz de resolver, orientada al paciente.
5. **Foco de intervención del profesional.** Es el aspecto que va a recibir de nuestra atención en un momento determinado.
6. **Formas o modos de actuación.** Son los medios de los que dispone el profesional de enfermería para intervenir y expresa en términos abstractos la forma de actuar posterior.
7. **Consecuencias de la actuación.** Son los resultados esperados de las actividades realizadas y por tanto los resultados tienen que ser consecuentes de los objetivos establecidos. Deben predecir las consecuencias indeseables de nuestra actuación.

Tipos de tendencias:

φ **Naturalista.**

∞ *Florence Nightingale*: fundadora de la enfermería moderna.

φ **De Suplencia o Ayuda.**

∞ *Virginia Henderson*: modelo de las 14 necesidades

∞ *Dorothea Orem*: modelo del autocuidado.

∞ *Faye Abdelach*: modelo de Necesidades.

φ **Interrelación.** Hacen énfasis entre la relación enfermera y paciente.

∞ *Hildegard Peplau*: modelo de relaciones humanas.

∞ *Calista Roy*: modelo de adaptación, relaciones interpersonales.

∞ *Martha Rogers*: modelo de campos energéticos.²⁸

²⁸ Teorías y modelos de enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado". 2ª edición. Antología ENEO UNAM. 2011

4.4.1 MODELO NATURALISTA: FLORENCE NIGHTINGALE

"Si la enfermera es un ser inteligente y no una mera transportadora de dietas al paciente, dejémosla poner en práctica su inteligencia". (Florence Nightingale)

Cómo actúa la enfermera. (Manual CTO Enfermería Op. Cit pp14)

- φ *Enfermería de la salud.* Son los conocimientos sanitarios por higiene encaminados a mantener sano el organismo. Son cuidados preventivos para mantener una función independiente.
- φ *Enfermería del enfermo.* Conocimientos de higiene, medicina y cirugía para ayudar al individuo o enfermo a recuperar su energía vital usando adecuadamente la luz, agua, calor, aire puro, tranquilidad y limpieza, selección adecuada de los alimentos y esto es una función parcial o totalmente dependiente.

Los cuidados de la enfermería se basaban en observación, el objetivo de ambos tipos enfermería es conservar la energía vital del paciente. Florence establece una diferencia entre la enfermería y la medicina. La medicina y cirugía ayuda a retirar los obstáculos para que la naturaleza actúe pero antes debe ponerse al paciente en condiciones óptimas por la enfermera. Por lo tanto la medicina prescribe la energía vital y la enfermera suple la energía vital por medio de la acción de la naturaleza a través del aire, agua, luz, etcétera.

Ella define:

- ∞ **Hombre:** es un ser instrumento pasivo de los elementos de la naturaleza sometido a sus leyes.
- ∞ **Salud:** usar adecuadamente la energía vital con factores preventivos (aire, luz, calor, limpieza, tranquilidad, alimentos).
- ∞ **Enfermedad:** intento de la naturaleza para curar. Es un proceso reparador de la naturaleza. La salud y la enfermedad son respuestas a las leyes de la naturaleza.

4.4.2 MODELO DE SUPLENCIA, AYUDA O ASISTENCIA: VIRGINIA HENDERSON:

El desarrollo de la aplicación de la profesión de enfermería nace en las últimas décadas, tanto en sus aspectos teóricos como organizativos y asistenciales; no puede comprenderse sin el aporte fundamental de Virginia Henderson, la cual ha proporcionado importantes bases para el avance de enfermería.²⁹

²⁹ Carmen F, Gloria N, "El proceso de atención enfermería Estudio de casos", editorial Masson.

El modelo de Virginia Henderson, es perfectamente aplicable a cada una de las etapas del PAE:

1. En las etapas de valoración y diagnóstico sirve de guía en la recogida de datos, análisis y síntesis de los mismos ya que se determina: El grado de independencia/ dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades. La causa de la dificultad de tal satisfacción. Definición de los problemas y su relación con las causas de dificultades identificadas.
2. En la etapa de planeación y ejecución sirve para la formación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.
3. Finalmente en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán salud o recuperación (o una muerte serena).³⁰

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos de Henderson.

1. Persona. Necesidades básicas
2. Salud. Independencia, dependencia y causas de la dificultad o problema.
3. Rol profesional. Cuidados básicos de enfermería y relación con el equipo de salud.
4. Entorno. Factores ambientales y socioculturales.

³⁰ Ma. de Jesús G., El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Escuela de Enfermería de Celaya. Pp.21-23

La persona y las 14 necesidades básicas:

De acuerdo con la definición y la función propia de la enfermera y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona figura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer y promover su desarrollo y crecimiento: (Carmen F. Et. Al. Op. Cit pp 27)

1. Respiración y circulación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Creencias y valores personales.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

La salud, Independencia/ Dependencia y causas de la dificultad

Virginia Henderson desde una filosofía humanista considera, que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En ese sentido buscando lograr una independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica: (Ma de Jesus Op. Cit. Pp 28)

1. Falta de fuerza: interpretamos por fuerza no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino como también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional.

-
-
2. Falta de voluntad: entendida como la capacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.
 3. Falta de conocimiento: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos ajenos.

DEPENDENCIA: Ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.

INDEPENDENCIA: la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su etapa de desarrollo.

ROL PROFESIONAL

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según los criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de independencia o dependencia en la persona. (Marriner T. Op. Cit. Pp 8)

Henderson, inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era razón de especulación. Lo que le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían de hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro "The nature of Nursing" en la que define la función propia de la enfermera.

El hecho de mencionar la aplicación del modelo de Henderson no significa la afirmación de que este es el único o el mejor de los existentes. Más bien es un intento de acercar a la realidad práctica un modelo suficientemente desarrollado y apoyado en bases científicas que ayuden en la comprensión del cómo podría utilizarse. (Ma. de Jesús Op. Cit. Pp 28)

Lo importante radica en la utilización de un modelo que nos permita explicar lo que se está haciendo, cuál es el fundamento de dicha actuación y que resultados se esperan de dicho caso.

4.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

El proceso de enfermería es el resultado de los esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo XX para sistematizar los cuidados con el propósito de hallar un método que permitiera estimar la calidad de las intervenciones de los profesionales de la enfermería. Estas afirmaciones conducen al nacimiento de lo que conocemos como modelos teóricos de enfermería. Ningún modelo conceptual puede funcionar sin el proceso de atención de enfermería.³¹

El PAE es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, mediante la fundamentación de cada cuidado, basándose en el conocimiento científico. De acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, trata a la persona como un todo; la persona es un individuo único, que necesita atención de enfermería enfocada específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades de la persona, de la familia y de la comunidad. A su vez tiene como objetivos:

- ∞ Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- ∞ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- ∞ Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir la enfermedad, aliviar los síntomas cuando existan, fomentar la independencia de la persona.³²

Fases del proceso de enfermería:

1. Valoración de las necesidades del paciente:

Es un proceso continuo, sistemático y dinámico, por medio del cual, el profesional reúne y organiza datos acerca del paciente. La valoración exhaustiva es la base de un plan de cuidados, y la valoración continua o focalizada, se realiza de manera progresiva y consecuente durante toda la atención.³²

³¹ Marrimer T. Raile A. (opcit pp 8)

³² Potter, Perry. "Fundamentos de Enfermería". Octava edición, 2001. Mc Graw Hill

Fases de la valoración: recogida u obtención de los datos, validación de datos, organización de datos, identificación con un modelo establecido.

- ∞ Recogida de datos, es la recopilación de forma sistemática y continua de toda la información disponible de un paciente. Los datos se agrupan dependiendo a quien aporta el dato (Objetivos, subjetivos); y el momento del dato (actual, histórico). Para la recogida de datos, existen fuentes:
 - φ *Fuentes primarias*: observación, exploración física, interrogatorio, entrevista (directa o indirecta), estudios de laboratorio y gabinete.
 - φ *Fuentes secundarias*: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)
- ∞ Entrevista: La entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas. La entrevista, permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico, facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo, permite el paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos y ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

Fases de la entrevista

- φ Introducción (orientación): fase en que la enfermera desarrolla una relación terapéutica; su actitud profesional es el factor más significativo; su enfoque debe transmitir respeto por el paciente.
- φ Cuerpo (trabajo): fase diseñada para reunir información relacionada con el estado de salud del paciente; esto deberá conducirse de forma metódica y lenta; aquí se investiga la enfermería actual y la historia sanitaria de forma sistemática; consta de 5 componentes básicos:
 - ∞ Información biográfica.
 - ∞ Enfermedad actual.
 - ∞ Antecedentes familiares
 - ∞ Antecedentes patológicos
 - ∞ Antecedentes no patológicos

-
-
- φ Cierre (finalización): dar al paciente un indicio de que la entrevista está finalizando; este enfoque ofrece al paciente la oportunidad de formular algunas preguntas.
 - ∞ Exploración física: es un examen exhaustivo y sistemático cefalo caudal, que se centra en definir aun mas las respuestas humanas de la persona ante las necesidades alteradas, obtener datos para establecer comparaciones, confirmar datos subjetivos obtenidos en la entrevista. Las técnicas de exploración física son:
 - φ Inspección: exploración visual de la persona para determinar respuestas normales y anormales.
 - φ Palpación: utiliza el tacto para evaluar tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, vibración, distensión, pulsos, sensibilidad, dolor y movilidad de las estructuras.
 - φ Percusión: obtiene el resultado de golpear una superficie corporal con los dedos para producir un sonido, determinando características físicas en cavidades.
 - φ Auscultación: escuchar el sonido producido por órganos, evaluando frecuencia, intensidad o tono y duración.
 - ∞ Validación de los datos, asegura la valoración, confirmar por medio de un resumen, el tipo de los datos, comparar datos con distintas fuentes, realizar determinaciones antropométricas, anotar correcciones o adiciones a los mismos, realizar análisis de datos.
 - ∞ Organización de los datos: agrupándolos en racimos, separando por necesidades humanas alteradas y complementando con datos que pueden no involucrar a enfermería sin embargo impactan a las respuestas humanas y a las necesidades alteradas. (Potter, Perry. Op. Cit. Pp 31)

2. Diagnóstico de las respuestas humanas a las necesidades alteradas que la enfermería puede cuidar.

Es un juicio clínico establecido en función de las respuestas humanas de la persona, familia y de la comunidad en que se desarrolla la persona, ante procesos de salud reales, potenciales o de bienestar. Consta de 4 fases: análisis e interpretación de los datos, identificar necesidades, formular diagnóstico y validar diagnóstico. Se pueden redactar de las siguientes maneras:

- φ Diagnósticos de enfermería bajo formato PES: problema, etiología, y sintomatología.

-
-
- φ Puede ser de autonomía (diagnóstico de autonomía) o de independencia (diagnóstico de independencia). No se incluyen en este apartado los problemas de colaboración, ya que éstos se derivan de un análisis de datos desde la perspectiva de un modelo médico.
 - φ O bien, diagnósticos por medio de etiquetas diagnósticas de la NANDA: diagnósticos de riesgo o potenciales, reales, y de bienestar.³³

3. Planificación del cuidado del paciente.

Consiste en elaborar un plan de acción, con el fin de prevenir, reducir o solucionar las necesidades alteradas identificadas en la persona. Consta de cuatro fases: determinar prioridades, establecer objetivos y resultados esperados, y diseñar las intervenciones de la enfermería. (Potter, Perry. Op. Cit. Pp 32)

- ∞ Determinar prioridades: existen tres grupos de prioridad:
 - φ Altas: son aquellas necesidades humanas, que si no se intervienen, pueden ser perjudiciales para la persona, comunidad o el equipo de salud.
 - φ Intermedias: se agrupan las necesidades que no son urgentes, pero amenazan la vida, ocasionando complicaciones potenciales.
 - φ Bajas: se consideran aquellas necesidades que pueden no estar directamente relacionados con la enfermedad o pronóstico, pero que pueden afectar el futuro o bienestar de la persona o comunidad.
- ∞ Establecer objetivos y resultados esperados: los objetivos deberán ser centrados en las necesidades de la persona, y encaminados a las intervenciones de enfermería, que modificarán esas respuestas humanas. Deberán ser medibles, alcanzables, claros y específicos. Ya sean a largo o a corto plazo. Los resultados esperados deberán ser basados en escalas de valoración estandarizadas, evaluando el progreso en la valoración inicial, y en la evaluación posterior al plan de cuidados aplicado a la persona.
- ∞ Diseñar las intervenciones de enfermería: los tipos de intervenciones pueden ser interdependientes, independientes, o dependientes. De éstas intervenciones se desglosan acciones específicas de enfermería, deben estar siempre fundamentadas en el método científico.³⁴

³³ Manual CTO de enfermería Op. Cit. Pp 14

³⁴ Potter, Perry. Op. Cit. Pp 31.

4. Ejecución del cuidado.

Constituye el proceso de realización del plan de cuidados, donde la enfermera, el paciente y familia o comunidad, llevan a cabo las acciones planificadas, documentando de que manera se realizó tal o cual actividad.

- ∞ Preparación: esta fase exige que el personal de enfermería se prepare para el comienzo de la intervención. Esto asegura la eficacia. Para ello se debe analizar el plan, organizar recursos, prever las complicaciones, analizar los conocimientos y las destrezas.
- ∞ Ejecución de la intervención: esta fase es el eje principal del proceso de enfermería. Una vez completada la preparación, se realiza la categorización de intervenciones, encaminada a lograr que se cumplan los objetivos y que las necesidades humanas alteradas de la persona se resuelvan.
- ∞ Documentación escrita en el plan de cuidados, las actividades realizadas o las que fueron imposibles de realizar, así como documentación de factores que fueron favorecedores para realizar las intervenciones, y dificultades de las mismas.

5. Evaluación

Es un proceso sistemático y continuo, mediante el cual se detecta si se han alcanzado los objetivos establecidos, y se documentan los resultados obtenidos, al mismo tiempo nos indica si las intervenciones deben modificarse.

- ∞ Identificar los criterios de evaluación: tiene dos propósitos, orientan la clase de datos de evaluación que se necesitan recoger y proporcionan un estándar para evaluar los datos.
- ∞ Recoger datos: de forma que se obtengan conclusiones del grado de cumplimiento de los resultados esperados establecidos en los objetivos.
- ∞ Emitir un juicio sobre el logro de los objetivos, después de recopilar y comparar datos con los resultados, el profesional de enfermería emite un juicio que se presenta como objetivo logrado u objetivo no logrado.
- ∞ Revisar el plan de cuidados: si se resolvió la respuesta humana alterada o no, si se logró obtener el resultado esperado establecido en el objetivo o no, reactivar secuencias, reevaluar, modificar, añadir y revalorar a la persona para identificar si fuera el caso, otras necesidades alteradas ante respuestas humanas en la persona, familia o comunidad. (Marriner T. Op. Cit. Pp. 8)

V. MARCO REFERENCIAL:

5.1 *EL PÁNCREAS: ANATOMÍA:*

5.1.1 *PÁNCREAS:*

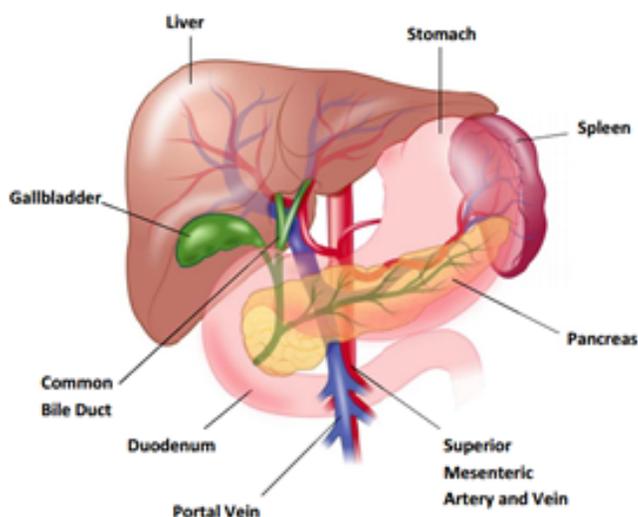


Figura 1. Relación de órganos páncreas.

Fuente: Hruban.

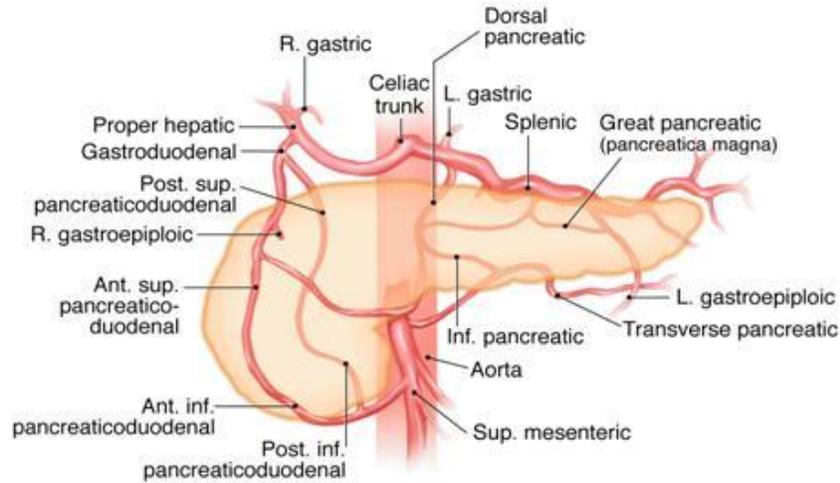
En la figura 1, se observa que el páncreas está situado transversalmente en el retroperitoneo se encuentra relacionado con otros órganos: entre el duodeno a la derecha y el bazo a la izquierda, vesícula biliar e hígado en la porción superior y a la derecha, estómago anteriormente. Posteriormente los vasos mesentéricos y vena porta. Se encuentra a la altura de L1 -L2. Se relaciona posteriormente con los epiplones por arriba, el meso colón transverso anteriormente y el epiplón mayor inferiormente. La glándula pancreática pesa entre 85 a 100 gr y mide entre 14 a 18 cm. Su peso esta constituido por agua en el 71% y por proteínas en el 13%, mientras que su composición grasa es variable y puede oscilar entre 3 y 20%.³⁵

Anatómicamente esta dividido en 4 porciones:

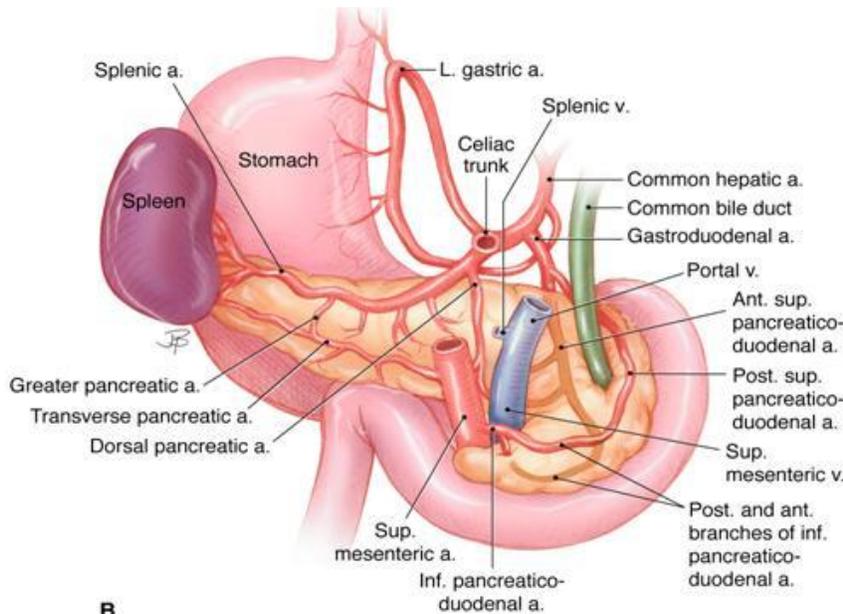
- ∞ Cabeza: la porción hacia la derecha de los vasos mesentéricos.
- ∞ Cuello: por delante de los vasos mesentéricos.
- ∞ Cuerpo: a la izquierda de los vasos mesentéricos.
- ∞ Cola: a la izquierda de los vasos mesentéricos.

³⁵ Ocampo C y Zandalazini H; "Anatomía quirúrgica del páncreas Cirugía digestiva". F. Galindo, www.sacd.org.ar, 2009

En las figuras 2a y 2b, se observa que el páncreas recibe su irrigación arterial del tronco celiaco y la arteria mesentérica superior. Una vez que han penetrado las arterias en el páncreas las mismas se interconectan a través de una rica red de anastomosis arteriales que hacen del páncreas un órgano particularmente resistente a la isquemia.



a.



b.

Figura 2ª. y 2b. Irrigación arterial del páncreas.

Fuente: Jennifer Parsons Brumbaugh.

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

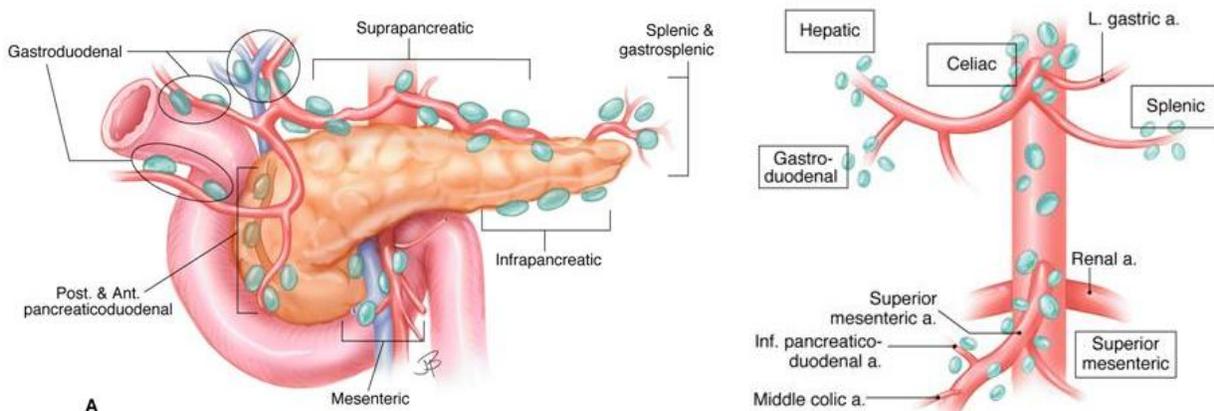


Figura 3. Anatomía linfática del páncreas.

Fuente: Jennifer Parsons Brumbaugh.

En cuanto a la anatomía linfática del páncreas: observada en la figura 3. El tejido intralobular del páncreas esta desprovisto de tejido linfático, el mismo comienza a partir de capilares linfáticos en el tejido interlobular. Estos linfáticos capilares se conectan por anastomosis para formar conductos linfáticos mayores que trascurren por la superficie del páncreas generalmente alrededor de los vasos sanguíneos.

Los linfáticos del páncreas vacían su contenido en ganglios linfáticos regionales (figura 4). Drenaje linfático de la cabeza: El drenaje linfático principal de la cabeza se hace a través de los nódulos pancreático duodenales anterior. Los nódulos linfáticos de la cabeza drenan directamente en los nódulos de la porción inferior de la cabeza, los yuxta aórticos y los para aórticos. Los linfáticos eferentes de los nódulos pancreático duodenales anteriores drenan en los nódulos de la porción inferior de la cabeza, en los yuxta y para aórticos. Los linfáticos eferentes de los nódulos pancreático duodenales posteriores drenan en los nódulos yuxta y para aórticos. Los nódulos linfáticos para aórticos reciben en forma directa o indirecta el drenaje linfáticos del páncreas, este grupo ganglionar esta localizado en las regiones bilaterales y anteriores de la aorta desde el tronco celiaco hasta el origen de la mesentérica inferior. Drenaje linfático del cuerpo y cola de páncreas: La mayoría de los linfáticos del cuerpo y cola de páncreas drenan en los ganglios esplénicos. Algunos linfáticos también drenan directamente en nódulos de la porción inferior de la cabeza o para aórticos. Los linfáticos eferentes de los nódulos esplénicos drenan en los ganglios yuxta y para aórticos.

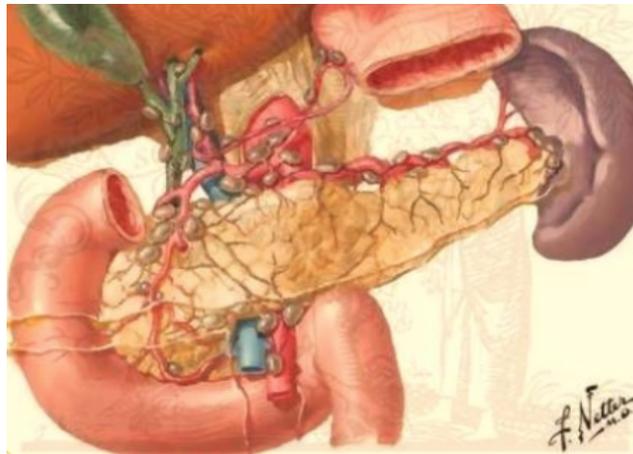


Figura 4. Anatomía linfática del páncreas.

Fuente: Netter, Atlas de Anatomía Humana (2007).

Neuroanatomía del páncreas: (figura 5) como cualquier otro órgano abdominal, el páncreas esta innervado por nervios simpáticos y parasimpáticos. Los nervios simpáticos se originan principalmente de los nervios esplácnicos mayores y menores. El nervio esplácnico mayor esta usualmente formado por ramas del ganglio simpático T4-10 y el nervio esplácnico menor por los ganglios T9-L2. Los nervios esplácnicos pasan a través del diafragma para formar el plexo celiaco. La innervación parasimpático del páncreas se origina de los nervios vagos y llegan al páncreas a través del plexo celiaco.

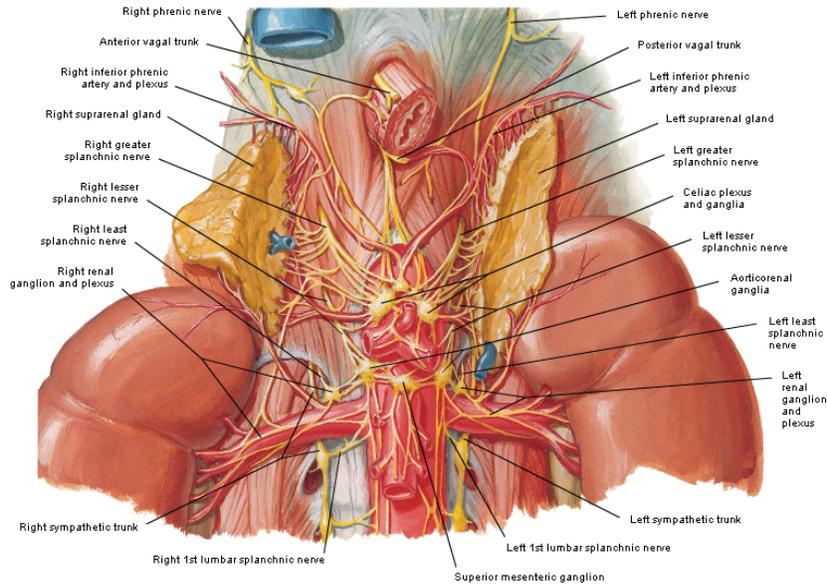


Figura 5. Neuro anatomía del páncreas.

Fuente: Netter, Atlas de Anatomía Humana (2007).

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

Páncreas menor: la cabeza de páncreas presenta en su extremidad inferior e izquierda una prolongación, el gancho (uncus, o páncreas menor de Winslow). El mismo se localiza por detrás de la vena mesentérica superior, en el 41% de los casos no supera la vena, en el 32% de los casos alcanza el intervalo entre la arteria y la vena mesentérica superior, en el 15% de los casos se extiende por detrás de la arteria mesentérica superior y en el 12% de los casos llega hasta la aorta.

En la lamina que fija al páncreas a la arteria mesentérica superior y a la aorta, transcurren elementos nerviosos y linfáticos y el segmento inicial de las arterias pancreaticoduodenales posterior y casi la totalidad de las laminas nerviosas procedentes del ganglio semilunar, del plexo preaórtico y del plexo mesentérico.

La cabeza esta irrigada por las arterias pancreático duodenales superior rama de la arteria gastroduodenal y por las arterias pancreaticoduodenal inferior rama de la arteria mesentérica superior. Ambas arterias pancreático duodenales se dividen en ramas anteriores y posteriores para anastomosarse y formar las arcadas arteriales anterior y posterior.

Las arterias pancreaticoduodenales superiores anterior y posterior son casi constantes en su origen, mientras que las arterias pancreaticoduodenal inferiores anterior y posterior pueden nacer en forma separada o de un tronco común de la arteria mesentérica superior. La arcada posterior generalmente discurre por detrás del colédoco retro duodenal y luego detrás de la cabeza del páncreas, en el espesor de la fascia de coalescencia de Treitz. La arcada anterior que es la rama terminal de la arteria gastroduodenal discurre a 1,5 cm de distancia de la pared interna del duodeno. La irrigación de la porción terminal del colédoco y la ampolla de Vater es provista por las ramas de la arcada posterior.

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

Cola de páncreas: es el único segmento intraperitoneal del órgano , esta contenido en el espesor del epiplón pancreaticoesplénico. La hojilla anterior de este ligamento prolonga la hojilla pre glandular que tapiza el fondo de la tras cavidad. La hojilla posterior se refleja sobre el peritoneo parietal posterior. A nivel del hilio esplénico, la unión de los epiplones pancreaticoesplénicos y gastroesplénicos forma el limite izquierdo de la bolsa retrogástrica de la tras cavidad.

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

Conductos pancreáticos: El conducto pancreático principal o conducto de Wirsung drena la secreción exocrina del páncreas. El mismo nace en la cola a partir de la confluencia de pequeños conductos, recorre todo el páncreas y se observa en la figura 6, que desemboca junto con el colédoco intrapancreática en la ampolla de Vater. El conducto de Wirsung en el cuerpo y cola se encuentra en la porción media entre el margen superior e inferior. En el cuello se aproxima a la cara posterior y se inclina en dirección caudal y dorsal atravesando la cabeza para finalmente unirse al borde izquierdo del colédoco intrapancreático y formar la ampolla de Vater. Durante su trayecto el conducto de Wirsung recibe en ángulo recto numerosos conductos secundarios que drenan la secreción exocrina de todo el páncreas. Un drenaje adicional del páncreas puede ser realizado a través del conducto accesorio (Santorini) que se anastomosa con el conducto pancreático principal y drena su contenido en el duodeno a través de la papila menor, localizada aproximadamente a 2cm por arriba de la papila mayor.³⁶

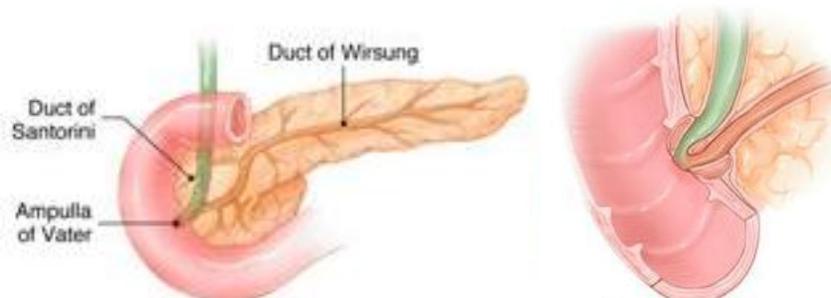


Figura 6. Conducto de Wirsung.
Fuente: Jennifer Parsons Brumbaugh.

³⁶ Ocampo C y Zandalazini H. Op. Cit pp 37.

5.2 HISTOLOGÍA:

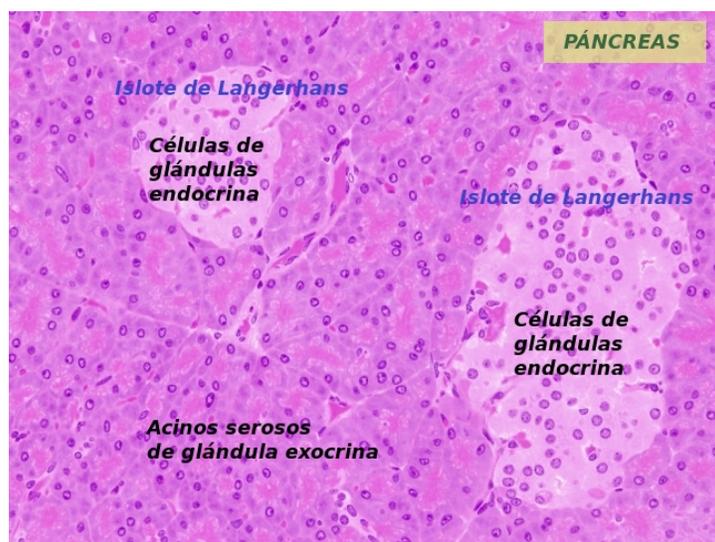


Figura 7. Histología del páncreas.

Fuente: FACMED, UNAM.

El parénquima pancreático está formado por tejido glandular exocrino y tejido glandular endocrino la unidad funcional del páncreas corresponde al acino (Figura 7). El tejido glandular exocrino está compuesto por numerosas células glandulares, dispuestas radialmente alrededor de un conducto excretor, formando acinos, éstos acinos secretan sus sustancias a un sistema de conductos excretores que progresivamente van aumentando su calibre y modificando sus epitelios. Una característica del tejido pancreático es que en la parte media de un acino a menudo existe un núcleo que pertenece a células conocidas como centroacinares, se advierte que éstas células son estructuras terminales del sistema de conductos, invaginadas en el interior del acino, disposición que es propia y única del páncreas.³⁷

Cada acino está formado por un grupo irregular de células secretoras que drenan hacia un conducto diminuto, no secretor. Estos pequeños conductos drenan hacia conductos de tamaño mayor progresivamente. Los conductos pequeños están revestidos por un epitelio cúbico simple que se transforma en cúbico estratificado en los conductos de mayor calibre.³⁸

³⁷ Daniel S. Longnecker. "Anatomy and Histology of the Pancreas" Department of Pathology, Geisel School of Medicine at Dartmouth, Lebanon, NH. March 21, 2014. www.pancreapedia.org/reviews/anatomy-and-histology-of-pancreas

³⁸ Sánchez-Bernal C, San Román García JI, López Rodríguez MA, Calvo Andrés JJ. "Fisiología y bioquímica del páncreas." En: Navarro S, Pérez-Mateo M, Guarner L, editores. Tratado de páncreas exocrino. Barcelona: J&C Ediciones Médicas; 2002. p. 11-34.

Cuando aumentan de tamaño, los conductos están recubiertos por una capa de tejido conectivo denso que se hace cada vez más gruesa y la pared del conducto pancreático contiene musculatura lisa. A mayor aumento, los acinos pancreáticos aparecen formados por células de forma piramidal que proyectan sus vértices hacia la luz de un pequeño conducto. Sus núcleos se localizan basalmente y están rodeados por citoplasma basófilo, rico en RER; las porciones apicales de las células están repletas de gránulos secretores eosinófilos de zimógeno. Los conductos excretores más pequeños se unen con la luz de los acinos y en el centro de estos se ven frecuentemente células que revisten los conductos, las células centroacinares, y se reconocen por su núcleo poco teñido y su citoplasma escaso y pálido. (Sánchez-Bernal et al. Op. Cit Pp 43)

Conductos pancreáticos: (Figura 8)

- ∞ **Conducto intercalar:** es el que sale del acino, está compuesto por epitelio cúbico aplanado.
- ∞ **Conducto intralobulillar:** formado por la unión de varios conductos intercalares, está constituido por epitelio cúbico simple o cilíndrico bajo.
- ∞ **Conducto interlobulillar:** aparecen de la unión de varios conductos intralobulillares, está compuesto por epitelio cilíndrico bajo.
- ∞ **Conducto de wirsung y Santorini:** están formados por un epitelio cilíndrico simple con algunas células caliciformes.³⁹

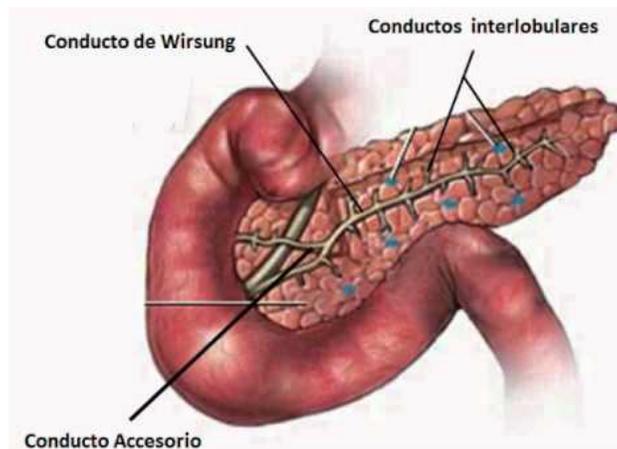


Figura 8. Conductos pancreáticos.

Fuente: FACMED, UNAM.

El tejido glandular endocrino lo componen los islotes de Langerhans, que son acúmulos de distribución amplia de células secretoras de hormonas. Entre las células que secretan hormonas, dispuestas en forma de cordones anastomóticos, se advierten innumerables capilares fenestrados con cantidad mínima de tejido conectivo laxo.

³⁹ Facultad de medicina, UNAM. "Atlas digital de histología". 2009

Dando soporte a los tejido glandulares y epiteliales encontramos tejido conectivo dispuesto en trabéculas. Los islotes de Langerhans están formados por grupos de células secretoras sostenidas por una red fina de reticulina y por numerosos capilares fenestrados. Cada islote está rodeado por una fina cápsula reticular. Las células endocrinas son pequeñas y poseen un citoplasma granular poco teñido; por el contrario, las células grandes de los accinos pancreáticos que los rodean se tiñen intensamente. El páncreas endocrino posee células secretoras de tres tipos: alfa, beta y delta, que segregan glucagón, insulina y somatostatina respectivamente. (FACMED UNAM, Op. Cit. Pp 44)

5.3 FISIOLÓGIA:

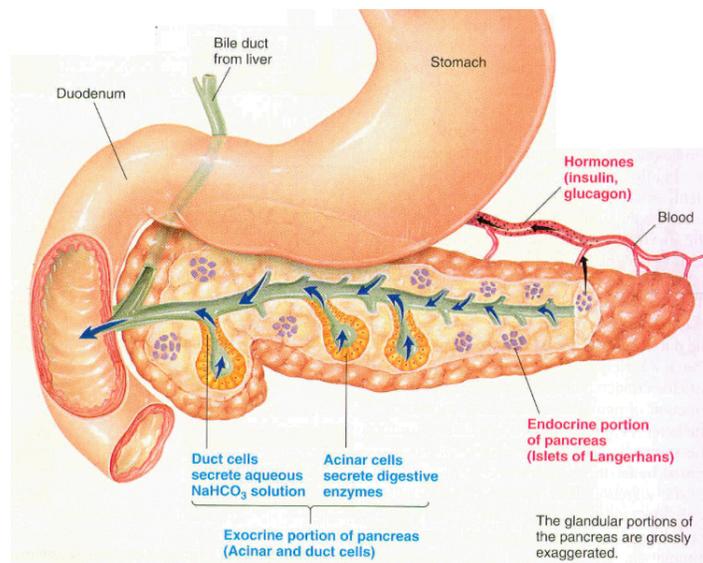


Figura 9. Función exocrina.

Fuente: Jennifer Parsons Brumbaugh.

Función exocrina. La función exocrina⁴⁰ consiste en la secreción del jugo pancreático al duodeno para que prosiga la digestión de los alimentos que han salido del estómago, (Figura 9), por lo que ésta función debe estar regulada para que coincida con la salida del material gástrico al duodeno. El mecanismo regulatorio se pone en marcha cuando unas células que se encuentran en la mucosa intestinal, son estimuladas por el contenido ácido del estómago. Éstas células secretan dos hormonas que pasan a sangre y llegan al páncreas y hacen que éste secreté iones bicarbonato y enzimas que intervienen en la digestión: amilasa, lipasa, tripsina, quimio tripsina, éstas dos, secretadas en sus formas inactivas: tripsinógeno y quimiotripsinógeno, que se activan al entrar en contacto con el jugo intestinal, carboxipeptidasas y nucleasas. Éstas enzimas intervienen en la digestión de glúcidos, lípidos, proteínas y ácidos nucleicos.

⁴⁰ Sánchez-Bernal C. et al Op. Cit. Pp 43

Composición de la secreción pancreática: El páncreas excreta diariamente alrededor de 15 gr. de enzimas diversas en aproximadamente 2000 ml de líquido. La composición del jugo pancreático es una mezcla de dos diferentes fluidos. Uno de ellos es una solución de alto volumen de bicarbonato de sodio. El otro es una solución de cloruro de sodio que contiene altas concentraciones de enzimas digestivas. Todas las enzimas digestivas son secretadas del citoplasma de la célula acinar dentro de membranas y en forma de zimógenos inactivos, la activación de estos zimógenos ocurren normalmente en la luz del intestino. El bicarbonato secretado neutraliza el ácido gástrico y mantiene el pH intraluminal arriba de 6 principalmente en los primeros 15cm del intestino delgado. El mantenimiento del pH por arriba de 6 es importante para: prevenir el daño de la mucosa duodenal por el ácido gástrico y la pepsina, proveer un ambiente químico óptimo para la acción de las enzimas pancreáticas y mantener determinadas sales biliares en su forma soluble.

Función endocrina: (Figura 10) La unidad anatómico funcional del páncreas endocrino son los islotes de Langerhans, cuya masa corresponde al 2% del peso total. En ellos se sintetizan la insulina en las células beta, el glucagón en las células alfa, y la somatostatina en las células delta. Los islotes tienen una fina red vascular y están dotados de un sistema venoso tipo portal orientado desde las células beta, hacia las alfa y delta. Están inervados por el sistema nervioso autónomo y existen comunicaciones intercelulares. (Sánchez-Bernal et al. Op. Cit Pp 43)

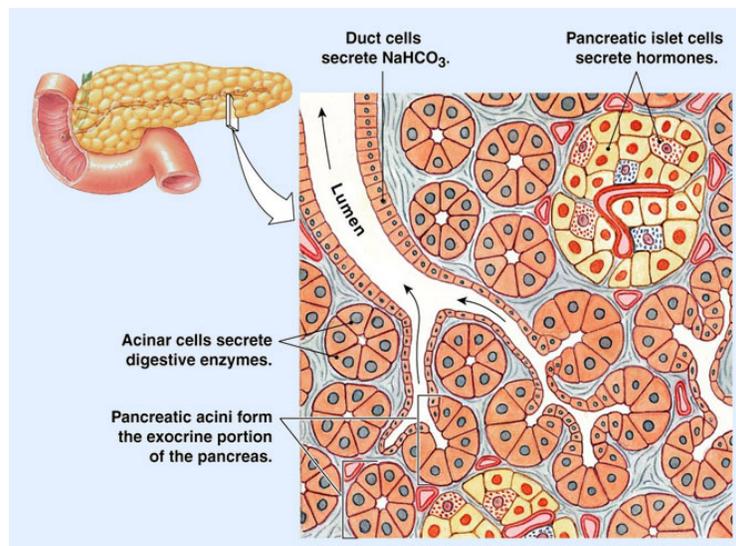


Figura 10. Función endócrina del páncreas.

Fuente: Jennifer Parsons Brumbaugh.

Las células beta y la insulina

Síntesis de Insulina: El primer péptido de su síntesis es la "pre-proinsulina". En el retículo endoplásmico se pliega espacialmente con 2 puentes disulfuros, formándose la "proinsulina".⁴¹

Regulación de la Secreción de Insulina: La secreción de insulina está regulada por la interacción de sustratos, del sistema nervioso autónomo, de hormonas y de señales intercelulares (paracrinas). La interregulación entre glucosa e insulina es capaz de mantener los niveles de glicemia en un estrecho margen fisiológico. La célula beta tiene la sensibilidad de percibir pequeños cambios de la glicemia, respondiendo de inmediato con una secreción insulínica proporcional. En condiciones normales, si existe mayor demanda por una elevación mantenida de la glucosa, aumenta la sensibilidad a ella y luego es capaz de estimular la replicación de las células beta. Estos efectos tienen una distinta secuencia temporal: en segundos responde a los cambios de la glicemia, en minutos aumenta la sensibilidad y en semanas se adapta incrementando la masa celular.

Las células alfa y el glucagón

Síntesis de Glucagón: El glucagón es una hormona peptídica, sintetizada y secretada por las células alfa del páncreas. El cerebro, glándulas salivares e intestino sintetizan y secretan péptidos inmunológicamente relacionados con el glucagón. La pro hormona, proglucagoón, es capaz de liberar otros péptidos a través de un proceso de post traducción tejido específico. El páncreas sintetiza predominantemente glucagón. El glucagón actúa en el metabolismo de sustratos energéticos y es la señal intestinal más importante para inducir síntesis y secreción de insulina en el páncreas.

Regulación de la Secreción de Glucagón: La secreción de glucagón también está interregulada por sustratos, por el sistema nervioso autónomo, por hormonas y señales intercelulares. La concentración de la glucosa es la señal fisiológica fundamental: niveles bajos la estimulan, mientras que la elevación de la glucosa, la inhibe. Los aminoácidos estimulan la secreción de glucagón. Tanto el sistema vagal como el simpático y el péptido inhibidor gástrico en concentraciones fisiológicos, también son estimuladores. Por posibles mecanismos paracrin, la insulina y la somatostatina ejercen un efecto inhibitor.

⁴¹ Facultad de medicina, UNAM. Op. Cit pp 44

Las células delta y la somatostatina

Síntesis de Somatostatina: La somatostatina aislada originalmente del hipotálamo, está ampliamente distribuida en las neuronas del sistema nervioso central y del intestino y en las células delta de la mucosa gástrica, intestinal, del colon y de los islotes de Langerhans. La prohormona, la pro somatostatina es sometida a un proceso de post traducción diferencial y tejido específico que condiciona su expresión. La localización de la somatostatina en órganos cuya función es la digestión, absorción y utilización de los nutrientes recibidos a través de la alimentación, ha sugerido que esta hormona juegue un rol en la homeostasis de nutrientes.

Regulación de la Secreción de Somatostatina: La glucosa estimula su secreción con una relación dosis-respuesta. Igualmente lo hacen los aminoácidos y cuerpos cetónicos. Las enterohormonas (gastrina, colecistokina, GIP y secretina) estimulan la secreción de somatostatina, mientras el glucagón la inhibe posiblemente por un mecanismo paracrino. (FACMED UNAM, Op. Cit. Pp 44)

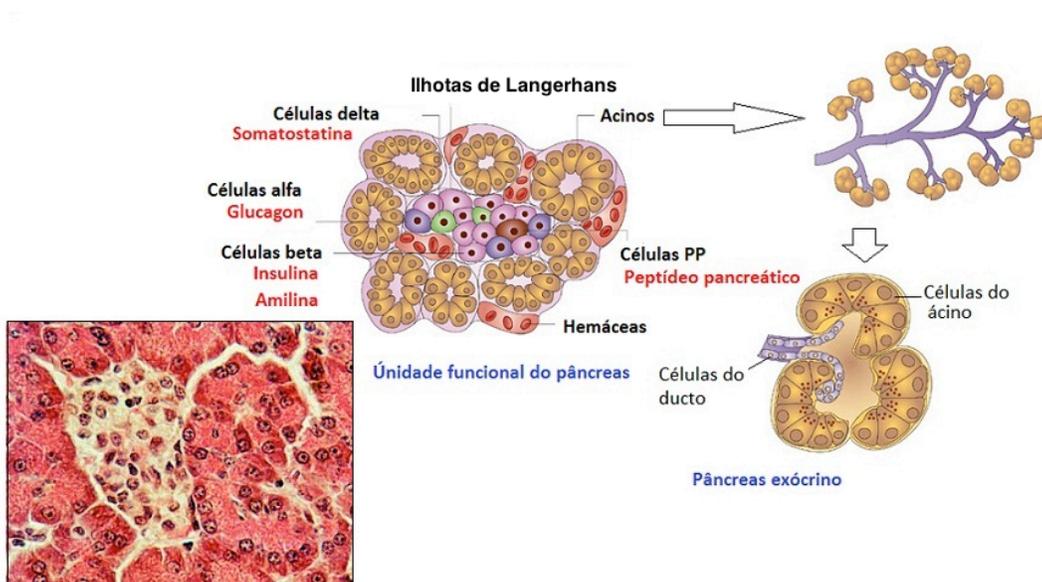


Figura 11. Islotes de Langerhans.

Fuente: Jennifer Parsons Brumbaugh.

Efectos metabólicos de las hormonas pancreáticas

Efectos de la Insulina: Se le define como una hormona anabólica: promueve el depósito de sustratos energéticos y la síntesis de proteínas. Y anticatabólica: frena la movilización de sustratos. El aumento de secreción luego de una comida, induce una vasodilatación que facilita la distribución de sustratos hacia los tejidos.

Si bien sus efectos son más evidentes en la regulación de la homeostasis de la glucosa, tiene un papel fundamental en la metabolización de aminoácidos, ácidos, grasos, cetoácidos y lipoproteínas. Favorece la utilización de la glucosa y frena su producción endógena. En el tejido muscular y adiposo estimula el transporte de glucosa a través de la membrana y aumenta la oxidación de la glucosa. En el hígado, en donde el transporte de glucosa es independiente de insulina. Favorece la síntesis de triglicéridos, y frena su hidrólisis. Disminuye la concentración de ácidos grasos libres en el plasma y su entrega al hígado. Inhibe la citogénesis hepática y facilita la utilización periférica de los cetoácidos. Es una hormona anticetogénica, ya que reduce la movilización de ácidos grasos hacia el hígado, reduce su penetración a la mitocondria y favorece su incorporación hacia el ciclo de Krebs y la síntesis de triglicéridos. Aumenta la captación de aminoácidos a nivel muscular, favorece la síntesis proteica e inhibe la proteólisis. Reduce la concentración de aminoácidos ramificados en la sangre, la degradación de proteínas a aminoácidos y su oxidación.⁴²

Acciones del Glucagón: Es una hormona catabólica y tiene una importante función en la movilización de sustratos. Estimula la neoglucogenia y la glicogenólisis, activando la producción hepática endógena de glucosa. Activa la lipólisis y el transporte de ácidos grasos hacia el hígado. Tiene un rol fundamental en la citogénesis hepática, incrementando los niveles de carnitina y reduciendo los niveles de malonil CoA. Acelerando el paso de ácidos grasos a la mitocondria y en condiciones de déficit insulínico, su transformación en cetoácidos. A nivel muscular, favorece la degradación de proteínas a aminoácidos, su salida hacia el hígado y su posterior transformación a glucosa (neoglucogenia).²¹

Acciones de la Somatostatina: Su principal efecto es modular la absorción intestinal de sustratos, ya que inhibe las funciones endocrinas, exocrinas y motoras del tracto gastrointestinal. Es posible que en forma indirecta regule la respuesta proporcional de insulina y glucagón en acuerdo a los requerimientos, oferta y disponibilidad de sustratos energéticos. Ello porque existe una compleja interregulación entre las tres hormonas, ejerciendo la somatostatina un efecto inhibitor sobre el glucagón e insulina.²¹

5.1.2 PERITONEO Y RETROPERITONEO:

La cavidad peritoneal es el espacio extravascular más grande del organismo, es una membrana serosa embriológicamente derivada del mesénquima, formada por tejido conectivo laxo, el cual esta recubierto por una capa continua que es el mesotelio, el peritoneo parietal y visceral.⁴³

⁴² Sánchez-Bernal C et al. Op. Cit pp 44.

⁴³ Netter, F.H. Atlas de Anatomía Humana. Cuarta edición. Elsevier-Masson, 2007, 2009

El peritoneo se estructura en dos capas: la capa exterior, llamada peritoneo parietal, está adherida a la pared abdominal y la capa interior, peritoneo visceral, envuelve los órganos situados dentro de la cavidad abdominal. El espacio entre ambas capas se denomina cavidad peritoneal; contiene una pequeña cantidad de fluido lubricante (entre 50 y 100 ml) que permite a ambas capas deslizarse entre si, con una superficie de 2 m², barrera pasiva y semipermeable a la difusión de agua y solutos de bajo peso molecular.

El peritoneo y sus modificaciones o pliegues peritoneales:

- ∞ Mesos.
- ∞ Epiplones u omentos.
- ∞ Ligamentos.

El retro peritoneo es la región anatómica abdominopélvica, localizada entre la hoja posterior del peritoneo parietal y la pared posterior del abdomen. Esta pared la forman, los cuerpos vertebrales, y discos de las vertebrae lumbares, y los músculos psoas, iliaco y cuadrado lumbar, se forma así un solevantamiento medio (lordosis lumbar y los canales paravertebrales).

En este espacio retroperitoneal se encuentran elementos viscerales: los riñones, páncreas, cápsula suprarrenal; grandes vasos: la aorta, la vena cava inferior, así como raíces nerviosas importantes como son las ramas del plexo lumbar y la cadena o tronco simpático lumbar. (Figura 12)

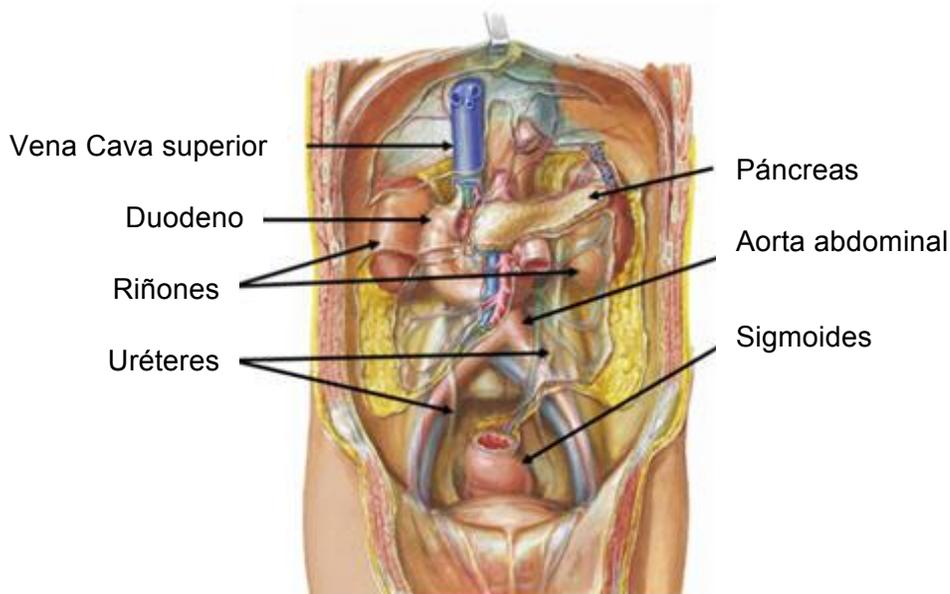


Figura 12. Órganos retroperitoneales.

Fuente: Netter, Atlas de Anatomía Humana (2007).

Finalmente se encuentran también músculos como el psoas iliaco, el cuadrado lumbar, que son músculos que están tapizando la pared posterior del retro peritoneo. En la figura 13, se ilustran los límites retroperitoneales:

- ∞ Superior: diafragma
- ∞ Inferior; plano imaginario trazado tangente en ambas crestas iliacas, el plano bicrestal.
- ∞ Anterior: hoja posterior del peritoneo
- ∞ Posterior: pared posterior del abdomen
- ∞ Lateralmente: este espacio va a encontrarse ubicado en las porciones mas dístales de los últimos arcos costales. (Netter, F.H. Op. Cit. Pp 50)

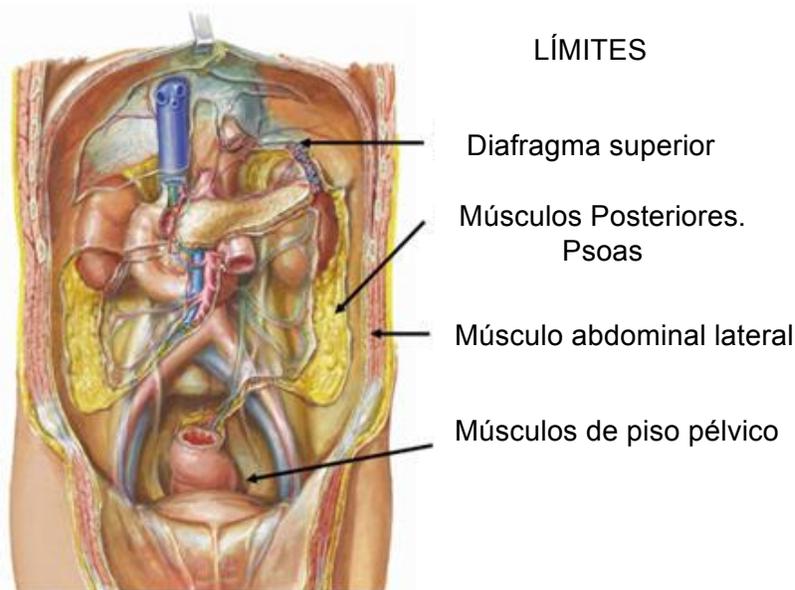


Figura 13. Límites del Retroperitoneo.

Fuente: Netter, Atlas de Anatomía Humana (2007).

5.4 EPIDEMIOLOGÍA:

El cáncer de páncreas representa el 4% de todos los cánceres a nivel mundial, y el 5% de las muertes relacionadas al cáncer en el mundo. Es la octava causa de morbilidad relacionada a cáncer y la cuarta causa de mortalidad por cáncer en EUA. En México ocupa el quinto lugar de mortalidad por cáncer y la sexta en mujeres (Figura 14). Sin embargo ocupa el decimo lugar en incidencia en México en ambos sexos. A nivel mundial, según datos de la Organización mundial de la salud, (Globocan, WHO, 2012), el cáncer de páncreas ocupa el doceavo lugar en incidencia, en hombres y mujeres, y el cuarto lugar en mortalidad.⁴⁴

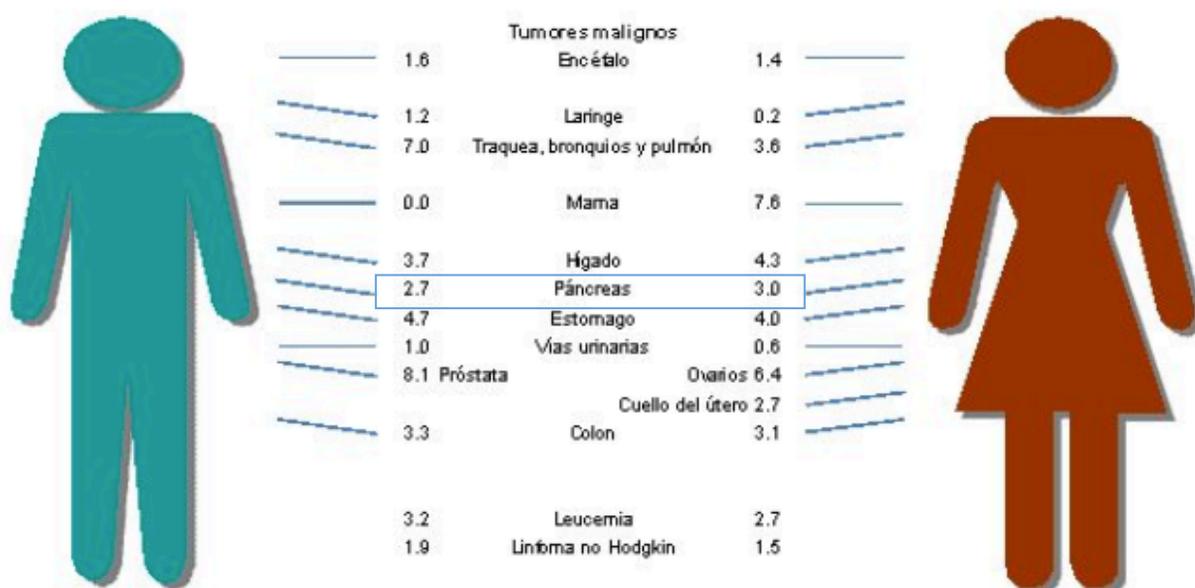


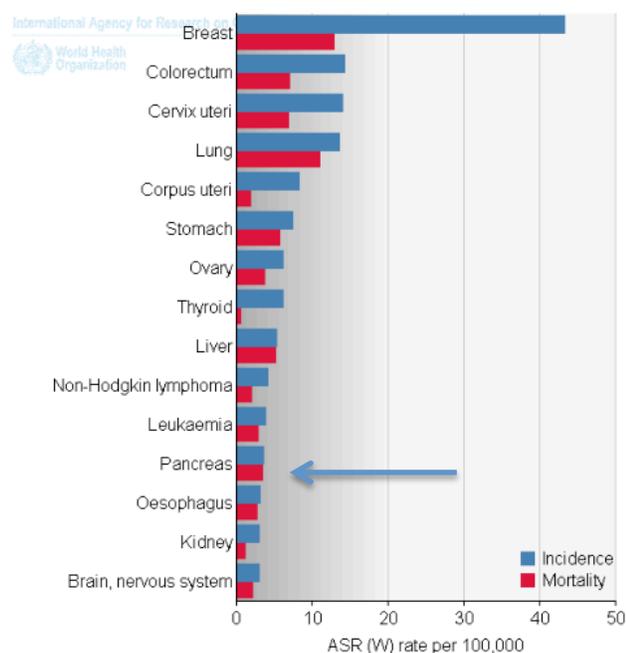
Figura 14. Mortalidad por tipo de cáncer y por sexo.

Fuente: Herrera, Granados.

⁴⁴ Herrera Gómez A., Granados García M. "Manual de Oncología Procedimientos médico quirúrgicos". Quinta Edición. Mc Graw Hill

En la imagen a continuación es muy ilustrativo que el mayor impacto del cáncer de páncreas, lo constituye el hecho de que fallecen casi el mismo número de casos que se diagnostican. Teniendo una relación entre incidencia del 4.8% y una mortalidad del 4.2%. (Figura 15).⁴⁵

Estimated age-standardised incidence and mortality rates: women



Estimated age-standardised incidence and mortality rates: men

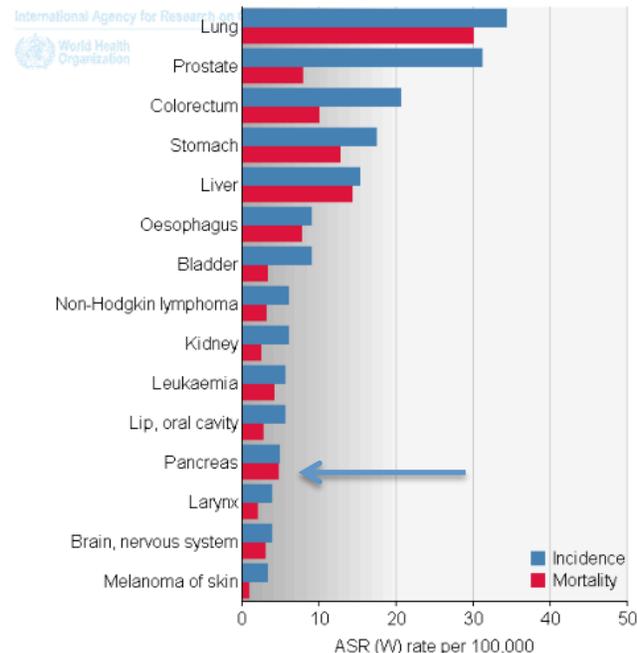


Figura 15. Relación incidencia y mortalidad por sexo, mundial.

Fuente: Globocan 2013.

El 80% de los casos ocurre entre los 60 y 80 años de edad, con una mediana de 69 años, y es más frecuente en el género masculino, con una proporción de 1.5:1 respecto de las mujeres. Es raro que se presente antes de los 40 años, sin embargo, cuando se presentan tumores quísticos y papilares, son más frecuentes en mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida.

⁴⁵ Granados García M., Arrieta Gonzalez O., Cantú de León D. "Oncología y cirugía: Bases y principios". Instituto Nacional de Cancerología. Manual moderno. 2013

La mayoría de los casos corresponden a adenocarcinoma de células ductales, seguidos de otros tipos de tumores del tejido exocrino.⁴⁶

Durante el año 2012, la sociedad americana contra el cáncer publicó las áreas principales del cuerpo afectadas por nuevos casos de cáncer (incidencia) y la mortalidad. (Figura 16) Esto calculado para población hispana.⁴⁷

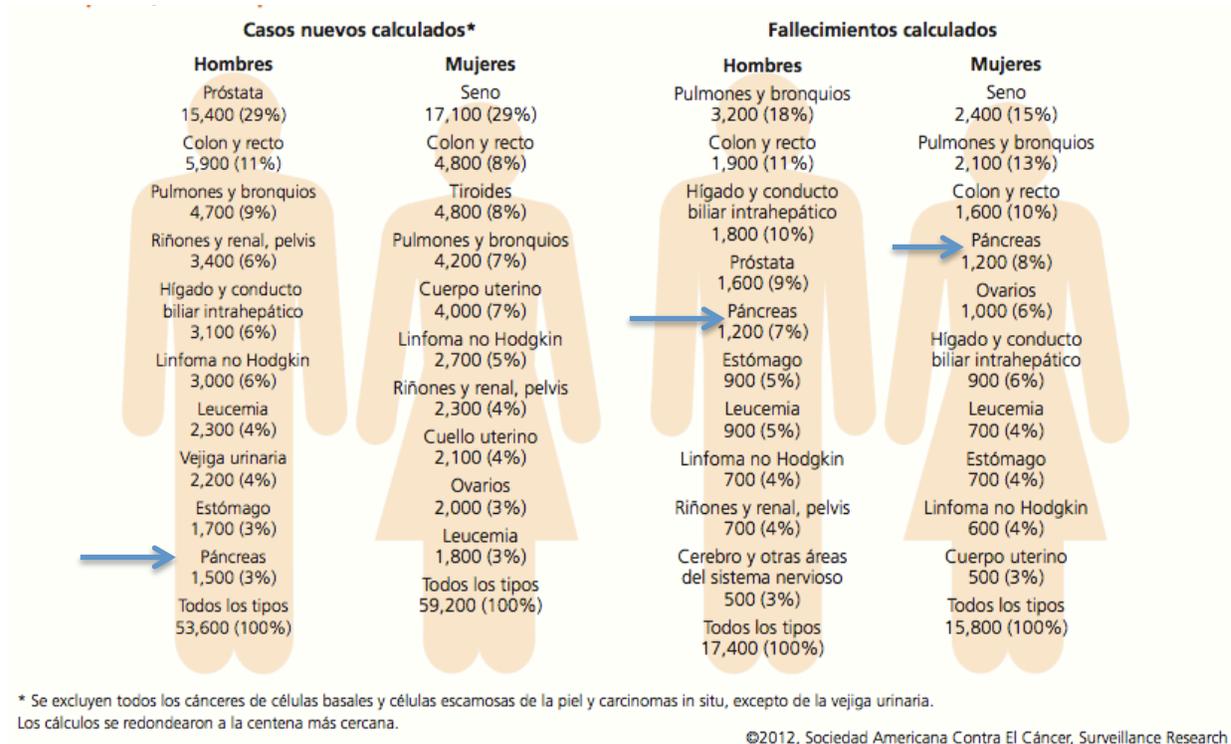


Figura 16. Relación Incidencia mortalidad. Población hispana.

Fuente: American Cancer Society.

⁴⁶ Robles Díaz G., Fastag Daniela. "Cáncer de Páncreas. Epidemiología y factores de riesgo." Memorias. Cáncer de Páncreas. Fac. Medicina UNAM. Rev Gastroenterol Méx., Vol. 72, 2007. <http://www.revistagastroenterologiamexico.org>

⁴⁷ American Cancer Society. "Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos Latinos" 2012-2014. Atlanta: Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2014.

5.5 FACTORES DE RIESGO:

Un 30% de los casos se atribuye al consumo de tabaco. Otros factores son la dieta rica en carnes, grasa, café y alcohol, aunque éstos podrían ser incidentales, sobre todo el alcohol, que se asocia a pancreatitis crónica.⁴⁸

La diabetes mellitus se ha señalado como promotora y manifestación temprana. La malformación se ha vinculado con resistencia a la insulina e inicio de diabetes después de los 40 años. La pancreatitis crónica también se considera factor de riesgo, y junto con la hiperplasia de las células mucosas y mutación del K-ras, podría ser un suceso inicial en el proceso de carcinogénesis. La pancreatitis crónica podría causar 5% de los casos. Otros factores son la exposición a radiaciones con fines terapéuticos y factores laborales propios de la industria metalúrgica, en especial la del aluminio, así como la exposición al alquitrán de carbón y madera.⁴⁹

Se estima que 8% de los casos se debe a predisposición familiar. Se ha establecido una relación con síndromes hereditarios y se han demostrado mutaciones en los genes p16 (CDKN2), p53, BRCA2, y STK11/LKB1, además de mutación puntual de K-ras en 75 a 90% de los pacientes.⁵¹

⁴⁸ Robles Díaz G., et al. Op. Cit pp 54.

⁴⁹ Granados García M., et al. Op. Cit pp 53.

5.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Desde la aparición de los síntomas hasta que se establece el diagnóstico, suelen transcurrir cuatro a nueve meses. Los síntomas son inespecíficos y tardíos.⁵⁰

Al diagnóstico, la manifestación más común es la pérdida ponderal, presente en 90% de los casos. Le sigue la ictericia con un 85% que, en conjunto con dolor, forman una triada que indica sospecha muy marcada de la neoplasia, triada que podría representar una oportunidad de diagnóstico temprano. La ictericia es manifestación de obstrucción biliar y a su vez podría representar una oportunidad de tratamiento oportuno.⁵¹

El dolor presente en el 70% de los casos, es de inicio insidioso en el epigastrio, intermitente, cada vez más intenso, que se irradia hacia ambos hipocondrios y la espalda; asimismo, suele aumentar con las comidas y se acompaña de sensación de plenitud.

La hepatomegalía 60% es ocasionada por colestasis e infiltración grasa; es importante señalar que no es un dato de inoperabilidad, mientras que un tumor palpable casi siempre indica tumores del cuerpo y cola, y es un dato de enfermedad avanzada.

Los tumores que surgen en la cabeza del páncreas causan ictericia obstructiva y dolor, en tanto que las del cuerpo y cola provocan síntomas tardíos, por lo que casi siempre, al momento del diagnóstico ya existen metástasis.⁵²

El dolor típico se describe como dolor lumbar en la región media o superior y se atribuye a la invasión del plexo celiaco y del mesentérico. Además, la mayoría de los sujetos sufre intolerancia a la glucosa en grado variable.

El signo de Courvoisier (vesícula palpable indolora) se encuentra en 25% de los pacientes. Otras manifestaciones raras son secundarias a síndromes paraneoplásicos, como el síndrome de Trousseau (flebitis migratoria superficial) y la paniculitis nodular sistémica.⁵³

⁵⁰ American Cancer Society. Op. Cit pp 54.

⁵¹ Granados García M. Op. Cit pp 53

⁵² Herrera Gómez A. Op. Cit pp. 9

5.7 VÍAS DE DISEMINACIÓN:

El 60% de los tumores se ubica en la cabeza del páncreas, 20% en el cuerpo o cola, y el resto es tan extenso que resulta imposible precisar su origen. La diseminación ocurre por extensión directa a órganos adyacentes y estructuras vasculares, por vía linfática a los ganglios regionales, por vía hematológica a órganos distantes, principalmente hígado, y por propagación transcelómica al peritoneo y epiplón.

La primera forma de diseminación se observa en 60 a 70% de los pacientes al diagnóstico y explica la invasión del duodeno, estómago y colon transverso. La importante diseminación linfática tiene lugar al principio hacia los ganglios pancreáticos superiores y pancreatoduodenales. La diseminación hematológica explica la afección hepática, presente hasta en 70% de los casos.⁵³

No son raros los implantes tumorales en la cavidad peritoneal, el peritoneo es el segundo sitio más común de invasión extranodal, después del hígado.⁵⁴ En la figura 17 se observa el orden de diseminación, y los órganos más frecuentes a los que metastatiza el cáncer de páncreas.

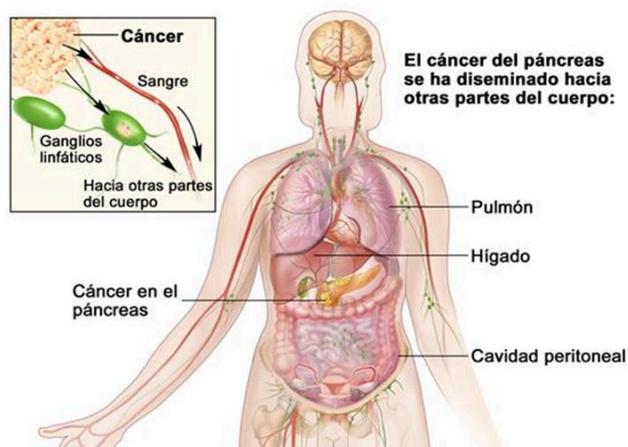


Figura 17. Vías de diseminación transcelómica linfática y hematológica.

Fuente: American Cancer Society.

⁵³ Granados García M. Op. Cit pp 53

⁵⁴ American Cancer Society. Op. Cit pp 54.

5.8 DIAGNÓSTICO:

Ante la sospecha, es indispensable una historia clínica completa buscando datos que sugieran enfermedad metastásica. Los estudios de laboratorio suelen mostrar resultados inespecíficos; cuando están alterados, reflejan casi siempre ictericia obstructiva.⁵⁵

El marcador más utilizado es el CA 19-9, que posee una sensibilidad de 81% y especificidad de 90%.¹¹ Sin embargo, es inespecífico para el adenocarcinoma de páncreas, ya que niveles altos se pueden encontrar en otras malignidades del aparato gastrointestinal (sobre todo en individuos con enfermedad avanzada), en trastornos benignos (como pancreatitis aguda y crónica, cirrosis, colangitis e ictericia hepatocelular). La especificidad es baja en presencia de ictericia en cualquiera de sus tipos, mientras que en pacientes no icterémicos puede ser un excelente complemento de procedimientos radiográficos para el diagnóstico de malignidad pancreática. Sólo 55% de los individuos con cáncer pancreático de menos de 3 cm de tamaño muestra niveles incrementados de CA 19-9, por lo que tiene un valor limitado en el diagnóstico de cáncer temprano. El CA 19-9 puede ayudar en el pronóstico ya que, niveles muy altos suelen significar enfermedad metastásica; y a su vez puede ayudar en el seguimiento. Otros marcadores no parecen mostrar superioridad respecto a CA 19-9; por la cual, éste es el marcador de elección.⁵⁶

Los estudios de imagen son indispensables para apoyar el diagnóstico y para evaluarla extensión de la enfermedad; en este sentido son de especial interés para predecir resecabilidad. La ultrasonografía se limita a la evaluación inicial de la ictericia obstructiva y es poco útil en la valoración de lesiones pancreáticas pequeñas (1 a 1.5 cm), ya que su sensibilidad no es mayor de 70%. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) es indispensable, define mejor la extensión y puede anticipar la resecabilidad en 75% de los pacientes y la irresecabilidad en 85%. Los criterios topográficos de irresecabilidad incluyen alteración circunferencial del tronco portal de la vena mesentérica superior, de la vena porta, arteria mesentérica superior, o el tronco celiaco y la presencia de metástasis a distancia. La TAC helicoidal es más sensible ya que es capaz de realizar reconstrucciones en tres planos.

En contraste, el ultrasonido endoscópico (UTE) tiene una eficacia comparable a la TAC helicoidal en la evaluación del tumor primario, ganglios linfáticos e invasión a la vena mesentérica superior y vena porta. Además, permite la toma de muestra para biopsia en un solo procedimiento; esto es muy importante si el paciente parece ser irresecable y se someterá a quimioterapia y radioterapia. Su asociación con otro método de imagen, en particular la TAC, puede predecir mejor la resecabilidad, pero esto no se ha corroborado.

⁵⁵ Herrera Gómez A. Op. Cit pp. 9

⁵⁶ Granados García M. Op. Cit pp 53

Debido a que en la mayor parte de los casos es prescindible obtener diagnóstico histológico, el UTE no es un procedimiento de rutina. Sin embargo, para la obtención del diagnóstico citológico, el UTE es sumamente útil; un estudio prospectivo en 216 pacientes mostró sensibilidad del 91% con especificidad de 100%; aunque hay que señalar que es un procedimiento operador-dependiente.

Recientemente, la tomografía por emisión de positrones (PET) se ha utilizado en la evaluación y diagnóstico de las neoplasias pancreáticas, con sensibilidad de 85% y especificidad de 61%. Su utilidad espera ser definida.⁵⁷

La biopsia por aspiración guiada mediante TAC precisa el diagnóstico hasta en 95% de los enfermos; es útil en personas no susceptibles de resección, pero que necesitan confirmación diagnóstica para recibir tratamiento paliativo.

La laparoscopia permite valorar la extensión de la enfermedad y es de especial utilidad en sujetos con riesgo quirúrgico considerable, con alta probabilidad de portar enfermedad de poco volumen, no visible en los estudios de imagen y susceptibles de paliación por medios no invasores. La laparoscopia identifica implantes peritoneales que, de otra forma, no se reconocerían; también sirve para evaluar las superficies peritoneales, el hígado, los ganglios retroperitoneales y el estado del árbol vascular. Esta técnica se ha propuesto para reducir el número de cirugías innecesarias, principalmente en individuos con enfermedad peritoneal. No es deseable aplicarla rutinariamente a pacientes con bajo riesgo de enfermedad peritoneal, ya que esto incrementaría los costos y los riesgos del tratamiento en el paciente si éste tiene alta probabilidad de resección. Se ha señalado que el estudio laparoscópico asociado con la tomografía helicoidal pueden predecir la resecabilidad hasta de 94%. Esto aparentemente impacta porque incrementa la tasa de resecciones R0, que asciende hasta 91% cuando se emplean ambos métodos, en comparación con 53% cuando no se utiliza la laparoscopia.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se indica en pacientes que no se llevarán a cirugía resectiva inicial, a menos que haya colangitis. Si el paciente no es apto para el procedimiento quirúrgico, dicha técnica se convierte en un extraordinario método de paliación, luego de colocar una sonda para derivación tipo stent que libra al paciente de la ictericia y la colangitis. No es deseable la descompresión biliar preoperatoria si el paciente se someterá a cirugía en breve y no padece colangitis, ya que incrementa la morbilidad quirúrgica.

El diagnóstico citológico o tisular, importante en tumores irresecables, se obtiene a través de colangiopancreatografía endoscópica, citología peritoneal o biopsia guiada por TAC; pero no se requiere en un paciente susceptible de resección completa, si ésta puede hacerse con baja morbilidad. (Granados García M. Op. Cit pp 53).

⁵⁷ Robles Díaz G., et al. Op. Cit Pp 54

5.9 FACTORES PRONÓSTICOS:

La supervivencia global no es mayor al 5% a cinco años. en pacientes con tumores menores de 3cm, la supervivencia a cinco años es del 28% en comparación con tumores de dimensiones mayores que tienen una supervivencia del 15%. El 15% de los pacientes es susceptible de extirpación. El 40% tiene enfermedad localizada, pero irreseccable, y el 45% sufre metástasis a distancia al momento del diagnóstico.

El tamaño tumoral, la presencia de metástasis ganglionares y el margen positivo después de resección tienen valor pronóstico independiente. En pacientes con tumores menores de 3 cm, la supervivencia a cinco años es de 28%, en comparación con tumores de dimensiones mayores que se asocian a una supervivencia del 15%. La supervivencia a 36 meses para individuos con ganglios negativos es de 25 a 30%, y de sólo seis a ocho meses con ganglios positivos. Cuando el margen quirúrgico es positivo, la supervivencia a cinco años es de sólo de 8%.

La sobrevida del cáncer de páncreas, al momento del diagnóstico es de 6 a 18 meses, sin ningún tratamiento de 6 a 12 meses, candidatos a tratamiento es de 15 a 24 meses. La sobrevida a cinco años en este tipo de cáncer es de 4.6% a nivel mundial, y en México, es de 4.5% a cinco años.⁵⁸

⁵⁸ Granados García M. Op. Cit pp 53

5.10 ESTADIFICACIÓN:

En la tabla 1, se muestra la clasificación TNM actualmente validada y aceptada por la Comisión Americana en cáncer del 2012 (AJCC)⁵⁹, para los tumores de páncreas. Donde se describe en primer lugar el tamaño del tumor primario con la sigla T (Tumor), seguida de la descripción de invasión a sistema linfático con la letra N (Nódulos linfáticos) y finalmente la presencia de metástasis a distancia con la letra M (Metástasis). En base a estas tres descripciones del tumor, se estadifica según la clasificación de cada letra. A su vez, en la tabla se ejemplifica en un rectángulo, el estadio en el que se encuentra el tumor de Nancy.

TABLE 1: TNM staging of pancreatic tumors

Primary tumor (T)

TX	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of a primary tumor
Tis	Carcinoma in situ ^a
T1	Tumor limited to the pancreas, ≤ 2 cm in diameter
T2	Tumor limited to the pancreas, > 2 cm in diameter
T3	Tumor extends beyond the pancreas but without involvement of the celiac axis or the superior mesenteric artery
T4	Tumor involves the celiac axis or the superior mesenteric artery (unresectable primary tumor)

Regional lymph nodes (N)

NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node(s) metastasis
N1	Regional lymph node(s) metastasis

Distant metastasis (M)

M0	No distant metastasis (no pathologic M0; use clinical M to complete stage group)
M1	Distant metastasis

Stage grouping

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1	N0	M0
Stage IB	T2	N0	M0
Stage IIA	T3	N0	M0
Stage IIB	T1–3	N1	M0
Stage III	T4	Any N	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

Tabla 1. Clasificación TNM de estadificación para cáncer de páncreas.

Fuente: American Joint Committee on Cancer. (AJCC 2012).

⁵⁹ American Joint Committee on Cancer. Cancer staging manual. Séptima edición. 2012. Springer.

5.11 TRATAMIENTO:

Al diagnóstico, la mayoría de los pacientes cursa con enfermedad localmente avanzada o metastásica y sólo son susceptibles de paliación. El 15% de los pacientes resecables y sometidos a cirugía con resección completa alcanza una supervivencia a cinco años relativamente baja: 18 a 24%, lo cual se debe a una alta proporción de recaída, que es de 70% y es de tipo local y a distancia. Aunque la cirugía es pilar del tratamiento para cáncer de páncreas, los resultados de una estrategia que incluya sólo cirugía, serán uniformemente malos. Los mejores resultados, se obtienen con tratamiento combinado.

Cuando los estudios de imagen y la laparoscopia muestran una enfermedad confinada al páncreas y el paciente no padece comorbilidades significativas, se le considera candidato a tratamiento quirúrgico; no obstante, antes de intentar la resección del páncreas, debe realizarse metódicamente una evaluación en el transoperatorio.⁶⁰

Sinopsis terapéutica:⁶¹

Estadio I: La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, pero sólo 20% de los pacientes tiene una masa resecable. La supervivencia alcanza 40% con 5-FU y radiación regional adyuvante.

Estadio II: Casi todos son irresecables, pero algunos casos seleccionados se benefician de la resección. La resección quirúrgica puede aliviar la obstrucción biliar o gástrica y paliar el dolor mediante bloqueo quirúrgico del plexo celiaco. La ictericia se puede paliar con la colocación de endoprótesis vía transhepática o endoscópica. Como alternativa se considera el suministro paliativo de radioterapia, quimioterapia, o ambas.

Estadio III: Los individuos con ganglios regionales metastásicos no son susceptibles de resección, pero se justifican los procedimientos quirúrgicos o endoscópicos paliativos. De manera alternativa, se aplica quimiorradioterapia con 5- fluorouracilo.

Estadio IV: El tratamiento es paliativo, que se logra mediante ablación paliativa, analgésicos, radioterapia externa, colocación endoscópica de endoprótesis, esquemas de quimioterapia o bloqueo químico de nervios espláncnicos.

⁶⁰ Herrera Gómez A. Op. Cit pp. 9.

⁶¹ Granados García M. Op. Cit pp 54

Resección quirúrgica:

La pancreatoduodenectomía la realizó por primera vez Whipple en 1938, para un tumor en la región de la cabeza del páncreas y, hoy en día, es la terapéutica estándar de tumores resecables. Esto cuando la enfermedad resecable está confinada al páncreas, no hay afección ganglionar ni del tronco celiaco o arteria mesentérica superior y la confluencia de la vena mesentérica superior a la porta es permeable.

La pancreatoduodenectomía estándar consiste en la resección pancreática desde el borde izquierdo de la vena mesentérica superior, incluidos la cabeza y proceso uncinado. El margen de resección gástrico es el antro, pero se acepta como buena alternativa la pancreatoduodenectomía con conservación del antro y píloro (PDCAP) y la resección parcial de la vena mesentérica superior o porta. La linfadenectomía complementaria consiste en la disección de los ganglios linfáticos de la cabeza del páncreas, los ubicados a la derecha del conducto biliar e incluso el hilio hepático, en el tronco celiaco y la arteria mesentérica superior, así como el tejido retroperitoneal a los lados de la vena cava y aorta.

En personas con resección completa, la supervivencia a cinco años es relativamente baja de 18 a 24%, lo cual se debe a la recaída que alcanza 70% y es de tipo local y a distancia. Esta situación obligó al uso de quimioterapia y radiación después de la resección quirúrgica.

Tratamiento adyuvante

Aunque la cirugía es pilar en el tratamiento del cáncer pancreático, y los pacientes con resección quirúrgica se han curado, también es cierto que muchos de ellos aún sufren de la falla regional y distante, lo que impide su curación total. Por esta razón, resulta obvia la necesidad de un tratamiento adyuvante eficiente.

En este sentido, un estudio controlado demostró beneficio en la supervivencia en pacientes que recibían terapéutica adyuvante con quimiorradioterapia (5-FU 500 mg/m² por seis días y 40 Gy de radiación), al compararlos con los que no la recibieron, la supervivencia lograda fue de 20 contra 11 meses. Corroboraron los resultados de 19.5 meses contra 13.5 meses. Y también un estudio de la EORTC supervivencia a dos y cinco años de 37 y 20% contra 23 y 10%, respectivamente.

El estudio ESPAC-1 distribuyó al azar a individuos con resecciones totales en cuatro grupos (observación, quimioterapia, quimiorradiación y quimiorradiación más quimioterapia); después de 47 meses de seguimiento, se encontró mejor supervivencia en pacientes que recibieron quimioterapia.

Por esta razón, la terapéutica adyuvante con quimiorradiación basada en 5-FU es considerada el estándar en personas con tumores completamente resecaos. En cuanto a la quimiorradioterapia preoperatoria, aún no se dispone de estudios controlados que evalúen la modalidad preoperatoria contra la posoperatoria. Los esquemas más utilizados incluyen 5-FU y gemcitabina combinados con radioterapia (45 a 50 Gy) con medianas de supervivencia que oscilan entre 16 y 25 meses y con tasas de resecabilidad de 60%.

También está bajo estudio la administración de gemcitabina antes y después de la quimiorradiación con 5-FU, y se compara con la administración sola de 5-FU. En pacientes que tienen enfermedad de dudosa resecabilidad y reciben tratamiento preoperatorio para incrementar la posibilidad de resección, parece razonable evitar la radioterapia preoperatoria para minimizar la morbilidad quirúrgica.

Enfermedad local avanzada:

Desafortunadamente, al momento del diagnóstico, sólo 15% de los pacientes es susceptible de extirpación, 40% tiene enfermedad localizada, pero irresecaable, y el restante 45% sufre metástasis a distancia. Por ello, la derivación biliar interna constituye, en ocasiones, el único tratamiento posible que proporciona mejoría sintomática en los enfermos con ictericia.

Enfermedad metastásica

El tratamiento de la enfermedad metastásica es básicamente paliativo. La quimioterapia paliativa es una alternativa en sujetos con buen estado funcional. De los agentes suministrados, el 5-FU es el más estudiado, si bien en gemcitabina se había convertido en el fármaco de elección. Al comparar a los sobrevivientes tras un año de terapéutica, 18% de los tratados con gemcitabina se encontraban vivo y sólo 2% de los tratados con 5-FU.

Por otro lado el Erlotinib es el único agente biológico que ha mostrado un resultado positivo en un estudio fase III en combinación con quimioterapia, para el tratamiento de cáncer avanzado de páncreas. Estudios preclínicos mostraron su capacidad para inhibir las vías de EGFR y MAPK en modelos de cáncer de páncreas, aumentando la apoptosis en combinación con gemcitabina. (Granados García M. Op. Cit pp 54)

Tratamientos ablativos:

La ablación se refiere a tratamientos que destruyen tumores, usualmente con calor o frío extremo, radiofrecuencias, microondas, quimioembolización o radioembolización.⁶²

⁶² Herrera Gómez A. Op. Cit pp. 9.

Ablación por radiofrecuencia (RFA): se utilizan ondas radiales de alta energía como tratamiento. Por medio de la inserción de una sonda delgada parecida a una aguja en el tumor. Irradiando corriente eléctrica de alta frecuencia a través del extremo de la sonda, llevando al tumor a alta temperatura y destruye las células neoplásicas. Procedimiento utilizado principalmente para tumores pequeños.

Termoterapia por microondas: similar a la RFA, excepto que se usan microondas para destruir el tejido anormal.

Criocirugía (crio ablación): Este procedimiento destruye un tumor mediante congelación usando una sonda de metal delgada. La sonda se guía hacia el tumor y se pasan gases muy fríos a través de la sonda para congelar el tumor, lo que destruye las células cancerosas. En comparación con otras técnicas de ablación, este método se puede usar para tratar tumores más grandes.

Embolización: Mediante la embolización a través de cateterismo, se administran sustancias en una arteria para tratar de bloquear el flujo sanguíneo que irriga al tumor, causando necrosis tumoral. En ocasiones, se puede usar para tumores que son demasiado grandes como para ser tratados con ablación. (Herrera Gómez A. Op. Cit pp. 9.)

Quimio o radio embolización arterial: por medio de cateterismo arterial central, se guía hasta la arteria que irriga al tumor. Se realiza con medio de contraste y angiografía. Una vez se coloca el catéter, se administran antineoplásicos o radioisótopos o ambos en la arteria identificada para detener flujo sanguíneo.⁶³ (Figura 18).

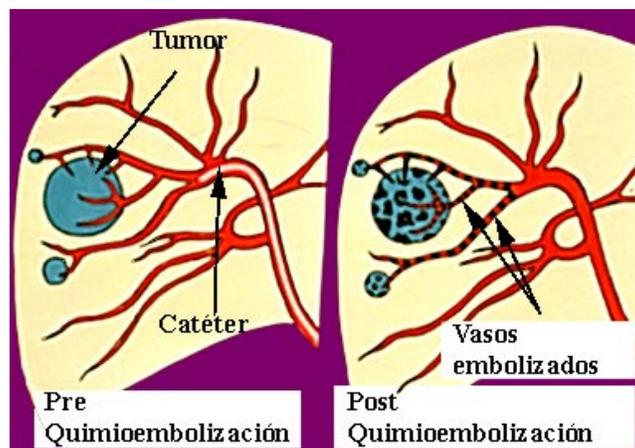


Figura 18. Quimioembolización
FACMED, UNAM.

⁶³ Granados García M. Op. Cit pp 53

5.12 CUIDADOS PALIATIVOS:

La Organización Mundial de la Salud (OMS),⁶⁴ en 1990 definió los cuidados paliativos como “*el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares*”. En la siguiente figura (Figura 19) se pueden examinar los principios de los cuidados paliativos.

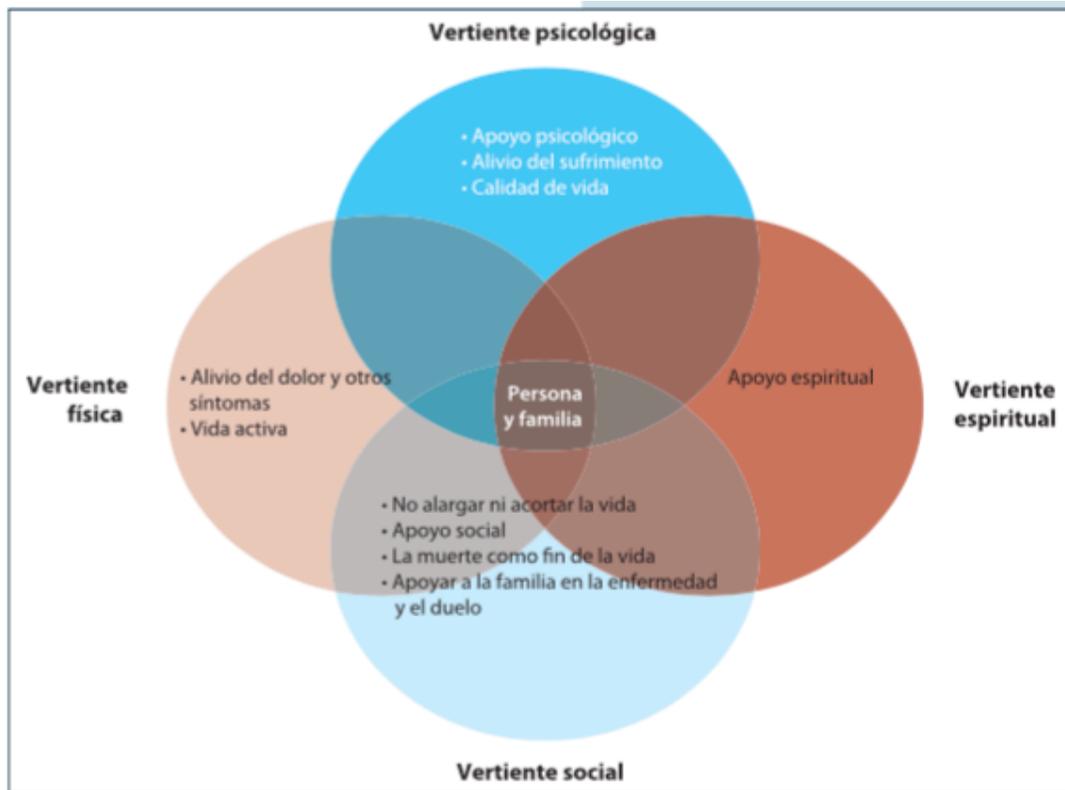


Figura 19. Principios de los cuidados paliativos.

Fuente: OMS 1990.

Los objetivos de la medicina paliativa son el bienestar del propio paciente, el control de los síntomas y la preservación de la dignidad durante la enfermedad. Hay que recordar que el término “paliar” procede del latín *palliare*: mitigar, encubrir, disimular la violencia de ciertos procesos y moderar su rigor.

⁶⁴ World Health Organization. “Paliative care: A practical guide”. 2nd edition. Geneva: WHO, 2002. Document no. WHO/CDS/2002.12.

La intención inicial del tratamiento oncológico es la curación⁶⁵. Por desgracia, en ocasiones esto es imposible y un número considerable de pacientes fallece a consecuencia del tumor. A medida que éste progresa, la intención curativa cede el paso a la paliación, que es el objetivo principal. Sin embargo, desde el inicio aparecen síntomas susceptibles de alivio. En consecuencia, la medicina paliativa debe estar presente desde el momento del diagnóstico, si bien de forma mínima pero necesaria, e incrementar su actividad según avance la afección. Cuando el paciente se encuentra en la fase final de la neoplasia debe concederse mayor empeño al alivio, ya que todo lo que se puede hacer por él es de índole paliativa.³

Complicaciones del tratamiento oncológico:

La paliación debe abarcar todos los síntomas del paciente a partir del diagnóstico, incluidos aquellos que induce el propio tratamiento del tumor, ya que las terapias antineoplásicas no afectan sólo a las células malignas sino también a los tejidos sanos, y los síntomas reflejados del deterioro en la persona inducidos propiamente por el tumor. (Herrera Gómez A. Op. Cit pp. 9)

Paciente terminal:

Un individuo se encuentra en una situación terminal terapéutica cuando la enfermedad progresa tanto que el tratamiento eficaz deja de serlo o ya es inactivo. Desde el punto de vista biológico, un enfermo es terminal cuando alcanza una situación de deterioro funcional progresivo, con una expectativa de vida muy corta.⁶⁶

Por su situación de incurabilidad, dicho paciente es el que necesita más atención y cuidados para cubrir sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Es en este momento cuando la medicina paliativa adquiere su mayor relevancia.

Un sujeto terminal tiene una expectativa de vida muy corta. Por esa razón hay que encaminar los esfuerzos a ofrecerle la mejor calidad de vida posible y evitar medidas terapéuticas innecesarias. Complicaciones graves como hemorragia masiva, insuficiencia respiratoria, coma metabólico, abdomen agudo, etc., pueden ser el final de la evolución y entonces sería ilegítimo realizar medidas extraordinarias. Esta decisión nunca es fácil; debe estar acompañada de una profunda reflexión en que intervenga la familia del enfermo. (Herrera Gómez A. Op. Cit pp. 9)

⁶⁵ Herrera Gómez A. Op. Cit pp. 9

⁶⁶ Nancy O Connor Op. Cit pp 10.

Para finalizar, un aspecto importante que a veces se soslaya es la atención espiritual de estas personas. Es un deber de todo equipo asistencial prestar dicha atención. La enfermedad no sólo afecta al cuerpo sino a la persona en su totalidad. Por ello, se debe enfocar la atención al enfermo en su conjunto, lo cual incluye su vertiente espiritual.

Finalmente se citan los “derechos del paciente terminal”, tomados del Manual de síntomas en el enfermo con cáncer terminal que coordinó el doctor Marcos Gómez Sancho, adscrito a la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital El Sabinal, en Las Palmas de Gran Canaria: (Herrera Gómez A. Op. Cit pp. 9)

1. Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
2. Tengo el derecho de mantener una esperanza, cualquiera que sea esta esperanza.
3. Tengo el derecho de expresar a mi manera mis sufrimientos y mis emociones por lo que respecta al acercamiento de mi muerte.
4. Tengo el derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
5. Tengo el derecho de no morir solo.
6. Tengo el derecho de ser liberado del dolor.
7. Tengo el derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea mi pregunta.
8. Tengo el derecho de no ser engañado.
9. Tengo el derecho de recibir ayuda de mi familia y para ella en la aceptación de la muerte.
10. Tengo el derecho de morir en paz y con dignidad.
11. Tengo el derecho de conservar mi individualidad y no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias y decisiones de otros.
12. Tengo el derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes, que tratarán de comprender mis necesidades y serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome a enfrentarme con la muerte.
13. Tengo el derecho de que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte.

VI. METODOLOGÍA:

6.1 *ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN:*

La obtención de datos se realiza a través de la entrevista, revisión bibliográfica documental, revisión de expediente electrónico y físico, además de la exploración física de manera cefalo caudal, posteriormente, se realiza entrevista guiada por valoración de necesidades, con la intención de completar la información y elaborar el proceso de enfermería, bajo el modelo de Necesidades establecido por Virginia Henderson. Se realiza el proceso de enfermería con sus cuatro etapas:

- ∞ Valoración de enfermería: exhaustiva y focalizada.
- ∞ Planificación de los cuidados de enfermería, focalizando y priorizando por necesidades alteradas; estableciendo objetivos, planteando intervenciones y fundamentándolas.
- ∞ Ejecución de las intervenciones planeadas
- ∞ Evaluación de las respuestas de Nancy ante las intervenciones ejecutadas.

Para desarrollar el presente estudio de caso, se seleccionó a una persona adulta joven: Nancy, paciente del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), adscrita al servicio de gastrocirugía, con diagnóstico de Cáncer de Páncreas pseudopapilar mucinoso, con un crecimiento locoregional hacia retroperitoneo, catalogado como irresecable, no sensible a radioterapia ni quimioterapia, Nancy está adscrita con número de expediente 000123236. El periodo en que se realizó el presente estudio de caso en su seguimiento, fue del día 25 de noviembre del 2013 al 22 de Marzo fecha de su defunción, se le realiza seguimiento telefónico a su familia hasta el mes de diciembre del 2014.

Se realizó una búsqueda bibliográfica e investigación documental sobre dicho padecimiento, y teniendo como contexto previo en donde el cáncer es uno de los problemas prioritarios en el mundo, y en nuestro país, ya que mundialmente, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad. Es resultado de la interacción de factores genéticos y externos que produce la degeneración de las células, con lo que se originan lesiones precancerosas y finalmente tumores malignos. Dichos tumores suelen estar localizados, pero eventualmente pueden diseminarse a otros órganos, dando origen a metástasis. La incidencia del cáncer se relaciona directamente con la edad, ya que las personas están más tiempo expuestas a factores causales relacionados con esta enfermedad.

Al realizar la investigación documental, se desarrollan los siguientes puntos: la selección genérica del caso, los objetivos, así como antecedentes, en donde se revisan los artículos de enfermería relacionados con el estudio de caso y se menciona la importancia del modelo de Virginia Henderson donde a partir de las 14 necesidades de la persona y el atenderlas se lleva a cabo la implementación del modelo de enfermería en una forma holística en el cual se abordarán algunos datos sobre la patología.

Posteriormente se revisa la valoración de enfermería exhaustiva y focalizando por necesidades alteradas. Sobre la base de datos obtenidos, se realizan diagnósticos de enfermería basados en las necesidades humanas alteradas y se planearán intervenciones y actividades de enfermería para la atención y cuidado oportuna de Nancy, basadas en resultados esperados, evaluando cada una de ellas; esto, funcionando como guías las herramientas de etiquetas diagnósticas, objetivos e intervenciones NANDA, NOC, y NIC.

6.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN:

Se eligió el presente caso debido al impacto que causó en mí, el hecho de tener a una paciente joven en el estado de deterioro que se encontró, y conociendo el pronóstico malo a corto plazo, y riesgo de muerte en próximos días, así como el interés por parte de la familia por tener información sobre la forma de cuidar a Nancy, y sobretodo, por la actitud de que Nancy quería mejorar, a pesar del pobre pronóstico a corto plazo. Al leer el expediente, y darme cuenta del estadio tan avanzado del tumor, en una paciente tan joven, el crecimiento loco regional tan grande hacia otros órganos peritoneales, el avance tan rápido del tumor que dio lugar a que no diera sintomatología primaria detectable oportunamente, así como los procedimientos que se le realizaron, y sobretodo el hecho de que el tumor fue irreseccable quirúrgicamente y sin ninguna otra opción de tratamiento; aumentó mi sorpresa e interés en esta paciente ya que muy a pesar del resultado esperado por el equipo multidisciplinario de salud, acerca del pronóstico, y relacionándolo con la conciencia que tiene Nancy de su estado de salud, refleja tener una personalidad muy fuerte y aparentemente un buen afrontamiento a su condición de salud. Este conjunto de circunstancias llamó mucho mi atención, e interés, proponiéndole respetuosamente a la familia de Nancy llevar a cabo este estudio de caso, y accediendo a ello, se procedió a firmar el consentimiento informado. Vale la pena hacer mención del interés e intervenciones realizadas para que la familia y sobretodo Nancy llevaran un adecuado afrontamiento ante la muerte, ya que el pronóstico de Nancy fue a corto plazo, a partir del inicio del presente estudio de caso. El esposo de Nancy, se observaba consciente de lo que pasaría, y parecía tener un buen afrontamiento ante este hecho, por el contrario de una de sus hermanas y sus padres, quienes al momento de la valoración inicial, afirmaban que Nancy se recuperará hacia la curación total “tal y como lo ha estado haciendo”.

Durante las primeras valoraciones, (debido a los efectos de sedación en Nancy) las fuentes de información fueron entrevistas principalmente a través de los cuidadores primarios de Nancy: su esposo, sus dos hermanas, su madre, donde se detectan necesidades alteradas y se decide dirigir intervenciones a la familia dentro del plan de cuidados. Por otro lado, se obtuvo como fuentes de información, el expediente electrónico, expediente físico y constantemente literatura y bibliografía actualizada.

6.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. En nuestro país se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mayor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados. Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y sobretodo en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde. Es por eso que se han desarrollado y establecido los principios del código de ética para la profesión de enfermería, así como los derechos y obligaciones tanto de pacientes como del profesional de la salud.⁶⁷

En lo que respecta a la realización del estudio de caso, se platicó con la familia, y estando de acuerdo ambas partes se procedió a la aplicación del consentimiento informado, planteado el 25 de Noviembre, formalmente firmado el día 05 de diciembre del 2013. (Con copia en Anexo 1). Cabe mencionar que al inicio el acuerdo fue con la familia ya que Nancy se encontraba bajo efectos de sedación, una vez que Nancy estuvo en condiciones favorables, se le hizo el planteamiento a lo que estuvo de acuerdo.

6.3.1 PRINCIPIOS DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO:⁶⁸

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.

⁶⁷ Catálogo maestro de guías de practica clínicas. www.cenetec.salud.gob.mx

⁶⁸ Comisión interinstitucional de enfermería. "Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México" México D.F. 2001. www.ssa.gob.mx

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 en 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 enfermera, 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 hace 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 del fanatismo.

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

 - ∞ **Doble efecto:** Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de: Que la acción y el fin del agente sea bueno; Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

6.3.2 DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO: (Comisión interinstitucional de enfermería. Op. Cit pp 71)

La observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los 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 como 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 con 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.

6.3.3 DERECHOS DE LOS PACIENTES DE MÉXICO ⁶⁹

- 1. Recibir atención médica adecuada.** El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.
- 2. Recibir trato digno y respetuoso.** El paciente tiene derecho a que el médico y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente.
- 3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.**
- 4. Decidir libremente sobre su atención.** El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o de tratamiento ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.
- 5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.** El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte someterse con fines de diagnóstico o de tratamiento, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.
- 6. Ser tratado con confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

⁶⁹ Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico.

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

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

 9. **Contar con un expediente clínico (con información veraz, clara, precisa, legible y completa) y a obtener por escrito un resumen clínico de acuerdo al fin requerido.**

 10. **Ser atendido cuando se inconforme con la atención médica recibida.** (Ley General de Salud. Op. Cit. Pp 76)

VII. PRESENTACIÓN DEL CASO:

7.1 *DESCRIPCIÓN DEL CASO:*

Nancy, mujer adulta de 32 años de edad, inicia su padecimiento, en Enero del año 2012, comenzó con dolor abdominal difuso, acudiendo a médico general quien le indica fármacos para el control de síntomas, analgésicos, antipiréticos, antiespasmódicos etc. En el mes de Mayo el dolor se presenta con mayor intensidad que no logra ser controlado con medidas antes mencionadas, sin embargo, éste era intermitente, “por lo que no se le dió importancia”. En el mes de junio otro evento de dolor “fuerte” de 3 semanas continuas, sin Escala de valoración de analgesia registrada, acudió a otro médico, quien le solicitó una tomografía donde se detectó tumor retroperitoneal, y es enviada al Instituto Nacional de Cancerología (INCan), con el siguiente hallazgo: *“abdomen con tumor de aproximadamente 20 x 30 cm de predominio en epigastrio con extensión a mesogastrio y ambos hipocondrios. No móvil, de consistencia dura. Tumor de gran tamaño, sin involucro aparente de estructuras vasculares, con desplazamiento de iliaca izquierda, mesentérica y asas de intestino delgado hacia la derecha”*.

Nancy ingresó al INCan, 27 de julio del 2012, con el número de expediente 000123263, al servicio de piel y partes blandas. A partir de esa fecha, se realizan estudios de gabinete, se realiza toma de biopsia guiada por TAC, la cual no arrojó datos concluyentes, por lo cual fue programada para LAPE, se inició protocolo pre quirúrgico e inmunizaciones y una vez concluidos, se realizó intervención quirúrgica el día 10 de Octubre, donde se obtuvo muestra enviada a Patología, con la cual, se arrojaron los siguientes resultados: *“Tejido necrótico con fibrosis y calcificaciones distróficas, Tumor pseudopapilar del páncreas con inmunohistoquímica: cd 10 positivo, alfa antitripsina positivo, sinaptofisina positivo, lisozima positivo”*. Con estos resultados se determinó diagnóstico el día 29 de octubre: cáncer pseudopapilar mucinoso de páncreas. Y en cuanto a los hallazgos de LAPE: a Nancy se le encontró un tumor retroperitoneal de aproximadamente 20 por 30 cm, *“que involucra la arteria mesentérica superior, vena mesentérica superior, la raíz del mesenterio así como el hilio hepático, cabeza y cuerpo de páncreas”*. Tumor que en ese momento fue determinado irresecable por ser de gran tamaño, de componente mixto, áreas calcificadas y zonas de necrosis, involucramiento de estructuras vasculares, con desplazamiento de arterias: iliaca izquierda y mesentérica hacia la derecha. Desplazamiento de asas de intestino delgado hacia la derecha, desplazamiento de páncreas, estómago, e hígado. El 29 de octubre del 2012, fue ingresada a servicio de gastrocirugía. El tumor de Nancy demostró ser no susceptible a quimioterapia ni radioterapia. Como alternativa de tratamiento, se propuso LAPE complementada con esplenectomía, pancreatoduodenectomía, y HIPEC (cito reducción quirúrgica con quimioterapia intraperitoneal a alta temperatura), procedimiento al que Nancy y sus familiares se niegan. Por lo que se deja en vigilancia terapéutica.

De acuerdo a la clasificación TNM con referencia a la American Joint Comitee on Cancer, (AJCC 2010) el tumor de Nancy se clasifica en un estadio III: T4, N1, M0. Esto significa un tumor mayor a 2cm de diámetro, que involucra tronco celiaco y arteria mesentérica (T4), con infiltración a nódulos linfáticos mesentéricos (N1), sin presencia de metástasis a distancia (M0). Sin embargo presenta un crecimiento locoregional muy extenso, por lo que se determina enfermedad localmente avanzada.

En febrero del 2013, se les propuso Quimioembolización, procedimiento al que Nancy acepta, y fue sometida al procedimiento durante el cual no se lograron localizar las ramas que irrigaban al tumor, por lo que no fue posible concluir satisfactoriamente el procedimiento, suspendiéndolo y posteriormente, por acuerdo y decisión del médico en conjunto con familia y paciente, se decidió dejarla nuevamente en vigilancia. En julio del 2013 inició con cuadro doloroso abdominal, saciamiento precoz y estreñimiento, por lo que se propuso nuevamente el procedimiento quirúrgico previamente mencionado, (LAPE complementada con esplenectomía, pancreatectoduodenectomía, liberación de grandes vasos, triada portal) a lo que accedieron, por lo que se inició protocolo pre quirúrgico e inmunizaciones y una vez concluido éste, el día 11 de noviembre del 2013 se realizó LAPE, durante la cual Nancy presentó sangrado trans quirúrgico de 1500cc, motivo por el cual se suspendió procedimiento, fue estabilizada e ingresó a piso consciente, alerta, cooperando al tratamiento y sin complicaciones durante las primeras 12 horas, posteriormente, a las 24 horas del evento quirúrgico, presento gasto biliar a través de drenajes abdominales, el 13 de Noviembre inició con desorientación neurológica y datos de shock. Se estabilizó y se programó para realizarle intervención quirúrgica de segunda intención de urgencia, la cual se realizó el día 14 de noviembre, para localizar y corregir sitio de perforación intestinal, se realizó limpieza intestinal y liberación de meso colón, se realizó ileostomía en asa. Obteniendo los siguientes hallazgos de las intervenciones realizadas: *“tumoración retroperitoneal que involucra la totalidad del páncreas, e involucramiento de tronco celiaco, vesícula biliar con adenocarcinoma moderadamente diferenciado”*. Nancy fué ingresada a la unidad de cuidados intensivos, el día 16 de noviembre presenta falla orgánica múltiple y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Los familiares solicitaron alta de terapia intensiva, firmaron carta responsiva correspondiente e ingresó el día 18 de noviembre, a 2º piso de hospitalización de cirugía oncológica. El día 28 de noviembre, es intervenida quirúrgicamente para retiro cánula oro traqueal, y se le realiza traqueostomía y colocación de cánula traqueal, se inicia destete de sedación y ventilación mecánica gradualmente. El 12 de diciembre los cuidadores primarios y Nancy piden alta voluntaria y el día 14 de diciembre es dada de alta a domicilio, tolerando vía oral, tolerando movilización en silla de ruedas, acoplada a reposo fuera de cama, con drenaje biovack, durante el mes de enero acude a consulta externa semanalmente para su seguimiento en nutrición clínica y de cuidados paliativos, quincenalmente para su consulta en gastrocirugía, a las mismas, acude en silla de ruedas, el 18 de febrero es hospitalizada por descompensación hídrometabólica, a partir de este momento es manejada con insulina. Nancy Fallece el día 22 de marzo.

Se obtuvieron archivos electrónicos de tomografía axial computarizada tomadas a Nancy en el mes de Noviembre del 2013, a continuación se muestran algunas imágenes, donde se destaca el tamaño del tumor y el desplazamiento que el mismo ejerce sobre órganos adyacentes: (Figura 20 a, b, c, d.)

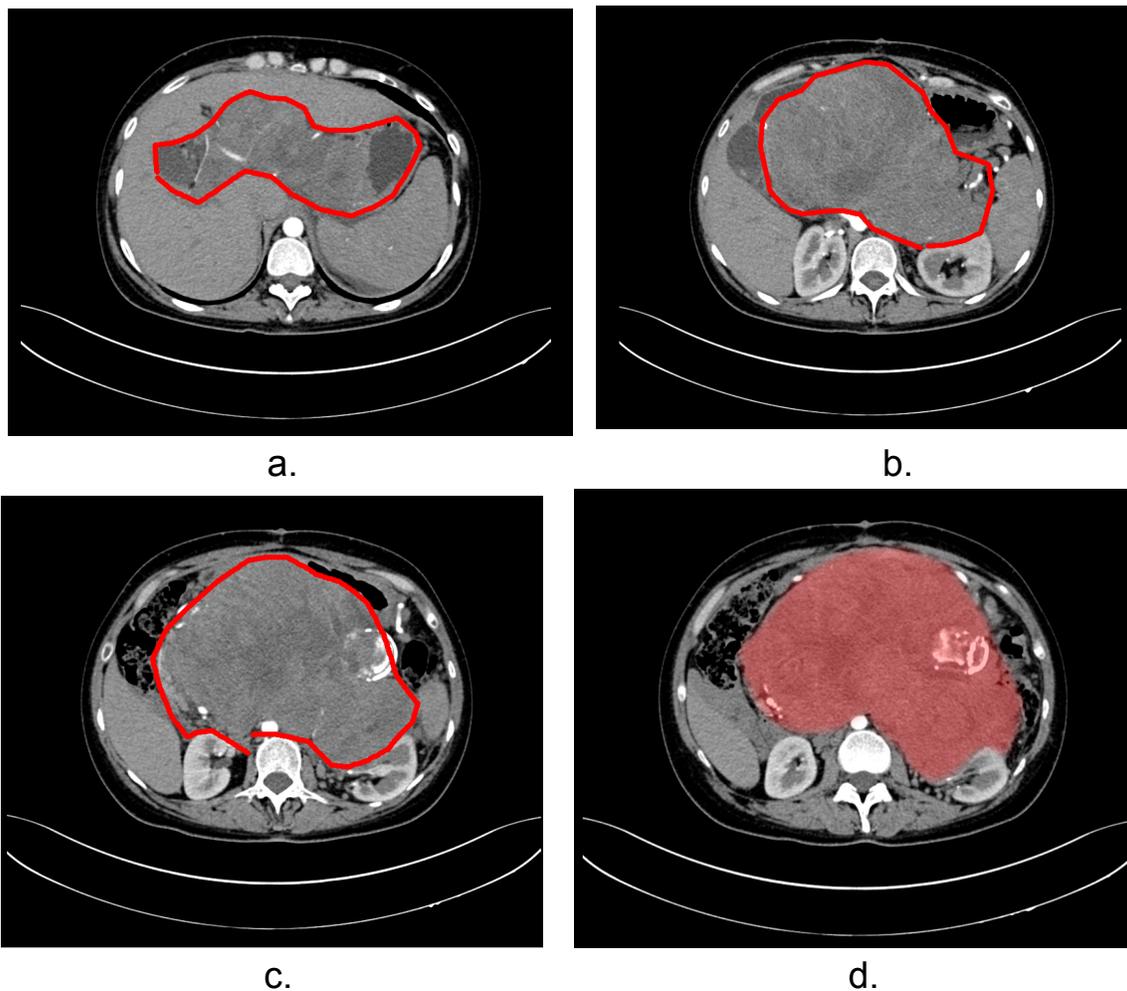


Figura 20. TAC abdominal Nancy P.C.

a. Neoformación en topografía que abarca desde la base diafragmática, se observan pulmones y arcos costales, sin infiltración. b. y c. Desplazamiento de órganos adyacentes lateralmente, hígado, estomago, bazo, riñones, y asas intestinales. Infiltración, compresión y desplazamiento de tronco celiaco, arteria mesentérica superior, bazo, compresión de riñón izquierdo hacia pared posterior. c. y d. Se observa absceso intratumoral de 5 por 11 cm y calcificación distrofica de 45 por 40 mm.

El tumor abarca de la base diafragmática, hasta infiltrar ovario izquierdo rodeando utero.

Fuente: Expediente clínico, INCan.

Para fines del estudio de caso, se tiene contacto con Nancy el día 25 de noviembre, en su 14° día de posoperatorio, mientras se encuentra hospitalizada en el segundo piso de Cirugía oncológica, en la cama 235, durante mis prácticas profesionales de posgrado. Se le brindan cuidados profesionales de enfermería aplicando el enfoque de Virginia Henderson, según las necesidades de Nancy, al momento del primer contacto y a la primera impresión en expediente clínico, encuentro una persona en deterioro, sin embargo con buen apoyo de cuidadores primarios quienes están dispuestos a realizar todos los cuidados necesarios para el bienestar de su paciente, muchas de las intervenciones realizadas, fueron dirigidas involucrando a los cuidadores primarios en el cuidado de Nancy y posteriormente involucrando a Nancy en su propia evolución. Durante el cese de labores escolares, los cuidadores primarios solicitan alta voluntaria. Es dada de alta voluntaria a domicilio, con movilización en silla de ruedas, un drenaje tipo Jackson Pratt (biovak), sin posibilidad de brindarle un plan de alta, sin embargo, Nancy acude a consultas semanales o quincenales por servicio de nutrición clínica, mensualmente al servicio de gastrocirugía, y al servicio de cuidados paliativos. Durante las cuales se realizaron valoraciones de seguimiento, e intervenciones y plan de cuidados. El día 18 de febrero, Nancy es hospitalizada por deshidratación, diarrea y descompensación metabólica, se le inicia manejo con insulina, es dada de alta el 24 de febrero con un plan de alta. Se continúa seguimiento semanal en nutrición clínica, y mensual por servicio de medicina interna, así como consultas al servicio de cuidados paliativos, donde se sesiona el caso y es acordado por unanimidad de familiares, médicos y paciente, que no se realizará reanimación o mantenimiento respiratorio en caso de caer en paro respiratorio. Para fines del presente estudio de caso, se continúa con seguimiento por vía telefónica. El día 18 de marzo, se realiza una visita domiciliaria a Nancy, familiares refieren que “empieza a despedirse”, el día 22 de marzo, acude al servicio de atención inmediata con dolor abdominal, la referencia en el expediente clínico, describe que inicia con datos de falla respiratoria y falla orgánica múltiple. Nancy fallece el día 22 de marzo del 2014. Posteriormente, se realizan llamadas telefónicas a familiares de Nancy, con la finalidad de terminar de trabajar con algunas intervenciones.

7.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA:

Antecedentes personales no patológicos:

Nancy P. C.

Femenina

32 años de edad

Grupo sanguíneo: RH O(-)

Originaria del DF.

Residente en la delegación Azcapotzalco.

Religión Católica

Casada en el mes de Marzo del 2013.

Escolaridad: preparatoria terminada

Ocupación: negocio familiar: comerciantes, venta de ropa en mercados aledaños.

Antecedentes personales patológicos

Negados: que Nancy tenga o haya tenido alcoholismo, tabaquismo, toxicomanías ni alergias conocidas, previo al padecimiento actual, Nancy no ha sido sometida a eventos quirúrgicos ni transfusiones. Niega haber tenido hepatitis, pancreatitis ni sintomatología asociada a DMII.

Antecedentes ginecoobstétricos

Edad de menarca a los 13 años.

Fecha de última menstruación desconocida por familiar, Nancy no la recuerda, registro en notas previas del expediente clínico 08 de abril del 2012.

Gestas 0. No tiene hijos

Antecedentes heredofamiliares:

Niega oncológicos conocidos.

Su padre es portador de diabetes Mellitus tipo II, e hipertensión arterial sistémica, con antecedente de un infarto agudo al miocardio.

Su madre portadora de hipertensión arterial sistémica.

VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:

8.1 VALORACIÓN EXHAUSTIVA (25 DE NOVIEMBRE DEL 2013)

Se llevo a cabo el día 25 de Noviembre del 2013, se realiza la exploración física céfalo caudal, se realiza la entrevista a familiares, posteriormente se aplica el instrumento de valoración (Anexo 2), se consulta el expediente electrónico y se lleva a cabo una revisión documental de bibliografía. De acuerdo a la filosofía conceptual de Virginia Henderson, en orden de las 14 necesidades humanas, los datos que se obtuvieron fueron:

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Nancy se encuentra bajo efectos de sedación, se encuentra en proceso de destete a la misma. Apertura ocular al estímulo verbal. Fentanil 875mg aforados a 100ml de sol. Fisiológica, Midazolam 70mg aforados en 100ml de sol. Fisiológica, tiene respuesta ante estímulo doloroso. Se encuentra en escala de sedación Ramsay 5 de 6, bajo apoyo ventilación mecánica invasiva ciclado por volumen tiempo, con presión soporte de 16, PEEP de 6, Volumen Control, Frecuencia Respiratoria de 14, FIO₂ 60%, a través intubación por medio de cánula oro traqueal, a la aspiración traqueo bronquial, con presencia de secreciones moderadamente espesas, ligeramente amarillas. A la auscultación, campos pulmonares con murmullo vesicular, estertores gruesos, sin sibilancias. La última gasometría obtenida con pH de 7.521, HCO₃: 24, PaCO₂: 30, PO₂: 94. Pálida de tegumentos y de mucosas +++, piel distal fría al tacto, de apariencia ceniza y seca, llenado capilar de 2 segundos. Frecuencia cardiaca: 113 lpm, frecuencia respiratoria: 16 rpm, Tensión arterial 143/83, saturando adecuadamente oxígeno 99%. Temperatura 38.4° C.

2. NECESIDAD DE HIDRATACIÓN Y NUTRICIÓN.

Nancy con peso de 54 kilos, talla 1.54, superficie corporal de 1.51, índice de masa corporal de 22.7. Después de estar en ayuno durante dos semanas, inicia alimentación enteral con formula semi elemental en infusión continua, con buena tolerancia, cantidad total para 24 horas es de 960ml. Escleras y mucosa oral deshidratadas, cavidad oral con secreción, labios secos con lesiones. Edema generalizado: palpebral +++, facial ++, abdominal +++, miembros torácicos +++, región dorsal ++ y miembros pélvicos +++ (Anasarca). El reporte de laboratorio describe albúmina de 1.3. Presencia de herida quirúrgica de tipo Chevron, que abarca desde hipocondrio derecho a hipocondrio izquierdo, herida bien afrontada, sin sangrado, con salida de secreción purulenta del lado derecho. Tiene un total de ingresos intravenosos en 24 horas de 6,540 ml.

3. *NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.*

Tiene ileostomía funcional, con gasto de 450ml en 8 horas. Sonda Foley, con gasto urinario de 870ml en 8 horas, con características macroscópicas normales, color ámbar, translúcida EGO más reciente reportando parámetros normales. Drenajes quirúrgicos tipo Jackson Pratt, (biovac). Uno en fosa iliaca izquierda con gasto de 555ml en 8 horas, drenando líquido purulento, otro ubicado en área infra hepática, drenando 175ml serohemático en 8 horas. Diaforesis facial, con perdidas insensibles de 302ml en 8 horas. El más reciente balance de líquidos en 24 horas fue positivo de 156ml

4. *NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.*

Se encuentra en posición semi fowler, bajo efectos de sedación. En una escala de valoración de fuerza Asworth se encuentra 1 de 5.

5. *NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.*

No valorable al momento por efectos de sedación.

6. *NECESIDAD DE USAR Y VESTIR PRENDAS ADECUADAS.*

Se le proporciona ropa hospitalaria.

7. *NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL.*

Al momento de la exploración física Nancy se encuentra con temperatura de 38.4° C, en las últimas 24 horas se reportan picos febriles de hasta 39°C, frecuencia cardiaca de 96 lpm. Nancy se inquieta y sus signos vitales se ven alterados durante el pico febril.

8. *NECESIDAD DE MANTENER HIGIENE E INTEGRIDAD DE LA PIEL.*

Tiene catéter venoso central tipo Arrow de 2 lúmenes, sin datos de infección. Sin adenomegalias en cuello. Mamas sin alteraciones visibles, ni masas sospechosas. Abdomen distendido, globoso y firme a la palpación, con presencia eritema en la periferia de la herida quirúrgica, así como de la piel circundante de la ileostomía. Genitales y muslos con irritación por contacto de sonda Foley y sudoración. Nancy presenta en región dorsal, edema, sin enrojecimiento ni úlceras, tiene pequeñas lesiones de 1cm de diámetro en tórax, por contacto continuo con adhesivos, electrodos y cables de monitorización, tiene lesión de 3cm por 2 cm en miembro pélvico izquierdo en región del musculo aductor mayor, por contacto con adhesivo de la fijación de sonda Foley, laceración perianal entre glúteos.

9. *NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.*

Se encuentra en su 14º día de posoperatorio y 15º día de hospitalización. Bajo efectos de sedación, con una escala de valoración Ramsay de 6. Último reporte de laboratorio con valores hematológicos: Hemoglobina de 10 mg/dl., Leucocitos: 26,000, neutrófilos 96,000, plaquetas 142,000, cultivo de la secreción en herida quirúrgica, con reporte de *Cándida Albicans*.

10. *NECESIDAD DE COMUNICARSE.*

No valorable al momento por efectos de sedación.

11. *NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS VALORES Y CREENCIAS.*

No valorable al momento por efectos de sedación.

12. *NECESIDAD DE TRABAJAR PARA REALIZARSE.*

No valorable al momento por efectos de sedación.

13. *NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.*

No valorable al momento por efectos de sedación.

14. *NECESIDAD DE APRENDIZAJE.*

No valorable al momento por efectos de sedación.

LAS NECESIDADES QUE SE VIERON ALTERADAS, SE JERARQUIZARON DE LA SIGUIENTE MANERA.

- η ***Necesidad de evitar peligros.*** (25 de noviembre): al ser una persona inmóvil, con un periodo postquirúrgico largo, actividad tumoral, conlleva un riesgo elevado de caída, de aspiración, de formación de úlceras por presión, shock, sepsis, etc., por lo que es importante prevenir complicaciones.

- η ***Necesidad de mantener higiene y protección de la piel*** (25 de Noviembre): presenta diversas lesiones con destrucción de epidermis en diferentes localizaciones, así como drenajes tipo Jackson Pratt, herida quirúrgica, colostomía, sondas nasogástrica, vesical y cánula orotraqueal, con irritación de la periferia a las mismas, aunado a esto, anasarca e inmovilidad.

- η ***Necesidad de termorregulación.*** (25 de Noviembre al 03 de Diciembre): presenta picos febriles intermitentes, de siete días de duración, con hemocultivos negativos, sin embargo foco infeccioso en sitio quirúrgico y abdominal, probable foco pulmonar, aunado a esto, metabolismo aumentado y actividad tumoral. Factores que condicionan la termorregulación.

Se le dio seguimiento durante 4 meses realizando valoraciones focalizadas e intervenciones de enfermería (Planes de cuidado), en diferentes momentos de la evolución del estado de salud de Nancy.

8.1.1 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS PARA LA SALUD:

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA	HORA	SERVICIO	
Exhaustiva	25 de noviembre	10:00	Cirugía oncológica	
NECESIDAD ALTERADA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS PARA LA SALUD				
FUENTE DE DIFICULTAD:		Falta de Fuerza	Falta de Conocimiento	Falta de Voluntad
NIVEL DE DEPENDENCIA:	1. Independiente	2. Parcialmente dependiente	3. Dependiente	4. Totalmente dependiente
CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA:		Cuidado de Sustitución	Cuidado Asistencial	Cuidado de Ayuda
DATOS OBJETIVOS		DATOS SUBJETIVOS	DATOS COMPLEMENTARIOS	
<p>φ Pálida de tegumentos y de mucosas ++.</p> <p>φ Escleras deshidratadas</p> <p>φ Mucosa oral deshidratada, labios secos.</p> <p>φ Piel distal fría al tacto deshidratada.</p> <p>φ Miembros torácicos, pélvicos y dorso con edema +++</p> <p>φ Abdomen distendido, globoso, y firme a la palpación.</p> <p>φ Cánula orotraqueal VMA</p> <p>φ Sonda nasogástrica</p> <p>φ Sonda vesical.</p> <p>φ PVC: 12</p> <p>φ PaCO₂: 30</p> <p>φ Temperatura: 38.4°C</p> <p>φ FC: 113 lpm.</p> <p>φ Leucocitos: 26,000</p> <p>φ Escala de Norton de 5.</p> <p>φ Escala de Ramsay de 5.</p> <p>φ Escala de Braden de 6.</p>			<p>φ Albúmina: 1.3</p> <p>φ Neutrófilos: 93,000</p> <p>φ Plaquetas: 142,000</p> <p>φ Hemoglobina: 10mg/dl</p> <p>φ Cultivo de secreción de herida quirúrgica del 20 de nov. al 25 de noviembre con aislamiento de E. Faecium.</p> <p>φ Último Hemocultivo realizado el 23 de noviembre, negativo hasta el momento</p> <p>φ Se encuentra en su 15º día de posoperatorio, por lo que lleva 14 días postrada, con sedación analgesia y apoyo ventilatorio mecánico.</p> <p>φ Rx. Tórax del 24 de noviembre, sin adenomegalias, sin nódulos sugestivos de foco neumónico.</p>	

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Riesgo de shock relacionado con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.</p> <p>Riesgo de bronco aspiración, relacionado con intubación orotraqueal, sonda nasogástrica, sedación.</p> <p>Riesgo de trombosis relacionado con tiempo quirúrgico, actividad tumoral, estasis venosa.</p>		
<p>OBJETIVOS CENTRADOS EN LA PERSONA:</p> <p>Por el estado de conciencia de Nancy: escala de Valoración de Sedación Ramsay 6, la intención será, disminuir los riesgos existentes para evitar evolución hacia complicaciones.</p>		
<p>OBJETIVOS CENTRADOS EN ENFERMERÍA:</p> <p>Lograr disminuir el riesgo de evolución a sepsis, disminuir el riesgo de trombosis y de aspiración, durante el tiempo que se encuentre hospitalizada.</p>		
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Manejo de vías aéreas.</p>	<p>Fisioterapia pulmonar gentil. Mantener en posición semi Fowler. Aspiración gentil de secreciones con circuito cerrado cánula OT. Y recambio cada 24 horas. Aspiración de secreciones oro y naso y oro faríngeas.</p> <p>Vigilar estado respiratorio y parámetros de oxigenación.</p>	<p>Por medio de la fisioterapia pulmonar y palmo percusión, se logra movilizar las secreciones para posteriormente retirarlas por medio de la aspiración de secreciones, se logra que se lleve a cabo una adecuada ventilación y previene neumonía. El sistema de circuito cerrado para aspiración de cánula orotraqueal, al impedir la apertura del sistema, disminuye el riesgo de contaminación y colonización por microorganismos.⁷⁰</p> <p>La monitorización de los parámetros de oxigenación y el estado respiratorio de la persona, arrojan datos de alarma para así poder detectarlos tempranamente y corregirlos en base a los parámetros y aportes de oxígeno, presión, volumen, frecuencia, etc. Reduciendo el riesgo de una complicación mayor.</p>

⁷⁰ Gutierrez Lizardi. "Procedimientos en la unidad de cuidados Intensivos". 2004. Mac. Graw Hill

<p>2. Manejo de SIRS</p>	<p>Vigilar parámetros hemodinámicos, y de perfusión tisular.</p> <p>Vigilar parámetros de función renal, hepática y parámetros hematológicos.</p> <p>Control de líquidos, importancia de mantener trombólisis. Y glutamina en nutrición.</p>	<p>La monitorización de los parámetros hemodinámicos de perfusión tisular, arrojan datos de alarma para así poder detectarlos tempranamente y poder corregirlos oportunamente evitando una complicación.</p> <p>La monitorización de los parámetros renales, hepáticos y hematológicos, aportan datos para conocer la función de los órganos y de esta manera conocer si existen indicios de falla orgánica, de la misma forma, para conocer su se deben corregir de ser necesario dosis de fármacos.⁷¹</p> <p>La cuantificación estricta de ingresos y egresos de volúmenes corporales ayuda a monitorizar el estado hemodinámico y analizar si sigue existiendo secuestro de líquido intersticial propio del SIRS (anasarca). Los fármacos trombo líticos disminuyen el riesgo de trombosis condicionada en este caso por la actividad tumoral, estasis venosa, SIRS y anasarca. La glutamina es un aminoácido fuente energética de células inmunitarias y antioxidante celular, favorece el adecuado funcionamiento inmunológico y nutricio.⁷²</p>
<p>3. Manejo de infecciones.</p>	<p>Cuidados de catéter venoso central, SNG, sonda vesical, ileostomía, herida quirúrgica y drenajes quirúrgicos. Cuidado de piel y mucosas.</p> <p>Monitorizar valores hematológicos .</p>	<p>Extremar medidas asépticas, evitará la colonización por microorganismos patógenos. evitando la humedad en la piel, y periferia de sondas, drenajes quirúrgicos, ileostomía, CVC, disminuirá el riesgo ya que la humedad es un medio favorable para la proliferación de microorganismos. (Gutiérrez Lizardi)</p> <p>Dentro de los factores que fomentan la virulencia de un microorganismo, es la habilidad para sobrevivir a las defensas del huésped (neutrófilos, macrófagos, anticuerpos, inmunidad, etc.).</p>

⁷¹ Gutiérrez Lizardi. Op. Cit pp 88

⁷² Brunicardi C., Andersen D., Billiar T., Dunn D. "Schwartz Manual de Cirugía". Octava edición. 2007 Mc. Graw Hill.

<p>3. Manejo de infecciones.</p>	<p>Mantener adecuado aislamiento, normas de asepsia, antisepsia y enseñar a familiares lavado de manos y normas básicas.</p> <p>Obtener muestras para cultivo de secreciones sospechosas. Vigilar / limitar / asegurar tratamiento, de infección existente.</p>	<p>De igual forma, vigilar estos niveles hematológicos, permite tomar medidas adicionales para aumentar la protección.⁷³</p> <p>Además de lo indicado en las precauciones estándar, utilizar una bata sobre la ropa cuando la persona tenga condición de incontinencia, diarrea, ileostomía, colostomía o drenajes de heridas sin recubrir y quitarse la bata antes de salir de la habitación, asegurarse de que la ropa no entre en contacto con superficies que puedan estar contaminadas, disminuirá en la persona la exposición a agentes patógenos.⁷⁴</p> <p>Al conocer el microorganismo que se encuentre colonizando determinado sitio, se dirige o redirige el tratamiento y las medidas existentes para eliminar la infección, a su vez se redirigen cuidados y precauciones de aislamiento si lo amerita.</p>
----------------------------------	---	---

EJECUCIÓN:

Se realizaron las intervenciones con adecuadas medidas de asepsia y antisepsia, se obtienen muestras para hemocultivo en pico febril, cultivo de secreción de herida quirúrgica, y cultivo de gasto del drenaje en fosa iliaca izquierda. Se mantiene monitorizada hemodinámicamente, y parámetros gasométricos. Se enseña a cuidadores primarios el lavado de manos, y el manejo de medidas universales de protección y aislamiento, obteniendo buena respuesta por parte de los mismos.

EVALUACIÓN:

Una radiografía tomada el día 28 de noviembre, mostró nódulos, evidencia de probable foco neumónico, presenta escasas secreciones, ligeramente amarillas.

El cultivo de secreción de herida quirúrgica tomado el 25 de noviembre, el crecimiento al 3 de diciembre, dio positivo a levaduras: *Cándida Albicans*.

El cultivo del gasto en el drenaje JP de la fosa iliaca izquierda, tomada el 25 de noviembre, continuó positivo a *E. Faescium*.

El hemocultivo tomado el 25 de noviembre con pico febril, al día 02 de diciembre: Negativo.

⁷³ World Health Organization (WHO) (Practical guidelines for infection control in health care facilities. SEARO Regional Publication No. 41, 2004. <http://www.who.int/en>

⁷⁴ World Health Organization Prevention of hospital acquired infections-A practical guide. 2nd edition. Geneva: WHO, 2002. Document no. WHO/CDS/EPH/2002.12

8.1.2 NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL (25 DE NOVIEMBRE)

Nancy tiene catéter venoso central tipo Arrow de 2 lúmenes, sin datos de infección. Sin adenomegalias en cuello. Mamas sin alteraciones visibles, ni masas sospechosas. Pálida de tegumentos y de mucosas ++, con escleras deshidratadas, mucosa oral deshidratada, labios secos y lesión en labios. Piel distal fría al tacto, de apariencia ceniza, seca, llenado capilar de 2 segundos, Abdomen distendido, globoso y firme a la palpación, Herida quirúrgica tipo Chevron con salida de secreción espesa de coloración amarilla, con presencia eritema en la periferia de la misma, así como de la piel circundante de la ileostomía. Genitales y muslos con irritación por contacto de sonda Foley y sudoración. Presenta en región dorsal, edema, sin enrojecimiento ni úlceras, tiene pequeñas lesiones de 1cm de diámetro en tórax, por contacto continuo con adhesivos, electrodos y cables de monitorización, tiene lesión de 3cm por 2 cm en miembro pélvico izquierdo en región del musculo aductor mayor, por contacto con adhesivo de la fijación de sonda Foley, laceración perianal entre glúteos.

TIPO DE VALORACIÓN		FECHA	HORA	SERVICIO
Exhaustiva		25 de noviembre	10:00	Cirugía oncológica
NECESIDAD ALTERADA NECESIDAD DE HIGIENE E HIDRATACIÓN DE LA PIEL				
FUENTE DE DIFICULTAD:		Falta de Fuerza	Falta de Conocimiento	Falta de Voluntad
NIVEL DE DEPENDENCIA:	1. Independiente	2. Parcialmente dependiente	3. Dependiente	4. Totalmente dependiente
CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA:		Cuidado de Sustitución	Cuidado Asistencial	Cuidado de Ayuda
DATOS OBJETIVOS		DATOS SUBJETIVOS	DATOS COMPLEMENTARIOS	
<ul style="list-style-type: none"> φ Pálida de tegumentos y de mucosas ++. φ Escleras deshidratadas φ Mucosa oral deshidratada, labios secos. φ Piel distal fría al tacto y seca. 			<ul style="list-style-type: none"> φ Cultivo de secreción de herida quirúrgica del 20 de nov. al 25 de noviembre con aislamiento de E. Faecium. φ Albúmina: 1.3 	

<p>φ Miembros torácicos, pélvicos y dorso con edema +++</p> <p>φ Abdomen distendido, globoso, y firme a la palpación.</p> <p>φ 5 lesiones en epidermis de 1cm de diámetro en torax,</p> <p>φ Lesión de 3cm por 2 cm en miembro pélvico izquierdo en región del muslo.</p> <p>φ Laceración perianal.</p> <p>φ Lesión en labios → resequedad debida a uso previo de Cánula oro traqueal.</p> <p>φ Escala de Norton de 5.</p> <p>φ Escala de Ramsay de 6.</p> <p>φ Escala de Braden de 6.</p>		<p>φ Último Hemocultivo realizado el 23 de noviembre, negativo</p> <p>φ Le realizan solamente baño con toallas de clorhexidina.</p> <p>φ Se encuentra en su 15º día de posoperatorio, por lo que lleva 14 días postrada, con sedación analgesia y apoyo ventilatorio mecánico.</p> <p>φ Rx. Tórax sin adenomegalias, sin nódulos sugestivos de foco neumónico.</p>
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Pérdida de la integridad cutánea, relacionada con agentes lesivos (adhesivos), anasarca, escala de NORTON de 5, escala de Braden 6, manifestado por destrucción de la epidermis en tórax anterior, región perianal y cara anterior de músculo aductor mayor.</p>		
<p>OBJETIVOS CENTRADOS EN LA PERSONA:</p> <p>Por el estado de conciencia de Nancy: escala de Valoración de Sedación Ramsay 6, la intención será, disminuir las lesiones, mantenerla más limpia y cómoda.</p>		
<p>OBJETIVOS CENTRADOS EN ENFERMERÍA:</p> <p>Lograr en un lapso de 5 días la reducción de las lesiones existentes, favoreciendo el proceso de cicatrización, hidratación y humectación de la piel, así como disminuir el riesgo de úlceras por presión en otras zonas. Relajar y reducir la agitación de Nancy al momento del baño.</p>		
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Cuidados de la piel</p>	<p>Realizar baño de esponja, masajeando la piel en forma circular.</p>	<p>La prevención de la formación de úlceras por presión en pacientes inmobilizados, se logra realizando masaje de manera circular por todo el cuerpo, favoreciendo la circulación periférica y disminuyendo el edema. (Gutiérrez Lizardi. Op. Cit Pp 88.)</p>

<p>1. Cuidados de la piel</p>	<p>Se aplica aceite de semilla de uva y vaseline.</p> <p>Mantener piel limpia seca hidratada. Cambio de sábanas, cambio de ropa, y mantenerlas alisadas, secas, estiradas. Aplicar maicena en pliegues naturales: axilas y en dorso.</p> <p>Proteger salientes óseas, cambio de postura cada dos horas.</p>	<p>Los ungüentos, cremas o aceites minerales, mantienen la integridad de la piel mediante la reducción de la evaporación de agua, evitando resequedad. El aceite de uva tiene la característica de ser de rápida absorción, alto contenido de ácido linoléico, antioxidante. Y ácido hialurónico, que fomentan la regeneración epidérmica, evitando daño, y ayudando a disminuir la inflamación en la piel circundante a las heridas.⁷⁵</p> <p>Mantener la piel seca, ayudará a prevenir la irritación producida por la humedad (sudoración) a su vez, reduciendo la humedad corporal, se disminuye el riesgo de infección por agentes micóticos. La maicena o fécula de maíz contiene propiedades naturales que absorben la humedad.</p> <p>Protegiendo las salientes óseas se reducen los puntos de presión, mejorando la circulación, y aunado al cambio de postura, reducirá el riesgo de nuevas lesiones. (Gutiérrez Lizardi. Op. Cit pp 88.)</p>
<p>2. Cuidado de lesiones</p>	<p>Si no existen datos de infección, aplicación de apósitos hidrocoloides en cada lesión.</p> <p>Mantener piel periférica en las mismas condiciones con buena coloración, temperatura seca e hidratada.</p> <p>Eliminar la presión de las lesiones existentes.</p>	<p>Los parches hidrocoloides cubren la úlcera, manteniendo un ambiente húmedo en la herida libre de infección, controlando el exudado, evita formación de tejido necrótico, provee barrera para microorganismos, promueve angiogénesis, producción de colágeno ayudando a la cicatrización del tejido. (Muñoz Rodríguez A et al.)</p> <p>Cuidar las lesiones libres de infección, realizando curación diaria, evitará que se compliquen. (Muñoz Rodríguez A et al.)</p>

⁷⁵ Muñoz Rodríguez A., Ballesteros Úbeda M.V. "Manual de Protocolos y procedimientos en el cuidado de la piel y las heridas" Hospital Universitario de Mostoles. 2011. Comunidad de Salud de Madrid

<p>3. Cuidado de heridas drenajes e ileostomía</p>	<p>Curación de herida quirúrgica diaria.</p> <p>Manejo aséptico de drenajes Jackson Pratt (biovac).</p> <p>Drenar adecuadamente ileostomía, cuidar integridad de la piel circundante.</p> <p>Cambio de apósitos cada que se encuentren sucios, húmedos, o despegados, así como evitar colocación en exceso de adhesivo.</p>	<p>Disminuir el contacto de la piel con las secreciones de la herida quirúrgica, que por lo general son de un pH ácido, reduce el riesgo de la pérdida de la integridad de la misma. (Gutiérrez Lizardi. Op. Cit pp 88.)</p> <p>De igual manera el efluente de los drenajes biovac, tienen la característica de tener un pH ácido, por lo que evitar el contacto del efluente con la piel circundante reducirá el riesgo de pérdida de la misma, esto se logra, drenando el dispositivo cuando se encuentre al 70% de su capacidad, y por otro lado el manejo aséptico, evitará la colonización del mismo por microorganismos patógenos. (WHO. Op. Cit. Pp 90)</p> <p>El efluente de la ileostomía es altamente irritante, debido a la acidez de los jugos gástricos y la proximidad del íleon al mismo; el drenaje continuo del dispositivo ayuda a disminuir el riesgo de lesión de la piel periestomal.⁷⁶</p> <p>La humedad es un medio favorable para la proliferación de microorganismos, los adhesivos pueden contener sustancias que lesionen la piel. (WHO. Op. Cit. Pp 90)</p>
<p>4. Cuidado de integridad de mucosas</p>	<p>Colocar Hipromelosa oftálmica en gotas cada 12 horas. Y realizar lavado ocular diario</p>	<p>Cuidando la integridad de las mucosas, oral y oftálmica, se previene daño tisular por resequead, posibles infecciones y alteraciones que afecten la funcionalidad ocular. Manteniendo la mucosa oftálmica hidratada con agentes auxiliares como hipromelosa, se promueve la formación de lágrimas, que contiene lisozima, barrera innata contra infecciones. Y con el lavado ocular se logra una eliminación de secreción producida por agentes patógenos cuando existen. (Gutiérrez Lizardi. Op. Cit Pp 88.)</p>

⁷⁶ "Guía práctica clínica Estomas de eliminación gastro intestinal". CENETEC Salud 2013.

<p>4. Cuidado de integridad de mucosas</p>	<p>Lavado dental y de cavidad oral mínimo 2 veces al día con Clorexhidina al 1%.</p> <p>Colocación de vaseline en labios cada 4 horas, o cada que sea necesario</p>	<p>Con la limpieza de la cavidad oral en pacientes inmóviles y o con apoyo ventilatorio mecánico se evita la proliferación y colonización de agentes patógenos que ingresen a sistema respiratorio así como gastrointestinal. Así mismo se protege la mucosa oral de la placa dentobacteriana, que ocasione alteración de la integridad y pérdida de la continuidad de la mucosa oral.</p> <p>A su vez, con el aseo de cavidad oral, se previene neumonía nosocomial y asociada a VMA.</p> <p>La Vaseline es un petrolato con propiedades lubricantes y protectoras que funciona como barrera a la acidez de los fluidos producidos en las mucosas, lubricando cuando existe deshidratación, al no ser tóxica a la ingesta, puede ser utilizado en labios cuando no existan datos de infección en mucosa oral. (Muñoz Rodríguez et. Al. Op. Cit. Pp 93)</p>
--	---	---

EJECUCIÓN:

Se realizaron las intervenciones haciendo participar a los cuidadores primarios de Nancy, explicándoles como realizar cada acción, haciendo énfasis en un lenguaje entendible para ellos, en el porqué de las acciones y la importancia de las mismas. A su vez, se resolvieron dudas acerca del manejo de la ileostomía, los drenajes, y los objetivos terapéuticos de cada uno de éstos.

EVALUACIÓN:

Después de 72 horas, las lesiones disminuyeron de tamaño y mostraban evidencia de granulación de tejido. Se continuó con la aplicación de apósitos hidrocoloides.

El cultivo de secreción de herida quirúrgica tomado el 25 de noviembre, el crecimiento al 3 de diciembre, dio positivo a levaduras: Cándida Albicans.

La piel de Nancy lucía hidratada aunque persistía la escala de NORTON en 5 y la escala de Braden en 6.

A Nancy se le observa menos agitada después de un baño con agua y jabón.

8.1.3 NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN: 25 DE NOVIEMBRE

Durante la exploración física Nancy se encuentra en hipertermia 38.8° C, con administración horaria de antipirético: paracetamol 1g IV cada 8 horas y pese al mismo, continúa presentando picos febriles, que van acompañados de agitación taquicardia, y se le han tomado hemocultivos, cada 72 horas en pico febril, con resultados negativos. Se manifiesta inquieta ante la presencia de fiebre.

TIPO DE VALORACIÓN		FECHA		SERVICIO	
Exhaustiva		25 al 29 de Noviembre.		Cirugía Oncológica	
NECESIDAD ALTERADA NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN					
FUENTE DE DIFICULTAD:		Falta de Fuerza	Falta de Conocimiento	Falta de Voluntad	
NIVEL DE DEPENDENCIA:	1. Independiente	2. Parcialmente dependiente	3. Dependiente	4. Totalmente dependiente	
CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA:		Cuidado de Sustitución	Cuidado Asistencial	Cuidado de Ayuda	
DATOS OBJETIVOS		DATOS SUBJETIVOS		DATOS COMPLEMENTARIOS	
<ul style="list-style-type: none"> φ Inquietud. φ Mucosa oral y labios deshidratados. φ Piel distal fría al tacto φ Frecuencia cardiaca 111 lpm φ Frecuencia respiratoria 14 rpm φ Presión Arterial: 101/66 φ Temperatura corporal 38.8°C. φ Pide ayuda moviendo los labios y contacto visual. (visemas) 		<ul style="list-style-type: none"> φ 29 de noviembre: Refiere sentir frío y ansiedad. φ 28 de noviembre: refiere EVA de 8 al manejo, y de dos al reposo. 		<ul style="list-style-type: none"> φ Último Hemocultivo realizado el 30 de noviembre, negativo φ Cultivo de secreción de herida quirúrgica del 24 de nov. con aislamiento de E. Faecium. φ Radiografía de tórax, presencia de nódulos evidencia de probable neumonía. (29 nov) φ Fluctuación de temperatura ambiental con tendencia al aumento. φ Esquema antipirético: <ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol 1g IV c 8hrs. - Metamizol. 500mg – 1g PRN. C 8hrs. Alternado a Paracetamol. 	

		<p>φ Triple esquema antibiótico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluconazol - Amikacina. - Vancomicina. - Meropenem.
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Real</u>, potencial, bienestar.</p> <p>Termorregulación ineficaz relacionada con metabolismo aumentado, actividad tumoral, presencia de agente infeccioso en cavidad peritoneal, manifestado por picos febriles intermitentes de 38.8 °C.</p>		
<p>OBJETIVOS CENTRADOS EN LA PERSONA:</p> <p>Sentirse tranquila, disminuir las molestias producidas por la presencia de los picos febriles.</p>		
<p>OBJETIVOS CENTRADOS EN ENFERMERÍA:</p> <p>Con Nancy se logrará un control de la temperatura en 2 horas, evitando así alteración de signos vitales, disminuyendo ansiedad y angustia provocada por la fiebre.</p>		
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Control de temperatura con medios físicos.</p>	<p>Realizar baño de esponja, y secar bien la piel y la cama.</p> <p>Cambio de sábanas, cambio de ropa, cuando se encuentre húmeda o sucia.</p> <p>Colocar lienzos húmedos sobre el cuerpo.</p> <p>Retirar sábanas que la cubren.</p> <p>Ventilar habitación.</p>	<p>La temperatura es un signo vital que evalúa la cantidad de calor o de frío que existe en el cuerpo. Y está influenciada para sus cambios en el factor ambiental, procesos inflamatorios, procesos infecciosos, así como procesos de metabolismo aumentado. (Gutiérrez Lizardi. Op. Cit pp 88.)</p> <p>Los procesos invasivos, han dado lugar a focos infecciosos provocando presencia de fiebre, al haber alteración en la temperatura se puede ayudar a corregir por medio de convección, sin embargo, la temperatura normal es de 35.6 a 37.4, por lo que no se aplica frío directo, se ventila, se retira calor del cuerpo a través de ropa, descubriendo el cuerpo, aplicando lienzos húmedos con agua tibia, y baños, retirar ropa húmeda o mojada, haciendo que se pierda calor por medio de convección o evaporación, ocasionando así reducción de temperatura corporal.⁷⁷</p>

⁷⁷ Barrios Sanjuanelo A. "Fiebre: actualización en el uso de antipiréticos". Universidad del Norte. Colombia. CCAP. Vol 11 no. 4. 2012

<p>2. Monitorización continua</p>	<p>Monitorización de la temperatura cada hora.</p> <p>Monitorización de los signos vitales TA, FC, FR y saturación de Oxígeno.</p>	<p>Al existir aumento de la temperatura corporal, usualmente se acompaña de alteración de los signos vitales; la fiebre, se acompaña de taquipnea y taquicardia, por lo que es necesario correlacionar todos los signos vitales como respuesta humana ante una alteración. (Gutiérrez Lizardi. Op. Cit pp 88.)</p>
<p>3. Control de la temperatura con fármacos.</p>	<p>Administración de antipirético en forma horaria:</p> <p>Paracetamol 1g IV c 8hrs Metamizol 500mg a 1g IV c 8hrs, (PRN) alternado a Paracetamol vigilando TA. Manejo del dolor.</p> <p>Ampliación de esquema antibiótico, con triple esquema y anti fúngico.</p>	<p>El paracetamol y el metamizol, actúan a nivel central reduciendo el punto de ajuste del centro regulador hipotalámico, inhibiendo la ciclooxigenasa, esto es inhibiendo la conversión de ácido araquidónico en prostaglandinas y leucotrienos, responsables de desencadenar la respuesta inflamatoria que ocasiona fiebre. (Barrios Sanjuanelo Et. Al. Op. Cit. Pp 97)</p>
<p>EJECUCIÓN:</p> <p>El día 25 y 26 de noviembre, Nancy continuó con picos febriles, que respondían a antipirético durante de 2 a 3 horas, posteriormente continuaba en pico febril y alteración de los signos vitales. Se inicio con manejo de los dos antipiréticos indicados, alternándolos, siendo administrados con 4 horas de intervalo entre uno y otro, a su vez se continuo con medios físicos. Logrando de esta manera un mejor control de la temperatura y reduciendo los picos febriles. Se trabajo a su vez con los cuidadores primarios las acciones encaminadas a los medios físicos.</p>		
<p>EVALUACIÓN:</p> <p>Se logró el control térmico en un periodo de 5 días. El día 3 de Diciembre Nancy se encuentra en Normo-termia 36.0° C, se ha estabilizado la temperatura y demás signos vitales se han disminuido los periodos de angustia y ansiedad.</p>		

8.2 VALORACIONES FOCALIZADAS:

8.2.1 NECESIDAD DE COMUNICACIÓN: (29 DE NOVIEMBRE)

El día 28 de noviembre, a Nancy le realizan durante el turno vespertino traqueostomía quirúrgica. El 29 inicia destete a la sedación y a la ventilación mecánica con buena tolerancia y sin alteración en las constantes vitales.

Nancy se encuentra en proceso de destete a la sedación, con una escala de sedación Ramsay de 3, contesta a preguntas moviendo la cabeza afirmativamente o negativamente, e intenta hablar con movimientos labiofaciales (visemas) los cuales son poco claros y débiles, sin emisión de sonidos, verbalización con dificultad y demuestra enojo cuando no logramos entender lo que ella quiere expresar, (familia y personal de enfermería), cierra los ojos y en ocasiones con presencia de lágrimas. Por momentos logra un buen contacto visual, se inquieta y agita cuando no logra darse a entender Nancy refiere “ayúdame” con lagrimas en los ojos, al preguntarle que necesita, se desespera y no continúa expresándose. Debido a la sedación no es posible realizar otro tipo de comunicación por ejemplo escrita. Debido a las secreciones orales que presenta Nancy, y a la sedación, le es complicado sacarlas y le es complicado poderse comunicar mejor. Se le pregunta si se siente enojada, frustrada, asintiendo con movimiento de la cabeza, negando con la cabeza al preguntarle si se siente triste.

TIPO DE VALORACIÓN		FECHA	HORA	SERVICIO
Focalizada		29 de noviembre del 2013	9:00	Cirugía Oncológica
NECESIDAD ALTERADA NECESIDAD DE COMUNICARSE				
FUENTE DE DIFICULTAD:		Falta de Fuerza	Falta de Conocimiento	Falta de Voluntad
NIVEL DE DEPENDENCIA:	1. Independiente	2. Parcialmente dependiente	3. Dependiente	4. Totalmente dependiente
CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA:		Cuidado de Sustitución	Cuidado Asistencial	Cuidado de Ayuda

DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	DATOS COMPLEMENTARIOS
<ul style="list-style-type: none"> φ Movimientos labialfaciales poco claros y débiles. φ No emite sonidos φ Cuando no logra darse a entender cierra ojos y en ocasiones presencia de lágrimas. φ Inquietud, enojo y agitación φ Responde a preguntas con movimientos de cabeza. 	<ul style="list-style-type: none"> φ Refiere “Ayudame” por medio de visemas. φ Asiente con la cabeza sentirse enojada, frustrada. 	<ul style="list-style-type: none"> φ Traqueostomía realizada el día 28 de noviembre. φ Sedación al 30%: Fentanyl 650mcg – 100ml p 24hrs.y Midazolam 60mg – 100ml p 24hrs. φ Reducción de sedación con una escala de Ramsay de 3. φ Disminución de la fuerza
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Real</u>, potencial, bienestar.</p> <p>Deterioro de la comunicación, relacionado con presencia de Traqueostomía, apoyo ventilatorio mecánico, con Ramsay 3, manifestado por dificultad para verbalizar, movimientos labialfaciales poco claros y débiles, pronunciación poco clara, inquietud y enojo.</p>		
<p>OBJETIVOS CENTRADOS EN LA PERSONA:</p> <p>Que Nancy se pueda expresar y que las personas a su cuidado le entiendan.</p>		
<p>OBJETIVOS CENTRADOS EN ENFERMERÍA:</p> <p>Mejorar el patrón de comunicación.</p> <p>Disminuir el malestar o enojo de Nancy al no poderse comunicar como ella desea.</p>		
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Establecer un patrón de comunicación</p>	<p>Propiciar un ambiente de confianza y tranquilizante.</p> <p>Practicar lectura labiofacial.</p> <p>Enseñar a familia de Nancy, este tipo de comunicación.</p>	<p>La comunicación labiofacial es una alternativa eficiente que no requiere conocimientos ni preparación especial ni para el emisor ni el receptor.⁷⁸</p>

⁷⁸ Corzo González M.E. Instituto Nacional de Rehabilitación “Guía clínica de terapia para hipoacusia postlocutiva o postlinguística”. Subdirección de audiología foniatría y patología del lenguaje. INR Secretaría de Salud. 2010

EJECUCIÓN:

Se le pidió a Nancy que expresara con visemas lo que necesitaba de manera lenta, teniendo una buena respuesta. A los cuidadores primarios se les solicitó no presionarla ni desesperarse haciendo énfasis en que se dan mejores resultados si se tiene paciencia y se practica.

EVALUACIÓN:

Después de una semana, Nancy se comunica por medio de visemas, de manera tranquila con sus familiares y el personal. Su familia ha demostrado mucho interés para lograr aprender este tipo de técnica, que refieren les ha sido de mucha utilidad.

8.2.2 NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA: (03 DE DICIEMBRE)

Nancy, el día 03 de diciembre durante el turno matutino, se encuentra somnolienta, bajo efectos de sedación con Fentanillo 200mcg llevados a 100ml de sol. Fisiológica, infusión continua y Midazolam 20mg aforados en 100ml de sol. Fisiológica. Nancy se encuentra con apoyo de ventilador mecánico en modalidad SIMV, con traqueostomía y se encuentra en preparación para destete, del ventilador. Se encuentra con una escala de Ramsay de 3. Nancy contesta a preguntas moviendo la cabeza afirmativamente o negativamente, se comunica por medio de visemas logrando estar tranquila para ello y logra un buen contacto visual lo cual ayuda a la comunicación. Durante la valoración, se obtiene la siguiente información: escala de valoración de fuerza usando la escala de Daniels de 1 de 5, contracción muscular palpable, pero sin movimiento, y de 1 a 2 en miembros torácicos, teniendo ligero movimiento en dedos y articulación radial.

TIPO DE VALORACIÓN		FECHA	HORA	SERVICIO
Focalizada		03 de diciembre del 2013	9:00	Cirugía Oncológica
NECESIDAD ALTERADA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA				
FUENTE DE DIFICULTAD:		Falta de Fuerza	Falta de Conocimiento	Falta de Voluntad
NIVEL DE DEPENDENCIA:	1. Independiente	2. Parcialmente dependiente	3. Dependiente	4. Totalmente dependiente
CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA:		Cuidado de Sustitución	Cuidado Asistencial	Cuidado de Ayuda
DATOS OBJETIVOS		DATOS SUBJETIVOS		DATOS COMPLEMENTARIOS
φ Escala de valoración Daniels de 1 en ms pélvicos y de 1 a 2 en ms torácicos. φ Movimiento de articulación radial derecha e izquierda leve. Así como de dedos. φ Miembros torácicos, pélvicos y dorso con edema ++++.		φ Refiere quererse levantar de la cama y caminar.		φ Sedación: Fentanillo 200mcg - 100ml p 24 hrs. Midazolam 20mg - 100ml p 24 hrs. φ Ramsay 3. φ 23 ^a día de hospitalización.

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Real</u>, potencial, bienestar.</p> <p>Deterioro de la movilidad en cama, relacionado con sedación prolongada, RAMSAY 3, ventilación mecánica, procesos invasivos y, manifestado por, debilidad generalizada, escala de valoración Daniels 1 a 2, y expresión por medio de visemas.</p>		
<p>OBJETIVOS CENTRADOS EN LA PERSONA:</p> <p>Expresión verbal de Nancy de querer caminar, bañarse y moverse fuera de cama, refiere estar cansada de la misma, refiere deseos de irse a casa.</p>		
<p>OBJETIVOS CENTRADOS EN ENFERMERÍA:</p> <p>Con Nancy se logrará recuperación parcial de movimiento en articulación de manos y pies, así como incorporación a la cama, y gradualmente a reposo fuera de cama en un lapso de 5 días.</p> <p>Propiciar la recuperación gradual de movimiento y aumento de tono muscular. Llevar a 2 la escala de valoración de Daniels, en cinco días.</p>		
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
1. Movilización pasiva	<p>Realizar movilizaciones pasivas en articulaciones</p> <p>Movimiento pasivo en miembros torácicos y pélvicos.</p> <p>Realizar masajes circulares de distal a proximal.</p>	<p>Realizando movilizaciones pasivas, protegiendo la articulación más próxima, se ayuda a la circulación, disminuyendo el edema, por otro lado, se evita que se condicione la atrofia por desuso en las articulaciones, y por otro lado, se facilite el inicio de la movilización cuando sea el momento. (Potter, Perry. Op. Cit pp 31)</p> <p>La movilización pasiva y el masaje, contribuyen a la recuperación del tono muscular, se limita el daño a las articulaciones por desuso y favorece la recuperación de la movilización independiente.⁷⁹</p> <p>El masaje mejorará la circulación y por otro lado el iniciar con movimiento activo tratando de abrir, cerrar manos, le ayudará a la movilización independiente, que sea paulatinamente, explicándole que puede ser un proceso lento, en el cual Nancy no se debe de desesperar.</p>

⁷⁹ Déniz Cáceres A. "Guía para pacientes y cuidadores Ejercicios para realizar en casa". Hospital universitario Gran Canaria Dr. Negrín. 2007

<p>2. Enseñanza y motivación</p>	<p>Hacer participe a Nancy y Pedirle que trate de abrir cerrar manos 5 veces cada 2 horas.</p> <p>Involucrar a la familia para realizar los ejercicios y los masajes.</p>	<p>Hacer participe a la persona en la recuperación de su movimiento y alcanzar pequeños logros, le estimula a continuar con su recuperación.⁸⁰</p>
<p>EJECUCIÓN:</p> <p>Se trabajo en conjunto con los cuidadores primarios de Nancy enseñándoles como realizar cada ejercicio y para qué le ayudarán. Se proporcionó una adaptación de una guía práctica para pacientes y familiares posterior a hospitalización prolongada.³⁴</p>		
<p>EVALUACIÓN:</p> <p>El 06 de Diciembre, Nancy se encuentra incorporada al reposo fuera de cama, sin apoyo ventilatorio mecánico, puede cerrar sus manos, haciendo ligera presión. Se comunica por medio de visemas, y se agita menos al hacerlo. Cooperar al manejo para baño de esponja. El 9 de diciembre, Nancy logra levantar medio arco de la articulación humerocubital, derecha.</p>		

⁸⁰ Nancy O'Connor Op. Cit. Pp 10

8.2.3 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS PARA LA SALUD: **(06 DE DICIEMBRE)**

Nancy, el día 06 de diciembre durante el turno matutino, se encuentra alerta, se le ha retirado por completo la sedación (4 de diciembre), se la ve menos angustiada, y con mayor respuesta a estímulos verbales. Se encuentra con proceso de adaptación al destete de ventilación mecánica, únicamente con apoyo suplementario de Oxígeno en mascarilla para traqueostomía, contesta a preguntas moviendo la cabeza afirmativamente o negativamente, y habla despacio con visemas, (Movimiento de labios sin voz), y manteniendo un buen contacto visual, cierra los ojos y los mantiene cerrados cuando no logra darse a entender, sin embargo no presenta alteración en signos vitales cuando esto sucede.

A la exploración física, Nancy tiene Cánula Endotraqueal, limpia y con una buena fijación, refiere que no le molesta. Palidez de tegumentos y de mucosas +, escleras hidratadas, presencia de lágrimas y labios hidratados, mucosa oral limpia, tiene abundante secreción salival hialina, aunque espesa, pero puede expulsarla escupiéndolas, refiere mucha sed, y refiere tener hambre, se encuentra con llenado capilar de 1 a 2 segundos. Nancy continúa con sonda nasogástrica, con nutrición enteral polimérica continua en infusor. Campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido, estertores gruesos, sin sibilancias, Se encuentra en posición semi Fowler, continúa con cojines de alpiste en prominencias óseas. Al interrogar presencia de dolor, refiere dolor en sitio de herida quirúrgica, con un EVA de 5 de 10.

Nancy se encuentra en compañía de ambos padres, y refiere sentirse contenta al ver a su padre, su padre refiere sentirse aliviado de que ella esté evolucionando satisfactoriamente ya que les habían dicho que en cualquier momento podría fallecer, y se le explica la complejidad del proceso de recuperación por el estado de salud de su hija. Al preguntarle a Nancy, si sabe que día es, no lo sabe, y aunque refieren familiares, le dicen la fecha múltiples veces durante el día. Al preguntarle, si recuerda el día en que ingresó, ella sí recuerda, que fue a principios de noviembre. Y finalmente Nancy refiere que no sabe que le hicieron sin embargo dice que sabe que no la curaron pero no tiene dolor y refiere querer ir a casa. Nancy se fatiga al hablar, por lo que se le deja descansar, y se le hace saber que puede avisarnos cualquier cosa, se le reitera que debido a la cánula traqueobronquial no tiene voz por el momento pero se le pueden leer los labios para saber lo que necesita. (visemas)

Al entrevistar a la familia de Nancy, ellos refieren sentirse muy felices y sorprendidos de que Nancy ha respondido, y refieren sentir “desconfianza a los médicos ya que ellos siguen diciendo que Nancy va a morir en cualquier momento, pero no se dan cuenta de que se está curando completamente”. Y se encuentran renuentes de acudir a cuidados paliativos, por la misma razón.

Al preguntarles acerca de el afrontamiento de Nancy ante su enfermedad, refieren textualmente que “Nancy tiene muchos sueños y por eso se está recuperando, su sueño era casarse, y lo acaba de hacer en el mes de marzo, y también quiere tener bebés”, refieren que “los médicos no son Dios para saber si ella va a morir o tendrá hijos o no. Al preguntarle a su esposo, acerca de eso, él está consciente de que el problema de Nancy le condicionará el hecho de no poder tener bebés, y refiere que ella también lo está, pero menciona que aun tiene esperanza.

TIPO DE VALORACIÓN		FECHA	HORA	SERVICIO
Focalizada		06 de diciembre del 2013	9:00	Cirugía Oncológica
NECESIDAD ALTERADA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS PARA LA SALUD				
FUENTE DE DIFICULTAD:		Falta de Fuerza	Falta de Conocimiento	Falta de Voluntad
NIVEL DE DEPENDENCIA:	1. Independiente	2. Parcialmente dependiente	3. Dependiente	4. Totalmente dependiente
CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA:		Cuidado de Sustitución	Cuidado Asistencial	Cuidado de Ayuda
DATOS OBJETIVOS		DATOS SUBJETIVOS		DATOS COMPLEMENTARIOS
<ul style="list-style-type: none"> φ Respuesta lenta a estímulos verbales φ Presencia de lágrimas ante la dificultad. φ Desorientación en tiempo y espacio. φ Postración postquirúrgica de 26 días. φ Debilidad 		<ul style="list-style-type: none"> φ Nancy refiere no saber que le hicieron, sabe que no la curaron, y quiere ir a casa. 		Inicio el destete de sedación el 29 de noviembre (8 días previos a la fecha). Sin sedación a partir del 4 de diciembre. Actualmente sin sedación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Real, potencial, bienestar.

Protección ineficaz, relacionado con actividad tumoral (proceso oncológico), postquirúrgico de 26 días, manifestado por confusión, desorientación, fatiga, debilidad.

Confusión, relacionado con sedación y hospitalización prolongadas, manifestado por, expresión verbal de necesitar ayuda, desorientación, pregunta constante sobre la fecha, el lugar donde está y las personas que la rodean (personal de salud).

Conocimientos deficientes acerca de su estado de salud y procedimientos realizados, manifestado por, expresión verbal de necesitar ayuda, pregunta acerca de sus estado de salud, la fecha, el lugar donde está y las personas que la rodean (personal de salud).

OBJETIVOS CENTRADOS EN LA PERSONA:

Nancy: Ella desea sentirse mejor. Está dispuesta a realizar lo que se le indique para mejorar sus condiciones.

OBJETIVOS CENTRADOS EN ENFERMERÍA:

Motivarla para movilizar energía en beneficio propio y alcanzar pequeños objetivos durante su cuidado. Lograr hacerla partícipe de su cuidado y su evolución.

Resolver sus dudas en cuanto a tratamientos y cuidados, aclarar la situación que vivió y en la que se encuentra viviendo.

INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
1. Monitorización neurológica	Promover orientación de sus tres esferas, sobretodo en cuanto a persona.	Después de que una persona ha estado bajo un estado de coma (inducido o no), es primordial valorar las respuestas neurológicas a los estímulos proporcionados, el estado de conciencia, y si se está alerta, vigilar los datos de orientación y o desorientación en las esferas de la persona, para así darse cuenta del estado neurológico y valorar si lo que se le pide está dentro de sus posibilidades, limitaciones, favoreciendo la recuperación. (Potter, Perry. Op. Cit Pp 31)

<p>2. Enseñanza</p>	<p>Enseñar a Nancy todas las sondas y drenajes presentes, así como procedimientos que se realicen y enseñarle que objetivo tiene cada uno y como repercute en su salud.</p> <p>Explicarle a Nancy su estado de salud actual y aclarar dudas.</p>	<p>El estado de animo de las personas, influye directamente sobre todas las constantes vitales, un paciente tranquilo y confiando en los procedimientos que le realicen, será un paciente más estable y sin las variaciones emocionales que puedan condicionar el estado de salud.</p> <p>Al explicarle a la persona todos los procedimientos que se realicen, y de ser posible, la utilidad de los mismos, aumentará la confianza en el profesional de la salud, y en el tratamiento que recibe.</p> <p>Por otro lado, en un paciente que va despertando del estado de coma, una vez que se encuentra orientado en su persona, es necesario ayudarlo a que se oriente en tiempo y lugar, y esto le hará pasar menos estrés y angustia por desconocimiento de lo que pasó, el tiempo que ha transcurrido y donde está.⁸¹</p>
<p>EJECUCIÓN:</p> <p>Se trabajó con Nancy y en conjunto con su familia la orientación constante. Se trabajo con un calendario, recordándole diariamente la fecha, se aprovecho la localización de su cama cerca de la ventana para relacionar el ciclo de luz oscuridad con día y noche y se evaluó si tiene retención de información.</p>		
<p>EVALUACIÓN:</p> <p>El día 10 de diciembre Nancy se esfuerza por mantenerse despierta durante el día, refiere poder ser capaz de reconocer voces del personal pero no así fisionomía. No sabe el día exacto, pero puede recordar que esta en el mes de diciembre. Contesta adecuadamente su nombre y el nombre de sus cuidadores. Refiere e insiste en querer irse a casa, aunque no pueda moverse adecuadamente. Se logro que Nancy estuviera orientada en persona y espacio, así mismo, parcialmente en tiempo.</p>		

⁸¹ Nancy O'Connor Op. Cit. Pp 10

8.2.4 NECESIDAD DE VIVIR BAJO SUS CREENCIAS Y VALORES: (06 DE DICIEMBRE)

Nancy refiere sentirse contenta al ver a su padre, él menciona sentirse aliviado de que ella esté evolucionando satisfactoriamente ya que les habían dicho que en cualquier momento podría fallecer, y se le explica la complejidad del proceso de recuperación por el estado de salud de su hija

Nancy refiere que no sabe que le hicieron sin embargo dice que sabe que no la curaron pero no tiene dolor y expresa querer irse a casa.

Al entrevistar a la familia de Nancy, ellos refieren sentirse muy felices y sorprendidos de que Nancy ha respondido, y refieren sentir “desconfianza a los médicos ya que ellos siguen diciendo que Nancy va a morir en cualquier momento, pero no se dan cuenta de que se esta curando completamente”. Y se encuentran renuentes de acudir a cuidados paliativos, por la misma razón. Al preguntarles acerca de el afrontamiento de Nancy ante su enfermedad, refieren textualmente que “Nancy tiene muchos sueños y por eso se está recuperando, su sueño era casarse, y lo acaba de hacer en el mes de marzo, y también quiere tener bebés”, refieren que “los médicos no son Dios para saber si ella va a morir o tendrá hijos o no. Al preguntarle a su esposo, acerca de eso, él está consciente de que el problema de Nancy le condicionará el hecho de no poder tener bebés, y refiere que ella también lo está, pero menciona que aun tiene esperanza.

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA	HORA	SERVICIO
Focalizada	06 de diciembre del 2013	9:00	Cirugía Oncológica
NECESIDAD ALTERADA NECESIDAD DE VIVIR BAJO SUS CREENCIAS Y VALORES			
FUENTE DE DIFICULTAD:		Falta de Fuerza	Falta de Conocimiento
NIVEL DE DEPENDENCIA:		1. Independiente	2. Parcialmente dependiente
		3. Dependiente	4. Totalmente dependiente
CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA:		Cuidado de Sustitución	Cuidado Asistencial
			Cuidado de ayuda

DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	DATOS COMPLEMENTARIOS
<p>φ SV. Estables φ Eva 0 φ Cánula endotraqueal, permeable. Sat.O2 + 90% con oxigenación intermitente. φ Comunicación efectiva φ Tolerancia V.O.</p>	<p>φ Verbalización de querer participar en el autocuidado. φ Expresa deseos de ser independiente para su cuidado.</p>	<p>φ Nancy se encuentra en compañía de ambos padres φ Movilización en silla de ruedas, con apoyo de familiares φ Familiares con expectativas de curación para Nancy</p>
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Real</u>, potencial, <u>bienestar</u>.</p> <p>Disposición para mejorar esperanza, manifestado por expresión corporal y “verbal” de querer sentirse mejor.</p> <p>Familiares: Ansiedad ante la muerte relacionado con percepción de proximidad de la muerte, incertidumbre sobre el pronóstico, manifestado por expresión verbal de temor a la agonía y dolor de Nancy, manifestación de tristeza, aprehensión y llanto.</p>		
<p>OBJETIVOS CENTRADOS EN LA PERSONA:</p> <p>Nancy: Ella desea sentirse mejor. Está dispuesta a realizar lo que se le indique para ello.</p> <p>Familia: Disminuir su angustia, afrontar la muerte como un proceso natural y ayudarla durante el tiempo que este viva.</p>		
<p>OBJETIVOS CENTRADOS EN ENFERMERÍA:</p> <p>Nancy: Motivarla para movilizar energía en beneficio propio y alcanzar pequeños objetivos durante su cuidado. Generar un ambiente de tranquilidad, confianza, escucha activa y de ser posible se logre resolución de conflictos para preparación y afrontamiento eficaz ante la muerte, cuando llegue el momento.</p> <p>Familia: Explicar a familiares de Nancy los beneficios de recibir apoyo para trabajar el afrontamiento eficaz ante la muerte.</p>		

INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Acompañamiento	<p>Fomentar un ambiente agradable para que Nancy esté tranquila y respetar su individualidad.</p> <p>Fomentar la educación de su nueva condición de salud para generar tranquilidad en Nancy.</p> <p>Fomentar a resolver duelos, y resolver pendientes entre familia.</p>	<p>El aumento de esperanza de vida y la cronificación de algunas enfermedades, hace que sea necesario poner un especial interés en mejorar la calidad de vida y la calidad de muerte de las personas.⁸²</p> <p>Ante la enfermedad avanzada es necesario cuidar más que curar, buscando siempre generar tranquilidad.</p> <p>Eliminar sentimientos de culpa, y “dejar todo en orden” genera más facilidad en resolución del duelo. Además reduce el riesgo de un duelo patológico tanto para el enfermo terminal y la familia. (Nancy O’Connor Op. Cit. Pp 10)</p>
Favorecer la comunicación	<p>Escucha activa.</p> <p>Pedir a familiares, posibilidad de que Nancy hable por teléfono con su padre, y de ser posible, que pase a visitarla cuando la familia lo considere tolerable para su padre.</p>	<p>Después de despertar de un coma inducido, una vez que se encuentra orientada en persona; a veces también tiempo y espacio, la persona tiene la necesidad de ver a sus familiares más cercanos y es otro parámetro para evaluar orientación de las esferas personales. Por lo que, cuando no es posible ver a sus familiares, es reconfortante para las personas, escuchar a esa persona. Las necesidades emocionales muchas veces condicionan las necesidades físicas, por lo que no deben dejarse de lado. Y complementar estas necesidades, ayudará al paciente a recuperarse.⁸³</p>
Manejo de la energía	<p>Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.</p>	<p>La persona en estado terminal, requieren de un proceso de adaptación a las pérdidas. La esperanza mantiene activa a una persona moribunda y le da tiempo de adaptarse a la idea. (May A. Et al)</p>

⁸² May Aasebo Hauken, RN, MSc Ingrid Holsen, PhD Eirik Fismen, MD Torill Marie Bogsnes Larsen, PhD. “Working Toward a Good Life as a Cancer Survivor”. Cancer Nursing, Vol. 38, No. 1, 2015. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

⁸³ McCarron Kim. “Pancreatic cáncer out of the shadows. Home in on this deadly disease to improve patient care.” Cáncer Nursing journal. July/August 2014. Lippincott Williams & Wilkins

	<p>Vigilar respuesta cardio respiratoria a la actividad.</p> <p>Animar a realizar ejercicios según la tolerancia.</p> <p>Limitar los estímulos estresantes para facilitar la relajación.</p> <p>Limitar el sueño diurno.</p>	<p>Un equilibrio relativo entre la actividad y el reposo, promueve el restablecimiento de la energía. (Nancy O'Connor Op. Cit. Pp 10)</p> <p>Mantener el estado de alerta diurno, propicia la actividad asistida. (Mc.Carron et al. Op Cit pp 111)</p>
<p>EJECUCIÓN:</p> <p>Se trabajo en conjunto familiares y Nancy, por medio de escucha activa, motivándola a realizar pequeños avances y a su vez centrando y enfatizando la realidad de la evolución de su estado de salud, evitando caer en crear una expectativa falsa, sin embargo lograr estos pequeños avances, hacen que se sostenga la esperanza, y que cuando el momento llegue se afronte de una mejor manera, realista, sin pendientes y logrando una despedida según sea la necesidad de las personas cuando llegue ese momento. Finalmente se trabajó también junto con clínica de cuidados paliativos.</p>		
<p>EVALUACIÓN:</p> <p>El 11 de Diciembre, Nancy se mantiene en el proceso de adaptación, logrando mínimos avances con la colaboración de sus familiares. Manteniendo activa la esperanza. Se le ha dado baño en camilla en regadera, y se le ve más acoplada a reposo fuera de cama. Los familiares de Nancy, accedieron a acudir a recibir atención por el servicio de cuidados paliativos, tanto ellos, como Nancy. Refieren estar más tranquilos con esta decisión, y se los ve con esperanza, reduciendo aprehensión y confianza aumentada en el personal y en el tratamiento.</p>		

NOTA:

Nancy fue decanulada el 12 de diciembre, sin complicaciones, es dada de alta el día 14 de diciembre del 2013, después de tres días sin fiebre, sin complicaciones, ingresa al servicio de foniatría el 09 de diciembre. Es dada de alta a domicilio con consulta semanal a servicio de nutrición clínica y gastrocirugía, (sin embargo por cuestiones de traslado acude quincenalmente). Con estoma traqueal en buenas condiciones, sonda Foley, drenaje biovack, ileostomía en asa, acoplada adecuadamente a reposo en silla.

A partir del 11 de diciembre, sólo se realiza contacto telefónico, y revaloración el día 22 de enero en su consulta programada. Día en el que se realiza valoración focalizada con énfasis en la necesidad de movimiento y mantener una buena postura. Se dan recomendaciones encaminadas a rehabilitación, nutrición, y manejo de ileostomía y drenaje.

8.2.5 NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

Se realiza valoración en servicio de consulta externa, Nancy de apariencia caquécica, palidez de tegumentos +++, acude en silla de ruedas, sin embargo refiere que en casa inicia con desplazamiento en andadera, desde hace una semana, tolerando a distancias cortas. Con una escala de valoración de fuerza de Daniels 4 de 5, por 30 segundos, en miembros pélvicos y un minuto en miembros torácicos. Logra mantenerse en posición podálica con apoyo de miembros torácicos, y sin desplazamiento durante 3 minutos. Y refiere sentirse con más fuerza. A la entrevista, habla clara, lenta. Nancy muestra una notable sonrisa, no refiere dolor. Sin embargo refiere tener deseos de desplazarse sin depender tanto de sus familiares, desea tener mas fuerza, y lograr ser independiente “aunque sea con andadera”.

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA	HORA	SERVICIO
Focalizada	22 de Enero del 2014	8:00	Consulta Externa
NECESIDAD ALTERADA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA			
FUENTE DE DIFICULTAD:		Falta de Fuerza	Falta de Conocimiento
NIVEL DE DEPENDENCIA:	1. Independiente	2. Parcialmente dependiente	3. Dependiente
CUIDADO BÁSICO DE ENFERMERÍA:		Cuidado de Sustitución	Cuidado Asistencial
			Cuidado de Ayuda
DATOS OBJETIVOS		DATOS SUBJETIVOS	
φ Caquécica φ Palidez de tegumentos +++. φ Escala de valoración Daniels 4 de 5 por 30 segundos a 1 minuto. φ Pedestación con apoyo durante 3 minutos.		φ Refiere sentirse con más fuerza. φ Refiere deseos de tener más fuerza y ser más independiente.	
		φ Desplazamiento en andadera desde hace 1 semana, en distancias cortas. φ Acoplada adecuadamente a silla de ruedas	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Real, potencial, bienestar.

Disposición para mejorar el autocuidado, manifestado por deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento del bienestar.

Deterioro de la ambulación y deterioro de la habilidad para la traslación, relacionado con fuerza muscular insuficiente, depleción nutricional, manifestado por incapacidad para levantarse de la cama, deterioro de la habilidad para caminar distancias aun con apoyo de andadera, incapacidad para trasladarse de la silla a la andadera, etc.

OBJETIVOS CENTRADOS EN LA PERSONA:

Deambular con mayor independencia aumentando la fuerza y su seguridad.

OBJETIVOS CENTRADOS EN ENFERMERÍA:

Nancy logrará en un periodo de 2 semanas, aumentar su confianza en la deambulación con andadera, se logrará aumentar al periodo de fuerza a la aplicación de resistencia, así como el periodo de pedestación con apoyo.

INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
1. Movilización pasiva y activa.	Masaje pasivo en miembros torácicos y pélvicos. Realizar movimientos activos sin resistencia. Y continuar con movimientos pasivos. Realizar movimientos activos con resistencia leve a tolerancia.	Realizando movilizaciones pasivas, protegiendo la articulación más próxima, se ayuda a la circulación, se evita que se condicione la atrofia por uso limitado en las articulaciones. El masaje mejorará la circulación y por otro lado al realizar movimiento activo propiciará aumento de tono muscular y fuerza paulatinamente, lo que le ayudará a la movilización independiente, y aumento de confianza. ⁸⁴

⁸⁴ Swenson Karen K., Nissen Mary Jo, Knippenberg Kathryn, Sistermans Annemiek, Spilde Paul, Bell Elaine M., Nissen Julia, Chen Cathleen, Tsai Michaela L. "Cancer Rehabilitation, Outcome Evaluation of a Strengthening and Conditioning Program". Cancer Nursing, Vol. 37, No. 3, 2014. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

EJECUCIÓN:

Hacer partícipe a Nancy y Pedirle que con apoyo, se levante y se siente 5 veces, durante 3 veces al día.

Hacer participar a la familia y hacer énfasis en que puede ser un proceso lento, en el cual Nancy no se debe de desesperar, esto ayudará a aumentar su confianza motivando su nivel de energía y aumento de la esperanza de lograr independencia.

EVALUACIÓN:

El día 12 de febrero del 2014, Nancy demuestra tener mayor seguridad para movilizarse y desplazarse en espacios cortos, refiere sentirse con más fuerza y confianza. Al momento de la evaluación, se obtiene en la escala de valoración de Daniels, calificación de 4 de 5, opone resistencia por 1 minuto en miembros torácicos y pélvicos. Tolerancia la pedestación con apoyo durante el mismo periodo de tiempo, con mayor equilibrio.

NOTA:

Nancy acude a consulta regular semanalmente, el día 18 de febrero, se presenta con diarrea de 3 días de evolución, deshidratación por lo que es atendida en atención inmediata e ingresada a hospitalización, a servicio de oncología médica con diagnóstico de desequilibrio metabólico. Es valorada por servicio de medicina interna y se le indica esquema de insulina. Es dada de alta el día 24 de febrero, día en el que se le entrega plan de alta.

IX. PLAN DE ALTA:

NOMBRE DEL PACIENTE: Nancy P. C.

FECHA: 24 de febrero del 2014.

EDAD: 34 años.

SEXO: Femenino.

FECHA DE INGRESO: 18 de febrero.

FECHA DE EGRESO: 24 de febrero.

1.- ORIENTACIÓN SOBRE ACTIVIDADES QUE EL FAMILIAR RESPONSABLE DEBE REALIZAR:

Realizar toma de glicemia capilar preprandial durante 7 días. Posteriormente realizar toma de glicemia capilar diariamente por la mañana, y cuando haya síntomas de alarma; eligiendo los mismos horarios para hacerlo. Siguiendo el siguiente esquema:

Fecha:

DESAYUNO	COMIDA	CENA
Hora:	Hora:	Hora:
Glicemia Capilar:	Glicemia Capilar:	Glicemia Capilar:
Molestia o comentario:	Molestia o comentario:	Molestia o comentario:

2.- ORIENTACIÓN DIETÉTICA:

Dieta para diabético (tríptico anexo). De bajo residuo (díptico anexo): baja en fibra, verduras cocidas sin semillas, purés de frutas coladas. Jugo de frutas sin pulpa. Jugo de verduras "lisas". 2 tazas al día de lácteos: leche yogurt o quesos blandos. En quintos: de 5 a 6 comidas al día, mucho líquido (te, agua, vida suero oral) despacio.

3.- MEDICAMENTOS INDICADOS:

MEDICAMENTOS	DOSIS	HORARIO	Vía
Fluconazol	100 mg	9 am.	Oral.
Insulina NPH	15 Ui	Previo a desayuno	Subcutánea.
Insulina NPH	10 Ui	Previo a cena	Subcutánea.
Insulina rápida según glucosa capilar preprandial			Subcutánea.
	de 180 a 240 mg/dl = 4 Ui,		
	de 240 a 400 mg /dl = 7 Ui,		
	mas de 400 mg /dl = 10 Ui.		
Loperamida	cada 24 horas (en caso de diarrea).		
Paracetamol	500 mg (en caso de fiebre) cada 8 horas		Oral.
Tramadol	en caso de dolor abdominal		Oral.
Metoclopramida u ondansetrón en caso de náuseas vómitos			Oral.

4.- REGISTRO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA:

Indispensable a la brevedad: iniciar bitácora de signos y síntomas (cuidados paliativos).

Glucosa capilar menor de 60 mg/dl.

Vómitos o diarrea que no cedan a dosis indicadas de sintomatológicos.

Fiebre

Dolor abdominal que no ceda a dosis de analgésico indicado.

Dificultad para respirar, sudoración, agitación, o ansiedad que no cedan al reposo

Ante cualquier síntoma, que no ceda a las dosis indicadas del medicamento, acudir a atención inmediata. Recordar el servicio que ofrece la clínica de cuidados paliativos, vía call center para paliar síntomas.

5.- CUIDADOS ESPECIALES EN EL HOGAR:

Cuidados de ileostomía, como usualmente, recordando que existe cita abierta en clínica de estomas para surtir material en caso necesario. Cita programada a clínica de estomas en caso de dudas o asesorías.

Cuidados de biovack y herida quirúrgica: baño diario, higiene gentil con agua y jabón, posterior al baño, secar "esponjeando", mantener piel circundante seca, cubrir con gasas y colocar vendaje si ella así lo desea.

Cambios frecuentes de posición: cada dos horas, y 3 veces al día, (a reserva de existir fatiga) realizar ejercicios de movilización activa a tolerancia sin resistencia, posteriormente con resistencia, series de 10, finalmente deambular a tolerancia, con ayuda y vigilancia de familiar primario, así como ayuda de andadera.

6.- FECHA DE SU PRÓXIMA CITA:

Próximo viernes 28 de febrero del 2014:

Gastrocirugía. Nutrición clínica.

NOTA:

Se aclararon dudas de material brindado por las áreas de rehabilitación, estomas, nutrición y se incluyeron folletos informativos e instrucciones del manejo de la bitácora de signos y síntomas y del servicio de clínica de cuidados paliativos, así como folletos informativos acerca de ileostomía y del servicio de clínica de estomas. Se incluyó guía de ejercicios físicos recomendados por servicio de rehabilitación, reforzando la importancia de los mismos. A su vez se incluyó información acerca de alimentación en la persona diabética con ileostomía, por el servicio de nutrición clínica.

X. SEGUIMIENTO:

El día 18 de Marzo se lleva a cabo una visita domiciliaria, se realiza valoración a Nancy, entrevista con la familia y revisión de datos en la bitácora. Se encontró la siguiente información:

- η Familia integrada, en proceso de duelo se observa en fase de negociacion – aceptación. Se les observa y se manifiestan verbalmente tristes, sin embargo demostrando apoyo a Nancy, tratando en todo momento que no tenga dolor, continúan con sus ejercicios físicos, a tolerancia, sin embargo refieren familiares que Nancy ha estado más débil estos últimos días, pero refieren notarla tranquila y en paz, refieren familiares que Nancy ha logrado dormir más por la noche, y platica mucho durante el día. Solicita ella la presencia de familiares específicos, “para verlos por última vez”. Refieren familiares tener la impresión en Nancy de “estarse despidiendo” de cada uno, al preguntarles como se sienten con la situación, refieren sentirse tristes, pero “por otro lado, Nancy tiene mucha esperanza y nos anima a todos a seguir adelante sin ella, y eso nos hace sentir tranquilos por ella”, en otro momento expresan “estamos tranquilos al ver a Nancy tranquila, a pesar de todo, ella sonríe, solo deseamos que no tenga dolor”.

- η En los aspectos emocionales, de comunicación, y trabajo de duelo de la familia y de Nancy, se observaron avances significativos. A la entrevista con Nancy, presenta habla lenta y voz bajita, pero clara, ella refiere no quererse morir, sin embargo sabe que su momento de muerte está próximo a llegar, y verbalmente expresa: “si Dios desea que sea este momento de llevarme, lo acepto, aunque tengo muchas ganas de vivir y me hubiera gustado tener hijos, pero es momento de irme. Es su voluntad. Se que mi familia está cansada, y yo también, solo deseo no tener dolor mientras sucede” refiere “es lo que me da miedo”. A la exploración física, Nancy se encuentra bien acoplada a reposo fuera de cama (reposit), se encuentra con debilidad muscular con una escala daniels de 3 a 4 en miembros superiores e inferiores, deambula menos distancia, con movimiento débil, lento, y requiere más ayuda para realizarlo, refiere que estos días ha preferido no hacerlo, movilizándose únicamente de su cama al reposit o silla y al baño, logra dormir de 6 a 8 horas continuas, refiere no tener dolor, continúa con abdomen globoso distendido, no doloroso, palida de tegumentos +++ piel fría al tacto, llenado capilar de 1 segundo, herida quirúrgica afrontada con datos de proceso de cicatrización y sin datos de infección, biovack permeable, drenando líquido seroso, sin datos de infección en el sitio de inserción, ileostomía funcional.

- η Al revisar la bitácora de cuidados paliativos, se encontró presencia de diarrea, dolor abdominal, síntomas que responden adecuadamente a fármacos indicados, además presento en pocas ocasiones insomnio, labilidad emocional, llanto fácil. Se corroboró que las personas tuvieran las guías y folletos informativos correspondientes. Resolviendo dudas acerca de los mismos.

Nancy es llevada a servicio de atención inmediata el día sábado 22 de Marzo, refiere expediente electrónico en mal estado general, con dolor abdominal desde el 19 de marzo, y diarrea el 21 de marzo, presenta falla cardio respiratoria y fallece siendo las 20 horas. Previamente, en el servicio de cuidados paliativos, Nancy expresó en acuerdo con sus familiares, su deseo de no ser reanimada en caso de ser necesario.

Posteriormente, se realiza seguimiento telefónico a sus familiares cada 3 meses, siendo la última en el mes de Diciembre del 2014. Haciendo hincapié en el servicio que se ofrece en clínica de cuidados paliativos, para atención psicológica a familiares de personas con procesos oncológicos, aún después de haber fallecido. Teniendo una buena respuesta refiriendo que considerarán acudir a recibir atención al servicio de cuidados paliativos, sin embargo, su esposo afirma que se encuentra recibiendo atención psicológica fuera del INCAN, haciéndosele hincapié en el área de oportunidad que tiene el instituto en la especialidad de tanatología, a lo que la respuesta fue reconsiderar esa opción.

XI. CONCLUSIONES:

Pese al diagnóstico poco alentador y pronóstico desfavorable establecido en las notas médicas del expediente clínico, Nancy, poco a poco va mejorando clínicamente al tratamiento multidisciplinario principalmente a los cuidados de enfermería, dejándonos en sorpresa a todo el personal, y comprobando una vez más que como profesionales de enfermería, debemos de realizar una valoración completa, y un plan de cuidados específico e individualizando a cada paciente, teniéndolos en cuenta como personas con necesidades alteradas y sus respuestas humanas ante esas necesidades así como a los cuidados y al tratamiento; y no como patología específica, ya que, no se puede ni se debe de englobar y / o catalogar a los pacientes por patologías.

Fue muy importante la inclusión de la familia y cuidadores primarios a las intervenciones del estudio de caso, es necesario valorar el momento emocional que vive el cuidador, esto para refuerzo positivo e intervenciones dirigidas a acompañamiento y comunicación, ya que el estado de animo del cuidador influye positiva o negativamente en la persona cuidada. Es concluyente que un estado de animo positivo favorece la mejoría de la persona. A su vez, la resolución de duelos y pendientes genera tranquilidad en la persona que se encuentre al final de la vida. Me resultó muy gratificante haber ayudado a que se llevara a cabo un afrontamiento eficaz en la familia, así como haber propiciado un ambiente de resolución de dudas lo que generó tranquilidad al llevar a cabo el cuidado en su domicilio.

Los cuidados básicos que hay que realizar al paciente en situación terminal son los cuidados del confort, que incluyen tanto los cuidados espirituales como los emocionales y las necesidades fisiológicas que se van presentando (pérdida del tono muscular, disminución del peristaltismo, disminución de la circulación sanguínea, dificultad respiratoria o alteraciones de los sentidos, etc.), estos síntomas múltiples, intensos y de larga duración, multifactoriales y cambiantes; hay que saber que tienen posibilidad de control. Es por ello que se han de evaluar antes de tratarlos, explicar las causas a la persona y a la familia, el tratamiento a realizar será individualizado, se llevará a cabo una monitorización y una revisión constante de los síntomas, se tendrá atención a los detalles, se realizarán instrucciones correctas y completas sobre el tratamiento.

Cuando queda claro que el objeto de estudio en la enfermería es el cuidado de la persona, atendiendo sus necesidades en base a las respuestas humanas expresadas, es evidente que para lograrlo es necesario la capacitación continua, la búsqueda de evidencia científica, para proporcionar atención de elevada calidad, propia de los cuidados realizados por los profesionales de enfermería.

Es evidente que realizamos día a día el proceso de enfermería, algunas veces de manera mecanizada, pero siempre dirigido hacia las necesidades de la persona cuidada. Los cuidados se realizan, sin embargo, es categóricamente necesario basarnos en la enfermería basada en evidencia reciente, para lograr que se brinden cuidados especializados de alta calidad.

A manera de discusión, me gustaría dejar una puerta abierta hacia el desarrollo formal de un modelo de atención dirigido a personas con padecimiento oncológico, para posteriormente someterlo a pruebas piloto e investigación científica, con el fin de poder aplicarlo en el ejercicio cotidiano aterrizando los cuidados especializados característicos de la enfermería oncológica.

XII. SUGERENCIAS:

Es necesario que el profesional de enfermería aplique el proceso de atención de enfermería en la práctica clínica para asegurar la continuidad del cuidado enfermero, y así evitar la discontinuidad del cuidado o incongruencia del mismo, que repercuten en la evolución del paciente y en los costes de la atención institucional.

En las instituciones de salud, es necesario la implementación de este proceso como sistema de trabajo, ya que de esta forma, enfermería sustenta su desempeño laboral basado en la fundamentación científica. Así mismo es importante innovar y re implementar un sistema en el que en el ámbito laboral, se pueda llevar a cabo este proceso de manera práctica, y que sí se lleve a cabo, ya que, por lo general, se realiza el cuidado implementando intervenciones, algunas veces sin registrarlo adecuadamente, y otras ocasiones sin conocer el fundamento. Con el fin además de mejorar la comunicación entre el profesional de enfermería de los diferentes turnos, y que se lleve a cabo el plan de cuidados continuo, congruente, individualizado y especializado, a corto y a largo plazo.

Hablando de paradigmas, idealmente y en mi opinión sería muy bonito que lográramos trabajar bajo el paradigma de la transformación, ya que, habla acerca de la transformación hacia el mundo y la orientación de apertura sobre el mundo influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados enfermeros. 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. acompañándole en sus experiencias de salud, siguiendo su ritmo y su camino, utiliza todo su ser, comprendiendo los elementos mas allá de lo visible y palpable, e intervenir significa estar con la persona. La persona es así, un todo, indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta. La salud es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, y la salud va mas allá de la enfermedad, siendo un aspecto significativo de proceso de cambio de la persona. Pero lo más significativo sería integrar los 2 últimos paradigmas descritos, los cuales son de integración y de transformación. Sin embargo para lograrlo es fundamental incluir en nuestra formación un programa de psicología para poder llevarlo a cabo adecuadamente.

A lo largo de mi carrera profesional la recomendación y el aprendizaje más valioso que me he llevado, y compartiéndolo para con todo el profesional de enfermería; es que como enfermeros y enfermeras, no es nuestro trabajo decir pronósticos y mucho menos realizar un proceso de enfermería en base a un diagnóstico médico, evaluamos respuestas humanas de personas con determinada alteración fisiológica, y / o emocional, por lo que nuestro objetivo y esencia debe siempre ser cuidar personas, y no cuidar enfermedades.

Por otro lado hablando en cuestión al paciente oncológico, quitémonos la idea de que cáncer es igual a muerte, y enfermería oncológica es mucho más que solo preparar y cuidar quimioterapias, así mismo, enfermería oncológica es mucho más que solo cuidar radiaciones, colostomías y heridas quirúrgicas, y se puede hacer mucho más que solo vigilar y esperar la muerte inminente y cruel de un enfermo terminal. Ya que en este aprendizaje y en este gran viaje, se retoma se puede hacer mucho más por un paciente oncológico de lo que podamos imaginar; brindando desde luego, además de todos los conocimientos y habilidades, actitudes altamente humanísticas para brindarle a nuestros pacientes esa empatía y llegar a trascender en ellos de una manera mas positiva y de aminorar de alguna manera su estancia hospitalaria de la mejor manera para ayudarlo a recobrar su independencia, y o aceptación, de su estado de salud, recordando que enfermería cuida pero además de cuidar, es esa compañera, que sustituye la necesidad alterada y auxilia a la persona. Esto último que nos invita a reflexionar acerca de nuestro propósito y misión como personas en la Tierra, venimos aquí para servir, ayudar y amar al prójimo.

Muchas personas han preguntado, ¿por qué te gusta ver a las personas o a los niños sufrir y morir? refiriéndose a lo complejo de las patologías oncológicas. Y no, no disfruto de ver personas sufrir, mi pasión es cuidar de personas que luchan por vivir o por un buen morir, con lo mucho o lo poco que les quede de vida, y es aquí cuando termino con un pensamiento desarrollado a lo largo de este viaje del curso de la especialidad:

Mi sueño, no es un sueño cualquiera... mi sueño es un mundo donde no exista el dinero, donde sólo haya amor. Un lugar donde el cáncer se atienda con el corazón y todo sé de con amor, mi sueño no es un mundo libre de cáncer, eso sería una ilusión una falacia, mi sueño, es un mundo donde cada persona sea diagnosticada tempranamente, donde para cada persona exista un tratamiento adecuado, que funcione y donde cada personan tenga calidad de vida y viva con amor, mi sueño no es un mundo sin cáncer, es un mundo donde cada persona con cáncer sea tratada tempranamente, pero sobretodo, cálidamente. Mi sueño es que no exista el dinero como límite para el tratamiento adecuado, mi sueño es que no exista el dinero (aunque esa es otra falacia). Mi sueño es que todos vivamos de amor, dando amor, y que el cáncer se curé con amor... Mi sueño es que cada persona luche y no se dé por vencida, luche por vivir, o luche por morir dignamente. Lo que cada quien decida. Pero que lo haga con aceptación. Mi sueño es que las personas más sanas no les tengan lástima a las personas con cáncer y que los enfermeros y enfermeras no les tengan miedo a los enfermos de cáncer, que se deje de creer que cáncer es igual a muerte, mi sueño es convencer que se puede hacer mucho más que sólo esperar una muerte inminente y cruel. Se puede hacer mucho más que sólo extirpar un tumor, administrar y vigilar los efectos de una quimioterapia, se puede hacer mucho más que sólo aplicar y esperar a efectos de radioterapia.

Porque casualmente el cáncer lo padecen personas y no sólo afecta órganos, mi sueño es un mundo donde no se le tenga miedo a los hospitales ni a la atención médica, donde todos hagamos nuestro trabajo con amor, con el corazón y no sólo por obligación, porque lo que cuidamos son personas... con cáncer. Las personas piensan que para ser médico, para ser enfermera hay que ser fríos. El personal oncológico debe ser todo menos frío. Criminalistas, forenses legales, etc, ellos podrían ser fríos, tratan con personas sin vida, las personas sienten, aunque tengan cáncer, no se está muerto en vida, merecen ser tratadas con dignidad calidez y amor. Cáncer no es igual a muerte, es igual a persona y no siempre esta muriendo. Quiero un mundo donde el significado de cáncer no sea muerte, mi sueño es un mundo donde el cáncer signifique esperanza, donde cáncer sea curado con amor, con quimioterapia radioterapia cirugía y lo mejor que hay en el mundo, amor risas y cosquillas y canciones. Ya que el cáncer no termina en los hospitales, no acaba en la derrota de la enfermedad, los miedos no se extirpan, se vencen, la vida no se reconstruye, se afronta, el cáncer no caduca y no se esconde, el cáncer se supera, solo cuando estemos francamente convencidos, solo entonces habremos ganado el desafío. Mi sueño es que no exista el dinero. Mi sueño es que el cáncer signifique esperanza y se trate con todo aunque no siempre se logre curar, pero que se trate con respeto pasión entrega y mucho amor. Cuidar, trabajar y aprender de personas luchando por vivir, o por morir dignamente, no tiene precio y esto, es la esencia de nuestra profesión, el arte del ser enfermero, en cualquiera de sus especialidades.

Claudia Yazmín Steck Cortés

Dormía... Dormía y soñaba que la vida era alegría, desperté y vi que la vida era servicio, serví y supe que el servir era alegría.

Rabindranath Tagore

Recordemos siempre que lo que cuidamos son personas.. Casi siempre enfermas, en nuestro caso, con cáncer, muchas veces fases terminales, no olvidemos siempre hacer nuestro trabajo con amor, profesionalismo, pensamiento crítico, fundamento científico y siempre con una sonrisa. Así, ¡Todo, absolutamente todo, habrá valido la pena!

Claudia Yazmín Steck Cortés.

XIII. ANEXOS:

13.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO COPIA.

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

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN	LUGAR	FECHA	HORA
Instituto Nacional Cancerología	Tlalpan. DF	04-Dic-2013	10:45
Nombre del paciente (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s)) Nancy Parra Cerón			N° de Expediente 000123263
Edad 34 a	Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	Ocupación comercio	Estado civil Unión Libre
Domicilio (Calle, Número, Colonia, Localidad, Municipio, Estado) 3er Cda. Av. Jardín #22 Col. Del Gas Delg. Azcapotzalco.			

Yo: Tracema Parra Cerón declaro libre y voluntariamente

aceptar participar en el estudio de caso " a una paciente con padecimiento oncológico del servicio de Gastro-oncología-cirugía. cuyo objetivo principal es: Conocer y realizar el seguimiento del estado de salud de Nancy

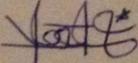
y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten:

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

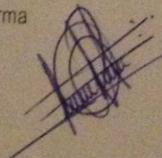
Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme, de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o me sea negada la atención médica para mi tratamiento en esta Institución.

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

Nombre del responsable del Estudio: Claudia Yazmin Steck Cortés

Firma: 

Nombre de la persona, padre o tutor: Tracema Parra Cerón

Firma: 

13.2 FORMATO DE EVALUACIÓN EXHAUSTIVA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON APLICADO A NANCY P. C.

	1																						
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO																							
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA POSGRADO EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA																							
FORMATO DE EVALUACIÓN EXHAUSTIVA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON																							
I. FICHA DE IDENTIFICACION																							
<u>Fecha de valoración exhaustiva: 25 de noviembre del 2013.</u>																							
Fecha de ingreso: 10 de noviembre del 2013 Primer tiempo quirúrgico: 11 de noviembre. Segundo tiempo quirúrgico: 14 de noviembre.																							
Nombre: Nancy P. C. Genero: Femenino Edad: 32 años Estado civil: casada N° De cama: 235																							
N°. De Exp: 000123263 Grupo sanguíneo: RH O(-)Escolaridad: preparatoria Ocupación: Comerciante Religión: católica																							
Lugar de procedencia: México D.F. Domicilio: cda 3. Jardín. Col. Ampliacion del Gas. C.P. 2970. Azcapotzalco. México D. F.																							
II. DATOS SOCIECONOMICOS Y CULTURAL.																							
A) Estructura familiar																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nombre</th> <th style="width: 15%;">Edad</th> <th style="width: 30%;">Parentesco</th> <th style="width: 25%;">Ocupación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>F. Z. Ernesto</td> <td>31 años</td> <td>Esposo</td> <td>Comerciante</td> </tr> <tr> <td>C. C. Cristina</td> <td>56 años</td> <td>Madre</td> <td>Comerciante</td> </tr> <tr> <td>P. A. Natalio</td> <td>62 años</td> <td>Padre</td> <td>Comerciante</td> </tr> <tr> <td>P. C. Erika</td> <td>28 años</td> <td>Hermana</td> <td>Comerciante / Estudiante</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	F. Z. Ernesto	31 años	Esposo	Comerciante	C. C. Cristina	56 años	Madre	Comerciante	P. A. Natalio	62 años	Padre	Comerciante	P. C. Erika	28 años	Hermana	Comerciante / Estudiante			
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación																				
F. Z. Ernesto	31 años	Esposo	Comerciante																				
C. C. Cristina	56 años	Madre	Comerciante																				
P. A. Natalio	62 años	Padre	Comerciante																				
P. C. Erika	28 años	Hermana	Comerciante / Estudiante																				
B) Estructura económica: Total de Ingresos mensuales: \$ 5000.00																							
C) Medio ambiente: Tipo de vivienda: Renta / Urbana / Vecindad. Servicios con que cuenta: agua, luz, gas, pavimentado, teléfono.																							
N° de habitaciones: 3 Tipo de fauna: ninguna.																							
III: HISTORIA DE SALUD																							
Motivo de Ingreso: Dolor abdominal recurrente. Referida al Instituto Nacional de Cancerología por masa abdominal en TAC. (Julio del 2012)																							
Diagnóstico Médico reciente: CÁNCER DE PÁNCREAS: TUOMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR MUCINOSO, CON CRECIMIENTO LOCOREGIONAL HACIA RETROPERITONEO, CATALOGADO COMO IRRESECCABLE, NO SENSIBLE A RADIOTERAPIA NI QUIMIOTERAPIA. FUERA DE TRATAMIENTO CURATIVO. EN VIGILANCIA MEDICA Y TRATAMIENTO MEDICO PALIATIVO.																							
Alergias NEGADAS. Alimentos: ----- Medicamentos/anestésicos: ----- Otros (lana, polen, etc.....): -----																							
Tratamientos prescritos:																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nombre</th> <th style="width: 40%;">Via y Dosis</th> <th style="width: 30%;">Horario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FENTANILO</td> <td>875 MG → 100ML INFUSIÓN IV</td> <td>24 HORAS.</td> </tr> <tr> <td>MIDAZOLAM</td> <td>70 MG → 100ML INFUSIÓN IV</td> <td>24 HORAS.</td> </tr> <tr> <td>FUROSEMIDE</td> <td>40 MG IV</td> <td>8 HORAS</td> </tr> <tr> <td>PARACETAMOL</td> <td>1 G IV</td> <td>8 HORAS</td> </tr> <tr> <td>MEROPENEM</td> <td>1 G IV</td> <td>8 HORAS</td> </tr> <tr> <td>VANCOMICINA</td> <td>1 G IV</td> <td>12 HORAS</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre	Via y Dosis	Horario	FENTANILO	875 MG → 100ML INFUSIÓN IV	24 HORAS.	MIDAZOLAM	70 MG → 100ML INFUSIÓN IV	24 HORAS.	FUROSEMIDE	40 MG IV	8 HORAS	PARACETAMOL	1 G IV	8 HORAS	MEROPENEM	1 G IV	8 HORAS	VANCOMICINA	1 G IV	12 HORAS		
Nombre	Via y Dosis	Horario																					
FENTANILO	875 MG → 100ML INFUSIÓN IV	24 HORAS.																					
MIDAZOLAM	70 MG → 100ML INFUSIÓN IV	24 HORAS.																					
FUROSEMIDE	40 MG IV	8 HORAS																					
PARACETAMOL	1 G IV	8 HORAS																					
MEROPENEM	1 G IV	8 HORAS																					
VANCOMICINA	1 G IV	12 HORAS																					

AMIKACINA	250 MG IV	8 HORAS
FLUCONAZOL	400 MG IV (PRIMERA DOSIS) 200 MG IV SUBSECUENTES.	12 HORAS
METOCLOPRAMIDA	10 MG IV	8 HORAS
RANITIDINA	50 MG IV	8 HORAS
HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR		

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

SISTEMA RESPIRATORIO:

Frecuencia respiratoria x min: 14 Disnea: NO Características: -----
 Vía aérea permeable: SI Intubación orotraqueal: SI Traqueostomía: NO
Obstrucción parcial/total: -----
 Nariz Boca Bronquial Pulmonar Causas: -----
 Oxígeno suplementario: SI NO Tipo de soprote:----- FIO2: ----- Tipo de respiración: -----
 Características de la respiración: -----
Ruidos:
 Normal vesicular: SI
 Crepitaciones: NO Estertores: GRUESOS Sibilancias: NO Estridor: NO
 Otras: HIPOVENTIVACIÓN BASAL
 Tos NO Características: -----
 Dolor: NO VALORABLE EVA: ----- Localización: ----- Tipo: ----- Frecuencia: ----- Duración: -----
 Fuma: NO N°. De cigarrillos al día ----- Edad que comenzó a fumar -----

Ventilación mecánica: SI INVASIVA. N° cánula: 7 FIJADA A 21cm DE ARCO DENTAL Modalidad: VMA
 Vol. Corriente: 430 FIO2: 60% FR: 14 Flujo: 1:2 P.Suporte: 16 PEEP: 6
 Gasometría Arterial: Hora 7:45 PO2 94 PCO2: 30 PH:7.521 HCO3: 24
 Gasometría venosa SIN REGISTROS Hora ----- Parámetros -----
 Control radiológico: NORMAL Oximetría de pulso: 99%
 Congestión pulmonar:----- Infiltrados: ----- Foco neumónico: ----- Derrame: ----- Atelectasia: -----
 Datos subjetivos: PRESENCIA DE SECRECIONES LIGERAS MODERADAMENTE ESPESAS, LIGERAMENTE AMARILLAS.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

F. Cardíaca: 113 Lat. x min. Presión arterial: 143/83 mm/ Hg Pulsos: SI Temperatura: 35.4° C
 Lienado capilar Miembro torácico: 2 seg. Miembro pélvico: 2 seg.
 Ingurgitación yugular: NO
 Dolor precordial: NO VALORABLE EVA: ----- Localización: ----- Tipo: ----- Irradiación: ----- Duración: -----
 Cianosis: NO Peribucal----- Ungeal----- Acrocianosis -----
 Edema: SI Localización: GENERALIZADO Tipo: +++ Hemorragia: NO Localización: -----

Dolor abdominal: NO VALORABLE EVA: ----- Localización: ----- Tipo: ----- Irradiación: -----
 Duración: -----

Diabetes Mellitus: NO Glucosa capilar: 149 mg/dl Observaciones: ALBÚMINA DE 1.3 G/DL

Datos subjetivos: -----

TOTALMENTE DEPENDIENTE

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

Patrón urinario:

Frecuencia: Sonda Vesical Tipo Foley. Cantidad: 870 ml 8 hrs Características: MACROSCÓPICAS NORMALES: AMBAR, TRANSLÚCIDA. EGO NORMAL.

Poliuria SI Anuria----- Oliguria----- Polaquiuria----- Disuria----- Nicturia----- Tenesmo----- Incontinencia-----
 --- Enuresis-----

Color: NORMAL Ardor----- Retención----- Hematúrica----- Colúrica----- Otros: -----

Dolor: NO VALORABLE EVA: ----- Localización: ----- Tipo: ----- Frecuencia: ----- Duración: -----
 IVU frecuentes: -----

Sonda vesical SI Diálisis----- Hemodiálisis ----- Pañal ----- Otros: -----

Patrón intestinal:

ILEOSTOMÍA EN ASA FUNCIONAL. GASTO DE 450ML EN 8 HORAS.

Frecuencia habitual: _____ veces al día. Características:

¿Tiene algún hábito que favorezca su eliminación? _____

Normal	Estreñimiento	Diarrea	Incontinencia	Flatulencia		
Características: Acolia Pastosa		Melena	Hematoquecia	Esteatorrea	Líquida	Mucoide

Problemas de hemorroides ----- Dolor: NO VALORABLE EVA: ----- Localización: ----- Tipo: -----
 Duración: -----

Otros patrones de eliminación:

Perdidas insensibles: 734ml en 24 hrs. Diaforesis: SI (facial) ++ Fiebre de 38.4°C 8 horas.

Drenajes SI (2) Características: JACKSON PRATT → 1. FOSA ILIACA IZQUIERDA GASTO DE 555 ML EN 8 HORAS. LÍQUIDO PURULENTO

2. INFRAHEPÁTICO. GASTO DE 175ML EN 8 HORAS. SEROHEMÁTICO.

Sangrado Transvaginal: NO

Observaciones: -----

Datos subjetivos: -----

TOTALMENTE DEPENDIENTE

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

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

Movilidad en cama: SUPLENCIA TOTAL

Inspeccionar tipo de marcha: -----

Marcha escalonada Marcha festinante Marcha tijera Marcha pato

Actividad física: -----

Deambulaci3n: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bast3n

Postura y movimiento:

Lordosis Escoliosis Cifosis

Riesgo de úlceras por presi3n (escala de Braden):

<i>Percepci3n sensorial</i> Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1. LIMITADO COMPLETAMENTE	2. Muy limitado	3. Limitado levemente	4. Sin impedimento
<i>Humedad</i> Grado de humedad de la piel	1. CONSTANTEMENTE HÚMEDA	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
<i>Actividad</i> Grado de actividad física	1. CONFINADO A LA CAMA	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
<i>Movilidad</i> Control de posici3n corporal	1. COMPLETAMENTE INMÓVIL	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrici3n</i> Patr3n de ingesta alimentaria	1. COMPLETAMENTE INADECUADA	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricci3n y roce</i> Roce de piel con sábanas	1. PRESENTE	2. Potencialmente presente	3. Ausente	
Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16				
RESULTADOS: 6				

Valoraci3n de la fuerza muscular (escala de Ashworth): NO VALORABLE POR ESTAR EN SEDACI3N.

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA	PUNTAJE
1.- Ningún incremento del tono	
2.- Pequeño incremento del tono, con una sacudida ligera en los movimientos de flexi3n o extensi3n de las partes afectadas.	
3.- Incremento más notable en el tono, con facilidad de flexi3n de las partes afectadas	
4.- Aumento considerable del tono, con un movimiento pasivo difícil	
5.- Las partes afectadas est3n rígidas en la flexi3n o extensi3n	
EVALUACI3N DE FUERZA	
1.- No contracci3n muscular	
2.- Contracci3n muscular sin movimiento	
3.- Posible movimiento sin gravedad	
4.- Movimiento contra gravedad	
5.- Movimiento contra fuerza superior a la gravedad	
6.- Fuerza motora normal	
RESULTADO	

Valoraci3n del estado de conciencia (escala de Glasgow): NO VALORABLE POR EFECTOS DE SEDACI3N. SE VALORA ESCALA DE RAMSAY CON PUNTUACI3N DE 6.

APERTURA OCULAR		RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL	
Espontanea	4	Espontanea, normal	6	Orientada	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Ninguna	1	Decorticaci3n	3	Sonidos incomprensibles	2
		Descerebraci3n	2	Ninguna	1

		Ninguna	1		
RESULTADO					

Valoración de la fuerza muscular (escala Karnofsky):

100	Normal. Sin evidencia de enfermedad
90	Actividad normal. Síntomas menores
80	Actividad normal con esfuerzo. Algún síntoma
70	Se vale por sí mismo, pero no puede llevar una actividad normal
60	Requiere asistencia ocasional. Cuidados para la mayoría de las cosas
50	Requiere considerable asistencia y frecuente cuidado médico
40	Incapacitación. Requiere especial asistencia y cuidados.
30	Muy incapacitado. Hospitalizado. No muerte inmediata
20	Muy enfermo. Necesita tratamiento de soporte
10	Moribundo. Proceso en progresión rápida
Buen pronóstico en 5 años para resultados >70%	
RESULTADO	20

Realiza ejercicios pasivos / activos de acuerdo a su limitación: NO, POR EFECTOS DE SEDACIÓN.

Dolor: NO VALORABLE EVA: ----- Localización: ----- Tipo: -----
Duración: -----

Observaciones: ----- Datos subjetivos: -----

TOTALMENTE DEPENDIENTE

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme habitualmente? ----- Día -----hrs. Noche -----hrs.

Alteraciones del sueño:

Trastorno del ciclo sueño-vigilia ----- Factores que lo ocasionan: -----

Insomnio Hipersomnias Apnea de sueño

¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño? SI NO

Cual Dosis Horario

¿Considera que el tiempo que duerme es suficiente para su descanso?

¿Realiza alguna actividad para relajarse antes de dormir?

Observaciones: NANCY SE ENCUENTRA CON EFECTOS DE SEDACIÓN POR LO QUE NO ES POSIBLE VALORAR ESTA NECESIDAD EN ESTE MOMENTO.

Datos subjetivos: -----

TOTALMENTE DEPENDIENTE

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? SI ¿En qué medida? PERSONA CON SEDACIÓN.

¿Elige su vestuario en forma independiente? SE LE PROPORCIONA ROPA HOSPITALARIA

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

Animo Clima Moda ¿Por qué?

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

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

Observaciones: -----

Datos subjetivos: -----

TOTALMENTE DEPENDIENTE

7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Temperatura corporal: 38,4 °C Hipertermia Manifestaciones clínicas: TAQUICARDIA, DIAFORESIS,

Casusa: Neutropenia Infeción Lisis tumoral Quimioterapia ¿Esquema? -----

Otros: FOCO INFECCIOSO ABDOMINAL, ACTIVIDAD TUMORAL, METABOLISMO ELEVADO.

Radioterapia NO Sitio -----

Cirugía Sitio ABDOMINAL (LAPE + SEPSIS ABDOMINAL + ILEOSTOMÍA)

Observaciones: EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS SE REPORTAN PICOS FEBRILES DE HASTA 39 °C.

Datos subjetivos: -----

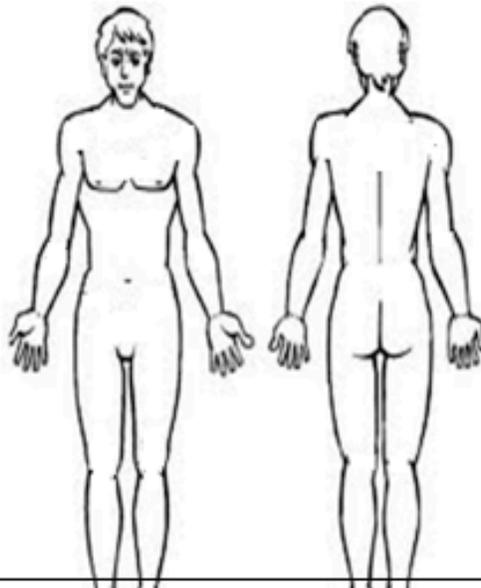
TOTALMENTE DEPENDIENTE

8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE LA PIELColoración de la piel:PALIDEZ SI +++ Rubicundez ----- Marmórea ----- Ictericia ----- Equimosis ----- Hematoma -----
Petequias -----Estado de la piel:

SECA++ Hidratada ----- Deshidratada ----- Elástica -----

Integridad de la piel:

ESTOMAS	
1	Traqueostomía
2	Colostomía
2a	Ascendente
2b	Transverso
2c	Descendente
2d	Sigmoidea
3	ILEOSTOMÍA EN ASA (ERITEMA EN LA PERIFERIA)
4	Urostomía
4a	Nefrostomía
4b	Ureterostomía
4c	Neovejiga
4d	Conducto ileal
4e	Sonda suprapúbica



5	SONDAS (especifique)
	VESICAL TIPO FOLEY NASOGÁSTRICA
6	DRENAJES (especifique)
	1 JACKSON PRATT: FOSA ILIACA IZQUIERDA 1 JACKSON PRATT: INFRA HEPÁTICO
7	ACCESOS VASCULARES (especifique)
	CATÉTER VENOSO CENTRAL TIPO ARROW 2 LÚMENES.

8- UPP

NANCY NO PRESENTA ÚLCERAS POR PRESION, SIN EMBARGO, TIENE 5 LESIONES CON DESTRUCCIÓN DE EPIDERMIS EN DE 1 CM DE DIAMETRO EN TORAX (POR CONTACTO CON ADHESIVOS ELECTRODOS Y CABLES DE MONITORIZACIÓN). UNA LESIÓN DE 3 CM POR 2 CM EN MIEMBRO PÉLVICO IZQUIERDO, REGIÓN DEL MÚSCULO ADUCTOR MAYOR. UNA LASCERACIÓN PERIANAL EN GLÚTEOS. Y UNA LESIÓN EN LABIOS DE 1 CM.

Grado: I II III IV
 Longitud _____ mm
 Tamaño _____ mm

Tipo exudado: Abundante Escaso Purulento Sanguinolento
 Profundidad _____ cm

Bordes:
 Gruesos Irregulares Calor

Observaciones: ABDOMEN DISTENDIDO, GLOBOSO Y FIRME A LA PALPACIÓN. HERIDA QUIRURGICA DE FLANCO DERECHO A FLANCO IZQUIERDO (TIPO CHEVRON). CON ERITEMA EN LA PERIFERIA. REGIÓN DORSAL EDEMA ++

Datos subjetivos: -----

TOTALMENTE DEPENDIENTE

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Etapa de la vida: ADULTO JOVEN Adulto mayor----- Vejez-----
 Estado cognitivo: SEDADA Perceptivo----- Alerta----- Orientado----- Agitado----- Ocnubilado-----
 Desorientado
 Riesgo de caída: ALTO Bajo Mediano Sujeción: NO
 Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras: NINGUNA
 Uso de anteojos y lentes de contacto: NO Uso de dispositivos auditivos: NO
 Uso de prótesis en extremidades: NO
 Actitud ante el ingreso: ----- Colaborador Confiado Reticiente Agresivo
 Negativo Ansioso

Laboratorios alterados:

HORA 7.45			
LABORATORIO			
HB 10	HTO 28	PLAQ 142,000	
LEU 26 000	NEUT 96 000	BAND	LINF 600
GLUC 152	UREA 27.2	BUN 34	CREA 0.8

NA 149	K 3.7	CL 125
CAL 7.5	MG 1.6	P 2.1
TGO 21	TGP 19	FA 121
BT 1.2	BD 0.51	BI 0.69
PROT. TOT 5.5	ALBUM 1.3	GLOB 4.2
pH urinario	CULTIVO DE SECRESION DE HERIDA QUIRURGICA CON REPORTE DE CÁNDIDA ALBICANS.	

Observaciones: -----

Datos subjetivos: -----

TOTALMENTE DEPENDIENTE

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Cómo es su comunicación? Clara Confusa Afásica Incapaz

¿Tiene alguna limitación física que le impida comunicarse-----
¿Cuál? ----- ¿Se expresa en otra lengua? Si No

¿Cuál es su estado de ánimo normalmente? ----- ¿Manifiesta emociones y sentimientos? -----

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

Familia

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

 Amigo

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

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

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

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

¿Utiliza mecanismos de defensa?

Negación Evasión Rabia Miedo Agresividad Proyección

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

Datos subjetivos: -----

TOTALMENTE DEPENDIENTE

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

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

¿Considera que sus creencias influyen en su estado de salud? Si ¿Requiere de apoyo espiritual? -----

¿Su familia fortalece sus valores? ----- ¿Rechaza el tratamiento por sus creencias? ----- ¿La familia requiere fortalecer sus valores?

¿El paciente tiene en su unidad algún objeto indicativo? IMAGENES COLGUIJES Tatuajes NO

Datos subjetivos: -----

TOTALMENTE DEPENDIENTE

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Cuenta con trabajo actualmente: SI ¿A qué se dedica? NEGOCIO FAMILIAR (COMERCIANTES)

Como se siente en relación a su trabajo: -----

Satisfecho Insatisfecho Valorado

¿Tiene alguna limitación para realizar su trabajo habitual? ----- ¿Cuál? -----

El trabajo que realiza, ¿le permite cubrir sus necesidades básicas? Si ----- ¿Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales? Si -----

Datos subjetivos: -----

TOTALMENTE DEPENDIENTE

13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Qué actividad le gusta realizar en su tiempo libre? ----- De las anteriores, ¿Cuál es su preferida? -----

Su estado de salud, ¿modifica sus actividades recreativas----- ¿Realiza alguna actividad recreativa realiza dentro del hospital? -----

¿Le gustaría realizar otro tipo de actividad? ----- ¿Conoce los grupos y las actividades de ayuda que ofrece la institución? -----

Datos subjetivos: -----

TOTALMENTE DEPENDIENTE

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso: Si ----- ¿Sabe leer y escribir? Si ----- ¿Estudia actualmente? No -----

Especifique grado de estudios:

¿Conoce los signos y síntomas de alarma de su padecimiento? -----

¿Conoce su tratamiento oncológico y los efectos? -----

¿Padece alguna otra enfermedad? No ----- ¿Cuál? ----- ¿Que toma? -----

Datos subjetivos: -----

TOTALMENTE DEPENDIENTE

13.3 FORMATO DE EVALUACIÓN EXHAUSTIVA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:



1



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

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
POSGRADO EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

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

I. FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha: _____

Fecha de ingreso: _____

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

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

Lugar de procedencia: _____ Domicilio: _____

II. DATOS SOCIECONOMICOS Y CULTURAL.

A) Estructura familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación

B) Estructura económica: Total de ingresos mensuales: _____

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

N° de habitaciones: _____ Tipo de fauna: _____

III: HISTORIA DE SALUD

Motivo de Ingreso: _____

Diagnóstico Médico reciente: _____

Alergias SI (enumerarlas con la reacción experimentada) NO

Alimentos: _____

Medicamentos/anestésicos: _____

Otros (lana, polen, etc.....) _____

Tratamientos prescritos:

Nombre	Via y Dosis	Horario	Motivo

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

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

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

Obstrucción parcial/total:Nariz Boca Bronquial Pulmonar Causas: _____Oxígeno suplementario: SI NO Tipo de soporte: _____ FIO2: _____ Tipo de respiración: _____

Características de la respiración: _____

Ruidos:Normal vesicular SI NO Crepitaciones Estertores Sibilancias Estridor Otras: _____Tos SI NO Características: _____Dolor SI NO EVA: ____/____ Localización: _____ Tipo: _____

Frecuencia: _____ Duración: _____

Fuma SI NO N°. De cigarrillos al día _____ Edad que comenzó a fumar _____Ventilación mecánica: SI NO Invasiva No invasiva N° cánula: _____ Modalidad: _____

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

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

Gasometría venosa Hora _____ Parámetros _____

Control radiológico: Normal SI NO Congestión pulmonar Infiltrados Foco neumónico Demame Atelectasia

Datos subjetivos: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR:F. Cardíaca: _____ Lat. x min. Presión arterial: ____/____ mm/Hg Pulsos: SI No

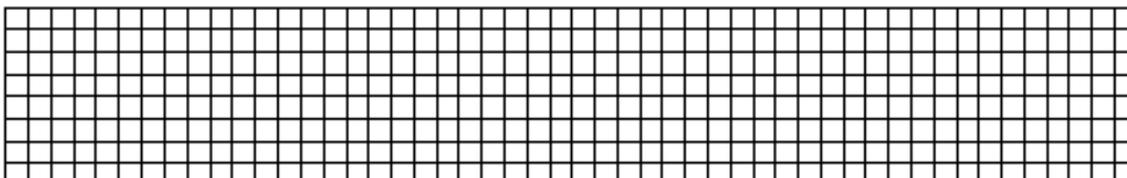
Características _____ Llenado capilar: Miembro torácico: _____ seg. Miembro pélvico _____ seg.

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

Irradiación: _____ Duración: _____

Cianosis: SI NO Peribucal Ungeal Acrocianosis Edema: SI No Localización: _____ Tipo: + ++ +++ +++ Hemorragia SI No Localización: _____

Trazo ECG



Ritmo: _____ Alteraciones: _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia **2.-NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:**

Peso: _____ kg Talla: _____ cm. IMC: _____ PA: _____ cm.

Caquexia Desnutrición Sobrepeso Obesidad (grado) _____¿Ha tenido variación en su peso últimamente? SI No Alimentación:Enteral Que alimentos incluye en su dieta _____

Consumo agua natural: _____ litros/día. Con frutas: _____ litros/día. Sabores artificiales: _____ litros/día.

Gaseosas: _____ por día. Café: _____ por día. Té: _____ por día.

Número de comidas al día: _____ Horario: Continuo Discontinuo

Alimentos que le desagradan: _____

Consumo de suplementos/complementos: _____

¿Consumo bebidas alcohólicas? SI No Que tipo: _____¿Su estado de ánimo influye en su apetito? SI No ¿Sus creencias religiosas influyen en su dieta? SI No

¿De qué manera influye su economía en su alimentación? _____

Parenteral: SI No Tipo _____Estado de la cavidad oralMucosa oral: _____ Presencia de Mucositis: SI NO Grado: 0 1 2 3 4Dentadura: Completa Incompleta Caries Prótesis Problemas para la masticación Halitosis: SI NO Náuseas: SI NO Pirosis: SI NO Émesis: SI NO Características: _____Reflejo de deglución SI NO Causas: _____Dolor abdominal: SI NO EVA: _____ / _____ Localización: _____ Tipo: _____

Irradiación: _____ Duración: _____

Diabetes Mellitus: _____ Glucosa capilar: _____ mg/dl

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

Patrón urinario:

Frecuencia: _____ veces al día. Cantidad: _____ ml. Características: _____

Anuria Oliguria Poliuria Polaquiuria Disuria Nicturia Tenesmo Incontinencia Enuresis

Ardor Retención Color: Normal Hematúrica Solúrica Otros: _____

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

Frecuencia: _____ Duración: _____ IVU frecuentes: SI NO

Sonda vesical Diálisis Hemodíalisis Pañal Otros: _____

Patrón intestinal:

Frecuencia habitual: _____ veces al día. Características: _____

¿Tiene algún hábito que favorezca su eliminación? _____

Normal Estreñimiento Diarrea Incontinencia Flatulencia

Características: Acolia Melena Hematoquecia Esteatorrea Ojida M^oide P^osa

Peristaltismo Características: _____ Problemas de hemorroides

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

Duración: _____

Otros patrones de eliminación:

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

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

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

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

Movilidad en cama:

Se mueve solo: Suplencia total:

Inspeccionar tipo de marcha:

Marcha escalonada Marcha festinante Marcha fijera Marcha pato

Actividad física:

Deambulación: Independiente Silla de ruedas Muletas Andadera Bastón

Postura y movimiento:

Lordosis Escoliosis Cifosis

Riesgo de úlceras por presión (escala de Braden):

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

Valoración de la fuerza muscular (escala de Ashworth):

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA	PUNTAJE
1.- Ningún incremento del tono	
2.- Pequeño incremento del tono, con una sacudida ligera en los movimientos de flexión o extensión de las partes afectadas.	
3.- Incremento más notable en el tono, con facilidad de flexión de las partes afectadas	
4.- Aumento considerable del tono, con un movimiento pasivo difícil	
5.- Las partes afectadas están rígidas en la flexión o extensión	
EVALUACIÓN DE FUERZA	
1.- No contracción muscular	
2.- Contracción muscular sin movimiento	
3.- Posible movimiento sin gravedad	
4.- Movimiento contra gravedad	
5.- Movimiento contra fuerza superior a la gravedad	
6.- Fuerza motora normal	
RESULTADO	

Valoración del estado de conciencia (escala de Glasgow):

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

Valoración de la fuerza muscular (escala Kamosky):

100	Normal. Sin evidencia de enfermedad
90	Actividad normal. Síntomas menores
80	Actividad normal con esfuerzo. Algún síntoma
70	Se vale por sí mismo, pero no puede llevar una actividad normal
60	Requiere asistencia ocasional. Cuidados para la mayoría de las cosas
50	Requiere considerable asistencia y frecuente cuidado médico
40	Incapacitación. Requiere especial asistencia y cuidados.

30	Muy incapacitado. Hospitalizado. No muerte inmediata
20	Muy enfermo. Necesita tratamiento de soporte
10	Morbundo. Proceso en progresión rápida
Buen pronóstico en 5 años para resultados >70%	
RESULTADO	

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

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

Duración: _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme habitualmente? _____ Día _____ hrs. Noche _____ hrs.

Alteraciones del sueño:

Trastorno del ciclo sueño-vigilia Factores que lo ocasionan: _____

Insomnio Hipersomnia Apnea de sueño

¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño? SI NO

Cual _____ Dosis _____ Horario _____

¿Considera que el tiempo que duerme es suficiente para su descanso? SI NO

¿Realiza alguna actividad para relajarse antes de dormir? SI NO

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? SI NO

¿En qué medida? _____

¿Elige su vestuario en forma independiente? SI NO

¿Por qué? _____

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

Animo Clima Moda ¿Por qué? _____

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

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

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

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

Casusa: Neutropenia Infección Lisis tumoral Quimioterapia ¿Esquema? _____

Otros: _____

Radioterapia Sí No _____

Cirugía Sí No _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

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

Coloración de la piel:

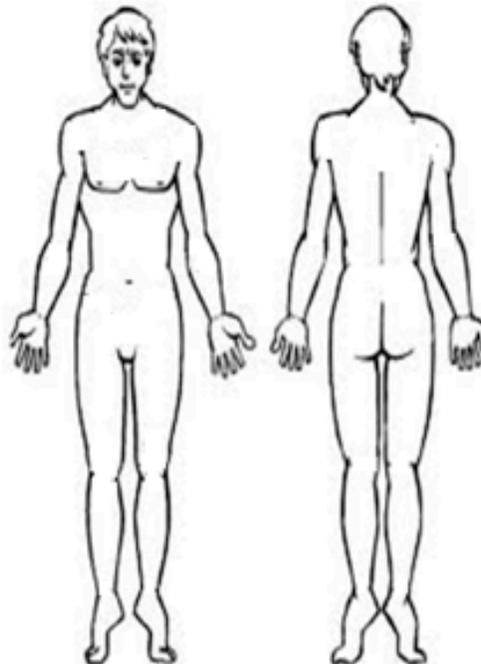
Palidez Rubicundez Marmórea Ictericia Equimosis Hematoma Petequias

Estado de la piel:

Hidratada Deshidratada Elástica Seca

Integridad de la piel:

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



8- UPP

Grado: I II III IV
 Longitud _____ mm
 Tamaño _____ mm

Tipo exudado: Abundante Escaso Purulento Sanguinolento
 Profundidad _____ cm

Bordes:
 Gruesos Irregulares Calor

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Etapas de la vida: Adulto joven Adulto mayor Vejez

Estado cognitivo: Perceptivo Alerta Orientado Agitado Nublado Orientado

Riesgo de caída: Bajo Mediano Alto Sujeción: SI

Deficiencias senso-perceptivas: Visuales Auditivas Otras: _____

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

Uso de prótesis en extremidades: SI NO

Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Reticente Agresivo Negativo An

Laboratorios alterados:

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

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Cómo es su comunicación? Clara Confusa Afásica Incapaz

¿Tiene alguna limitación física que le impida comunicarse? _____

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

¿Cuál es su estado de ánimo normalmente? _____

¿Manifiesta emociones y sentimientos? _____

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

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

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

¿Utiliza mecanismos de defensa?

Negación Evasión Rabia Miedo Ingresividad Proyección

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

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

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

¿Considera que sus creencias influyen en su estado de salud? Si No

¿Requiere de apoyo espiritual? Si No

¿Su familia fortalece sus valores? Si No

¿Rechaza el tratamiento por sus creencias? Si No

¿La familia requiere fortalecer sus valores? Si No

¿El paciente tiene en su unidad algún objeto indicativo? Imágenes Fetiches Colgajos Tatuajes

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Cuenta con trabajo actualmente: Si NO ¿A qué se dedica? _____

Como se siente en relación a su trabajo:

Satisfecho Insatisfecho Valorado

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

¿Cuál? _____

El trabajo que realiza, ¿le permite cubrir sus necesidades básicas? Si No

¿Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales? Si No

Datos subjetivos: _____

Dependencia Independencia

13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Qué actividad le gusta realizar en su tiempo libre? _____

De las anteriores, ¿Cuál es su preferida? _____

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

¿Realiza alguna actividad recreativa realiza dentro del hospital? _____

¿Le gustaría realizar otro tipo de actividad? _____

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

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso: Si NO

¿Sabe leer y escribir? Si No

¿Estudia actualmente? Si No

Especifique grado de estudios: _____

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

¿Conoce su tratamiento oncológico y los efectos? _____

¿Padece alguna otra enfermedad? Si No

¿Cuál? _____ ¿Que toma? _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia

Independencia



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

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

INFECTOLOGÍA

CUIDADOS DE DRENAJE EN CASA

Lic. Margarita de la Rosa

Elaborado por:

Lic. Enf. Claudia Yazmín Steck Cortés

¿CÓMO CUIDAR TU DRENAJE CUANDO ESTÉS EN TU HOGAR?



¿TE VAN A DAR DE ALTA CON ESTE TIPO DE DRENAJE EN FORMA DE “PERILLA”, Y NO SABES COMO CUIDARLO?

He aquí las respuestas a tus preguntas

13.4 DIFUSIVO INFORMATIVO PARA CUIDADO DE DRENAJE TIPO JACKSON PRATT EN DOMICILIO:

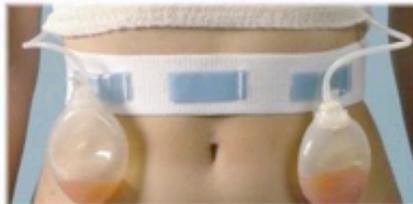
¿QUÉ ES UN DRENAJE JACKSON PRATT O BIOVAC?

Este es un tipo de drenaje que se coloca durante una cirugía. A través de la herida quirúrgica, sale un tubo de Silicon, el cual termina en una perilla en forma de que también es de Silicon, es en esta perilla donde se almacenara el líquido que salga de la herida.

Sirve para succionar y recolectar líquido corporal, ayudando a que la herida sane, reduce la inflamación, el dolor y evita el riesgo de infección.

¿CÓMO CUIDO ÉSTE DRENAJE?

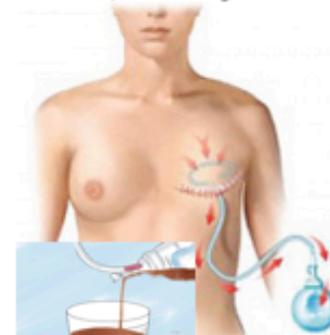
- ∞ Debes mantener tu drenaje sujeto a tu ropa, o a su cuerpo con una venda, para que el drenaje no se jale ni se salga de su lugar, y puedas estar más cómodo (a).
- ∞ Durante el baño diario, lavar el área solamente con agua y jabón neutro, sin tallar, y secar suavemente sin frotar. No aplicar pomadas ni cremas.
- ∞ Se debe "ordeñar" el tubo de drenaje 3 veces al día para que no se formen tapones. Esto es, deteniendo firmemente el extremo pegado a la piel con la mano izquierda, y con la mano derecha jalar hacia abajo. "aplasta y aprieta".
- ∞ A su vez, debes dar masaje circular para permitir el flujo de líquido de la herida hacia la perilla.



¿CÓMO SE VACÍA LA PERILLA?

- ∞ La perilla se vacía 3 veces al día, o cuando este llena hasta la mitad.
- ∞ Lavarse las manos.
- ∞ Utilizando tu mano izquierda, sostener firmemente el tubo y con tu mano derecha, desconectar la perilla.
- ∞ Vacía el contenido en un recipiente donde se puedan medir los mililitros.

- ∞ Sujeta nuevamente con tu mano izquierda la punta del tubo, y con la mano derecha **APLASTA LA PERILLA ANTES DE CONECTARLA AL TUBO**. Esto crea el vacío para la succión. Y conecta la perilla asegurándote que haya quedado bien embonada al tubo. Fíjala nuevamente con venda o a su ropa para que no se jale.
- ∞ **ES MUY IMPORTANTE MANTENER LA PERILLA SIEMPRE POR DEBAJO DEL NIVEL DE LA HERIDA** de donde sale el tubo, esto con el fin de que no se regrese el contenido de la perilla hacia adentro del cuerpo.
- ∞ Lavarse las manos al terminar.
- ∞ Anotar en una libreta especial, la fecha y hora, la cantidad de líquido drenado, y como es ese líquido drenado, y si existe algún síntoma o molestia específica.



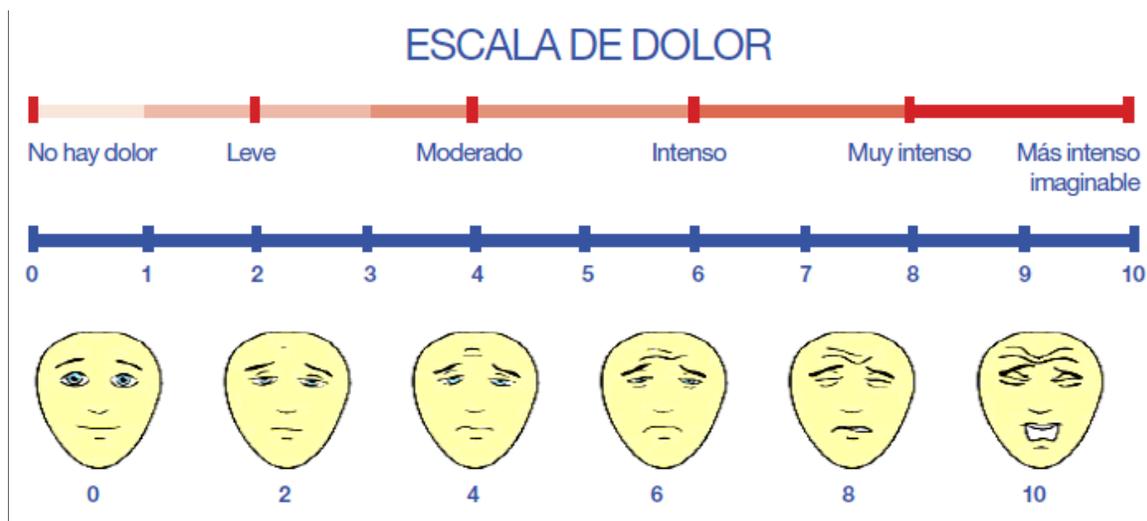
¿CÓMO DEBE DE SER EL LÍQUIDO QUE SALE POR LA PERILLA?

- ∞ Hemático → **SANGRE: ROJO BRILLANTE.**
- ∞ Serohemático → **COLOR ROSA, ACUOSO.**
- ∞ Seroso → **COLOR PAJA, ACUOSO, TRANSLÚCIDO, SEMI TRANSPARENTE.**

¿SIGNOS DE ALERTA?

- ∞ Observar datos de infección:
 - Fiebre, escalofríos, aumento de dolor.
 - Herida caliente, más inflamada, enrojecimiento de la zona. Salida de líquido amarillo, maloliente POR la herida.
 - **MAL OLOR EN EL LÍQUIDO DE DRENAJE, COLOR BLANQUESINO, VERDOSO, AMARILLO, CON CONSISTENCIA LECHOSA, ESPESA. (COMO LECHERA).**

13.5 ESCALA DE VALORACIÓN ANÁLOGA ALGESIA:



13.6 ESCALA DE VALORACIÓN BRADEN:

ESCALA BRADEN					
PUNTOS		1	2	3	4
ESCALA BRADEN	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>	
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12		
	RIESGO MODERADO	≤14			
	RIESGO BAJO	≤16			

13.7 ESCALA DE VALORACIÓN NORTON:

ESCALA DE NORTON

Zonas con riesgo de Escaras

TERCERA ZONA: El occipital (10%)
CUARTA ZONA: Los omóplatos (5%)
PRIMERA ZONA: (Bacros, isquion, trocánter) (50%)
SEGUNDA ZONA: Los talones (35%)

20 16 14 12 8 5
 ▲ ▲ ▲ ▲ ▲
 RIESGO BAJO RIESGO MEDIO RIESGO ALTO RIESGO MUY ALTO

ESTADO FÍSICO GENERAL	Bueno	4
	Regular	3
	Malo	2
	Muy Malo	1
ESTADO MENTAL	Alerta	4
	Apático	3
	Confuso	2
	Estuporoso y Comatoso	1
MOVILIDAD	Total	4
	Disminuida	3
	Muy limitada	2
	Inmóvil	1
ACTIVIDAD	Ambulante	4
	Camina con ayuda	3
	Sentado	2
	Encamado	1
INCONTINENCIA	Ninguna	4
	Ocasional	3
	Urinaría o Fecal	2
	Urinaría y Fecal	1
	RESULTADO =	4

ESCALA DE NORTON

CONCEPTO

Escala utilizada para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos. Fue desarrollada por Norton, en 1962, en el ámbito de la geriatría. Incluye 5 aspectos a valorar: *Estado Físico General* (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e Hidratación), *Estado Mental*, *Actividad*, *Movilidad* e *Incontinencia*.

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. + Tª Lengua pastosa	Confuso - 2 Dormidos	Sentado - 2	Muy limitada - 2	Urinaría 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 urinaría - 1 Fallan los dos
VALORACIÓN	Los valores van desde 4 hasta 20 : entre 5/11 , riesgo elevado; entre 12/14 , existe riesgo; entre 15/20 , riesgo mínimo.			

13.8 ESCALA DE VALORACIÓN RAMSAY:

**TABLA
6**

Escala de Ramsay

Nivel	Descripción
I	Agitado, angustiado
II	Tranquilo, orientado y colaborador
III	Respuesta a estímulos verbales
IV	Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos
V	Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos
VI	No hay respuesta

Aten Primaria. 2006;38(Supl 2):72

13.9 ESCALA DE VALORACIÓN CAPACIDAD FUNCIONAL:

Grado	ECOG
0	Asintomático, totalmente activo
1	Restricción actividad intensa. Capaz de trabajo ordinario
2	Ambulatorio y capaz de autocuidados. Incapaz para trabajar. Levantado más del 50% del tiempo despierto.
3	Capaz de algún autocuidado. Vida cama-sillón, más del 50% despierto
4	Incapacidad total. Silla-cama el 100% del tiempo despierto
5	Muerto

13.10 ESCALA DE VALORACIÓN DANIELS:

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR	
Grado 5 100%	Es normal, gama total de movimientos contra la gravedad y total resistencia.
Grado 4 75%	Gama total de movimientos contra la gravedad y cierta resistencia, pero débil.
Grado 3 50%	Gama total de movimientos contra la gravedad pero no contra resistencia.
Grado 2 25%	Gama total de movimientos, pero no contra gravedad (movimientos pasivos).
Grado 1	Vestigios de movimiento
Grado 0	Ausencia de contractilidad

Grado	Descripción
0	Ninguna Respuesta muscular
1	Músculo realiza contracción visible/palpable SIN movimiento
2	Músculo realiza TODO el mov Sin Gravedad/Sin Resistencia
3	Músculo realiza TODO el mov Contra Gravedad/Sin Resistencia
4	Movimiento en toda amplitud Contra Gravedad+Resistencia Mod
5	Músculo soporta resistencia manual máxima, Mov completo, Contra gravedad

XIV. BIBLIOGRAFÍA:

1. "Teorías y modelos de enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado". 2ª edición. Antología ENEO UNAM. 2011.
2. Marrimer T., Raile A., Modelos y teorías en enfermería, editorial: Harcourt Brace, 4a edición, 1999 Madrid.
3. Herrera Gómez A., Granados García M. "Manual de Oncología Procedimientos médico quirúrgicos". Quinta Edición. Mc Graw Hill.
4. American Cancer Society. "Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos Latinos" 2012-2014. Atlanta: Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2014.
5. Nancy O Connor. "Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo". 2010. Editorial trillas.
6. Cantú De León David, Pérez Montiel Delia, Chanona Vilvhis Jose, Dueñas González Alfonso, Villavicencio Valencia Verónica Y Zavala Casas Gladys. "Primary retroperitoneal mucinous pancreatic carcinoma. Report of two cases". INCAN. World Journal of Surgical Oncology 2007, 5:5. Pp 1 a 6. Biomed Central.
7. Petrosyan Mikael, Franklin Ashanti L., Jackson Hope T., McGue Shannon, Reyes Christine A. and Kane Timothy D. "Solid Pancreatic Pseudopapillary Tumor Managed Laparoscopically in Adolescents: A Case Series and Review of the Literature." Departments of Pediatric Surgery and Pathology, Children's National Health System, Washington, DC. JOURNAL OF LAPAROENDOSCOPIC & ADVANCED SURGICAL TECHNIQUES Volume 24, Number 6, 2014.
8. Deng Gongping, Jiang Chun, Li Yi-xiong. "Clinical Utility of the Mood and Anxiety Symptom Questionnaire in a Chinese Sample of Patients With Pancreatic Cancer". Volume 35 number 3 may/june 2012 Society of Gastroenterology Nurses and Associates. <http://gnj.EdMgr.com>.
9. May B. Dean, MSN, RN, CCRN. "A Pancreatic Cancer Survivor Support Group". Gastroenterology nursing 2008 Society of Gastroenterology Nurses and Associates, Inc. Vol. 31. No. 4. <http://gnj.EdMgr.com>.
10. Manual CTO de enfermería 4ª edición, 2009. "Enfermería fundamental". Grupo CTO. Mc. Graw Hill.
11. Edwards. Nursing Knowledge: Defining New Boundaries. Nurs Stand. 2002;17(2).

-
-
12. Chinn PL, Kramer M. "Theory and Nursing: Integrater Knowledge Development". 5th ed. Saint Louis: Mosby; 1999.
 13. Durán de Villalobos M. M.. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Aquichan, Vol 5, No 1 (2005). www.aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/62/129
 14. Tazon Ansola M, García Campayo J. Asequinolaza Chopitea L. "Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería." Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000.
 15. Sanabria Triana L., Otero Ceballos M. Urbina Laza O. "Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería". Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana Educ Med Super 2002; vol. 16. No. 4.
 16. Carmen F, Gloria N, "El proceso de atención enfermería Estudio de casos", editorial Masson, Pp.7.
 17. Ma. de Jesús G., El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Escuela de Enfermería de Celaya .Pp.21-23.
 18. Potter, Perry. "Fundamentos de Enfermería". Octava edición, 2001. Mc Graw Hill.
 19. Hruban R.H, Pitman M.B, Klimstra D.S. AFIP Atlas of Tumor Pathology, Fourth Series, Fascicle Tumors of the pancreas. American Registry of Pathology, Washington, DC in collaboration with the Armed Forces Institute of Pathology, Washington, DC, 2007.
 20. OCAMPO C y ZANDALAZINI H; "Anatomía quirúrgica del páncreas Cirugía digestiva". F. Galindo, www.sacd.org.ar, 2009.
 21. Daniel S. Longnecker. "Anatomy and Histology of the Pancreas" Department of Pathology, Geisel School of Medicine at Dartmouth, Lebanon, NH. March 21, 2014. www.pancreapedia.org/reviews/anatomy-and-histology-of-pancreas
 22. Netter, F.H. Atlas de Anatomía Humana. Cuarta edición. Elsevier-Masson, 2007, 2009.
 23. Sánchez-Bernal C, San Román García JI, López Rodríguez MA, Calvo Andrés JJ. "Fisiología y bioquímica del páncreas." En: Navarro S, Pérez-Mateo M, Guarner L, editores. Tratado de páncreas exocrino. Barcelona: J&C Ediciones Médicas; 2002. p. 11-34.
 24. Facultad de medicina, UNAM. "Atlas digital de histología". www.facmed.unam.mx/deptos/biocetis/atlas2013A/

-
-
25. Granados García M., Arrieta Gonzalez O., Cantú de León D. "Oncología y cirugía: Bases y principios". Instituto Nacional de Cancerología. Manual moderno. 2013.
 26. Globocan. Population Fact sheets. WHO 2012.
http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
 27. Robles Díaz G., Fastag Daniela. "Cáncer de Páncreas. Epidemiología y factores de riesgo." Memorias. Cáncer de Páncreas. Fac. Medicina UNAM. Rev Gastroenterol Méx., Vol. 72, 2007. <http://www.revistagastroenterologiamexico.org>
 28. American Joint Committee on Cancer. Cancer staging manual. Séptima edición. 2012. Springer.
 29. Comisión interinstitucional de enfermería. "Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México" México D.F. 2001. www.ssa.gob.mx
 30. Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico.
 31. Gutierrez Lizardi. "Procedimientos en la unidad de cuidados Intensivos". 2004. Mac. Graw Hill.
 32. Brunicardi C., Andersen D., Billiar T., Dunn D. "Schwartz Manual de Cirugía". Octava edición. 2007 Mc. Graw Hill.
 33. World health organization (who) (Practical guidelines for infection control in health care facilities. SEARO Regional Publication No. 41, 2004. <http://www.who.int/en/>
 34. World health organization Prevention of hospital acquired infections-A practical guide. 2nd edition. Geneva: WHO, 2002. Document no. WHO/CDS/EPH/2002.12.
 35. Muñoz Rodriguez A., Ballesteros Úbeda M.V. "Manual de Protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas" Hospital Universitario de Mostoles. 2011. Comunidad de Salud de Madrid.
 36. "Guía práctica clínica Estomas de eliminación gastro intestinal". CENETEC Salud 2013.
 37. Barrios Sanjuanelo A. "Fiebre: actualización en el uso de antipiréticos". Universidad del Norte. Colombia. CCAP. Vol 11 no. 4. 2012.

-
-
38. Corzo González M.E. Instituto Nacional de Rehabilitación “Guía clínica de terapia para hipoacusia postlocutiva o postlinguística”. Subdirección de audiología foniatría y patología del lenguaje. INR Secretaria de Salud. 2010.
 39. Déniz Cáceres A. “Guía para pacientes y cuidadores Ejercicios para realizar en casa”. Hospital universitario Gran Canaria Dr. Negrin. 2007.
 40. May Aasebo Hauken, RN, MSci Ingrid Holsen, PhD Eirik Fismen, MD Torill Marie Bogsnes Larsen, PhD. “Working Toward a Good Life as a Cancer Survivor”. *Cancer Nursing*, Vol. 38, No. 1, 2015. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
 41. McCarron Kim. “Pancreatic cáncer out of the shadows. Home in on this deadly disease to improve patient care.” *Cáncer Nursing journal*. July/August 2014. Lippincott Williams & Wilkins.
 42. Swenson Karen K., Nissen Mary Jo, Knippenberg Kathryn, Sistermans Annemiek, Spilde Paul, Bell Elaine M., Nissen Julia, Chen Cathleen, Tsai Michaela L. “Cancer Rehabilitation, Outcome Evaluation of a Strengthening and Conditioning Program”. *Cancer Nursing*, Vol. 37, No. 3, 2014. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
 43. González-Escalada J. R., Camba A., Casas A., Gascón P., Herruzo I., Núñez-Olarte J. M., Ramos-Aguerrí A., Trelis J. y Torres M. “Código de buena practica para el control del dolor oncológico”. Marzo-Abril 2011. *Rev. Soc. Esp. del Dolor*, Vol. 18, No. 2.
 44. Torrubia Atienza MP., Ruiz Bueno MP. “Atencion en la agonía”. *Atención primaria* 2006. Zaragoza España. Elsevier. Vol. 38. No. 2 pp. 72 – 78.
 45. Forrest L, McMillan D, McArdle C, Angerson WJ, Dunlop DJ. “Comparison of an inflammation-based prognostic score (GPS) with performance status (ECOG) in patients receiving platinum-based chemotherapy for inoperable non-small-cell lung cáncer”. *British Journal of Cancer*. 2004;90:1704-6.
 46. O’Neal Cheryl and Cleary Joyce E. “Pancreatic Cancer. A silent killer”. Hillcrest Hospital of the Cleveland Clinic Health System. *American Journal of Nursing*. April 2010. www.nursingcenter.com
 47. Morrison Maureen. “Post Pancreatic Resection General Overview and Unique Complications”. *Dimensions of critical care nursing*. Lippincott Williams & Wilkins. July/August 2010; vol. 29. No. 4. Pp 157/162 <http://www.dccnjournal.com>.

-
-
48. Taylor A. Sohn, Charles J. Yeo, John L. Cameron, Christine A. Iacobuzio-Donahue, Ralph H. Hruban and Keith D. Lillemoe. "Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms of the Pancreas: An Increasingly Recognized Clinicopathologic Entity". Departments of surgery and Pathology, the Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, Maryland. ANNALS OF SURGERY Vol. 234, No. 3. Pp: 313–322. 2001 Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
 49. Stein Kevin, Smith Tenbroeck, Kim Youngmee, Mehta Christina B., Stafford Jeremy, Spillers Rachel L. and Baker Frank. "The American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors". American Journal of Nursing. March 2006 t Vol. 106, No. 3. Pp 83 – 85.
 50. Erick Alberto Landeros Olvera. "Identificación de los patrones de conocimiento en un incidente crítico". Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México.1 2002, Horizonte de Enfermería. Vol. 13. No. 1
 51. Shirley E. Otto "Enfermería Oncológica". 2009. Hartcourt / Océano.
 52. Diagnósticos enfermeros. NANDA Internacional. 2012 – 2014. Elsevier.
 53. Clasificación de Resultados en enfermería (NOC) 4ª edición. 2009 Elsevier.
 54. Clasificación de intervenciones en enfermería (NIC) 5ª edición. 2009 Elsevier.