

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UN PACIENTE CON
OSTEOSARCOMA Y METÁSTASIS A COLUMNA
VERTEBRAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

VERÓNICA HERNÁNDEZ ANDRADE

No Cta.: 089227057

DIRECTOR ACADEMICO
LEO. FEDERICO SACRISTAN RUIZ

MAYO 2006



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de vivir
Y la serenidad de aceptar las cosas
Que no puedo cambiar y el coraje
Para cambiar las que si puedo

A mis padres por haberme dado la vida
Por sus enseñanzas que hoy día
Me hacen ser quien soy
Los amo

A mis hermanos por su cariño constante
Y amor a mi persona, los quiero

Y finalmente

A las personas que me apoyaron y me evocan grandes recuerdos, merecen especial mención, ya que, junto con otros, criticaron el contexto de este PAE de manera constructiva, discreta y alentadora, factores que en momentos de agotamiento físico y mental me instalaron a continuar.

Mil gracias.

ATENTAMENTE

Verónica Hernández Andrade

INDICE

INTRODUCCIÓN	i
JUSTIFICACIÓN	ii
OBJETIVO GENERAL	iii
OBJETIVO ESPECÍFICO	iii
METODOLOGIA DE TRABAJO	iv
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	1
1.1.1 Importancia del proceso de enfermería	1
1.1.2 Ventajas del proceso de atención de enfermería	1
1.1.3 Fases del proceso de atención de enfermería	2
1.2 VIRGINIA HENDERSON Y SU MODELO.	6
1.2.1 Fuentes teóricas	7
1.2.2 Definición de enfermería	7
1.2.3 Tendencia y modelo	8
1.2.4 Principales conceptos y definiciones	8
1.2.5 Definición de Henderson de los 4 Conceptos Básicos del Metaparadigma de Enfermería	9
1.2.6 Las Necesidades humanas básicas según Henderson	9
1.2.7 Conclusiones de Virginia Henderson	10
1.3 ANATOMÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS AFFECTADOS.	11
1.3.1 Sistema oseo	11
1.3.2 Columna vertebral	13
1.3.3 Anatomía	13
1.3.4 Vértebras características	14
1.4 OSTEOSARCOMA	16
1.4.1 Epidemiología	17
1.4.2 Manifestaciones clínicas Y diagnóstico radiológico.	18
1.4.3 Tratamiento	19
1.4.4 Pronóstico.	22

1.5	EL DOLOR	22
1.5.1	Tipos de dolor.....	23
1.5.2	Transmisión del dolor	24
1.5.3	Etiología del dolor en el cancer.....	24
1.5.4	Escalera Analgesica de la OMS	25
1.6	PACIENTES TERMINALES	25
1.6.1	Introducción.....	25
1.6.2	Asesoramiento a enfermos terminales y a sus familiares.....	27
1.6.4	Muerte	27
1.6.5	Tanatología.	29
1.6.6	Calidad de vida.....	29
1.7	CATETERISMO VESICAL.....	30
1.7.1	Introducción.....	30
1.7.2	Indicaciones del sondaje vesical	31
1.7.3	Contraindicaciones del sondaje vesical.....	31
1.7.4	Tipos de sondas	32
1.7.5	Maniobra de Credè.....	32
CAPITULO II. APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA		33
2.1	PRESENTACION DEL CASO	33
2.2	VALORACION DE ENFERMERIA.....	34
2.2.1	Oxigenación	34
2.2.2	Nutrición e hidratación.....	34
2.2.3	Eliminación	34
2.2.4	Moverse y mantener una postura adecuada	34
2.2.5	Sueño y descanso.....	35
2.2.6	Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse)	35
2.2.7	Mantener una Adecuada temperatura del cuerpo	35
2.2.8	Higiene corporal, protección de la piel.....	35
2.2.9	Evitar peligros.....	36
2.2.10	Comunicación.....	36

2.2.11	Creencias y valores	36
2.2.12	Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo	36
2.2.13	Actividades recreativas	36
2.2.14	Necesidad de aprendizaje	37
2.3	PLAN DE ENFERMERÍA	37
2.3.1	Diagnósticos de Enfermería	37
2.3.2	Objetivos	39
2.3.3	Acciones	41
2.3.4	Fundamentación	42
2.3.5	Evaluación	44
2.4	PLAN DE ALTA	47
2.4.1	Medicamentos	47
2.4.2	Trabajo social	47
2.4.3	Ingerir agua	47
2.4.4	Derechos del enfermo terminal	47
2.4.5	Cateterismo vesical	47
2.4.6	Enseñanza de rutina de intestino	48
	CONCLUSIONES	49
	SUGERENCIAS	50
	GLOSARIO	51
	BIBLIOGRAFIA	53
	Referencias electrónicas	54
	ANEXOS	A-1
	MEDICAMENTOS	A-1
	Libertrim	A-1
	Tramacet	A-1
	Acloral	A-2
	Lasix	A-3
	Senokot	A-3
	Dolac	A-5

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de Enfermería esta orientado tanto en su discurso teórico como el su discurso practico para brindar cuidados de enfermería individualizados con el fin de aplicarlos de una manera adecuada.

La integración teórico-práctica permite al alumno darse cuenta de lo importante que es brindar un adecuado cuidado de Enfermería, a partir de que el estudiante retoma continuamente los elementos del Metaparadigma (Salud, Entorno, Persona y Enfermería).

Para desarrollar la atención propia de enfermería utiliza dichos elementos y además se ve impulsada a profundizar sus conocimientos, a trabajar en equipo, a aplicar los conocimientos y hallazgos teóricos de modo sistemático, a comprender y corregir sus errores, así como actuar con disciplina y respeto hacia sí mismos, hacia los pacientes y a las autoridades.

Este proceso de enfermería no solo se utiliza como herramienta de trabajo metodológica, sino que además en este caso retoma al modelo de Virginia Henderson, basado en la descripción de sus 14 necesidades, el cual proporciona la visión del paciente como un todo y no solo como un órgano enfermo sino como ser humano; del mismo modo sus necesidades pueden ser identificadas dentro y fuera del campo hospitalario.

La realización de este Proceso Atención Enfermería (PAE), esta basado en un caso clínico de osteosarcoma y metástasis a columna vertebral nivel neurológico T10 y T12, y fue aplicado a un paciente hospitalizado en el Centro Nacional de Ortopedia, con el fin de desarrollar habilidades y conocimientos teórico-prácticos aprendidos durante la carrera. Para la realización del proceso, primeramente se jerarquizaron las necesidades y posteriormente se elaboro la planeación de intervenciones, éstas se ejecutaron y se realizó una evaluación.¹

¹ García González, Ma. de Jesús. El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. México 1997. Editorial Progreso. 330pp

JUSTIFICACIÓN

El paciente fue seleccionado para su estudio debido a que presenta alteraciones en la salud física, emocional y tiene repercusiones económicas y sociales ocasionadas por el cáncer, enfermedad que ocupa el segundo lugar entre las causas de morbilidad en la población general y es considerada en la actualidad como un problema de salud pública.

Conforme a las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), primeramente, se elaboraron los diagnósticos a partir de la valoración de necesidades conforme al modelo propuesto por Virginia Henderson, posteriormente, se planearon y ejecutaron acciones de enfermería para el cuidado integral dirigidas a satisfacer las necesidades físicas, biológicas, psicológicas y espirituales para el restablecimiento de su salud y pronta reintegración al núcleo familiar.

El proceso de Enfermería tiene un enfoque holístico sobre el funcionamiento de la persona como ser humano individualizado. Es necesario hacer de la profesión de Enfermería un hecho cada vez mas útil no como vocación, si como profesión como un método directo que favorezca la implementación de los cuidados en forma organizada, optima y eficaz, con conocimiento teórico practico que lo fundamente.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería que me permita sustentar el examen profesional para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar, analizar y valorar desde la perspectiva holística las necesidades de la persona en el proceso salud–enfermedad; con el fin de aplicar el método de enfermería dirigido al cuidado integral como base que sustenta la practica profesional de la Enfermería.
- Detectar a través del PAE los problemas y/o factores de riesgo de salud del paciente en el hospital y dar atención de acuerdo a sus necesidades alteradas.

METODOLOGIA DE TRABAJO

El presente Proceso de Atención de Enfermería se realizó en tres etapas.

La primera etapa se caracterizó por indagar y profundizar en los conocimientos generales sobre conceptos básicos acerca del Proceso Atención de Enfermería, la revisión del origen de la enfermería y la evolución que ha tenido hasta nuestros días; asimismo, revisar el modelo de Virginia Henderson para su aplicación en un caso concreto.

La segunda etapa se realizó en el Instituto Nacional de Rehabilitación, donde se seleccionó un paciente con el cual interactuar para valorar sus condiciones de salud y distinguir e identificar sus necesidades durante su estancia hospitalaria.

La tercera etapa consistió en desarrollar durante la práctica cuidados de Enfermería para satisfacer, en la medida de lo posible, cada una de las necesidades alteradas del paciente.

Cabe señalar que para complementar este trabajo fue necesario asistir a diversas asesorías para revisiones periódicas con el L.E.O. Federico Sacristán Ruiz y recurrir a las consultas bibliográficas de diferente índole, para profundizar en el conocimiento de la situación de salud del paciente, asimismo, para la construcción del marco teórico que permitió fundamentar cada una de las intervenciones de enfermería plasmadas

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.¹

1.1.1 Importancia del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.²

1.1.2 Ventajas del Proceso de Atención de Enfermería

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su

¹ <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>

² Id.

trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar el sujeto de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

En resumen, el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.³

1.1.3 Fases del proceso de atención de enfermería

Como se mencionó anteriormente, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.

La primera fase es la de **valoración** en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas —presentes, potenciales o posibles— en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:

1. Recolección de la información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas).⁹ Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

2. Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

La segunda fase, el **diagnóstico de enfermería**, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o

³ <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>

ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.⁴

El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: problema, etiología, y signos y síntomas y un componente taxonómico, cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido: teoría de autocuidado de D Orem; necesidades humanas de A Maslow, o patrones funcionales de M Gordon.⁵

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del sujeto de atención y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase relacionado con, la cual se indica r/c.⁶

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

Es necesario valorar los patrones de normalidad del sujeto de atención para poder ubicar sus respuestas dentro del contexto, pues esta normalidad depende de la cultura, la educación, el trabajo y las experiencias anteriores de cada individuo. En algunos casos un problema evidente tiene causa desconocida, entonces se formula el diagnóstico de enfermería con el problema identificado r/c causa desconocida, lo cual genera actividades de búsqueda de la etiología.⁷

Cuando se va a elaborar el diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta algunas reglas: 1) usar términos técnicos; 2) evitar juicios de valor, supuestos o deducciones; 3) escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención; 4) la primera parte sólo debe enunciar problemas del sujeto de atención; 5) escribir con relación a o relacionado con en vez de debido a; 6) la primera y segunda parte deben ser diferentes; 7) evitar invertir

⁴ <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>

⁵ <http://enfermeria.udea.edu.co> Op. Cit

⁶ Id

⁷ Id

las dos partes del enunciado; 8) no utilizar el diagnóstico médico y 9) el problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar. Antes de registrar un diagnóstico conviene verificar su exactitud con el sujeto de atención.⁸

La tercera fase del proceso de atención es la **planeación** de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).⁹

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr los objetivos.

- Establecimiento de prioridades

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.

- Determinación de objetivos (metas esperadas)

⁸ <http://enfermeria.udea.edu.co>

⁹ Id

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.¹⁰

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

- Planeación de las intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.¹¹

La **ejecución** es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

- Validación del plan de atención.

Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades,

¹⁰ <http://enfermeria.udea.edu.co>

¹¹ Id

elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención. Documentación del plan de atención.¹²

Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

La quinta, y última, fase es la **evaluación**. Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.¹³

En cuanto a este último punto, las razones más frecuentes para no alcanzar el resultado enunciado son: el diagnóstico de enfermería, del cual se deriva el objetivo, es inadecuado; el diagnóstico es adecuado pero el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención para los recursos con que se cuenta; el diagnóstico y el objetivo son adecuados pero las acciones de enfermería no lo son para alcanzarlo; y el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las circunstancias del hospital cambiaron o del sujeto de atención cambiaron, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de enfermería.¹⁴

1.2 VIRGINIA HENDERSON Y SU MODELO.

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

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza,

¹² <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

¹³ Id.

¹⁴ <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm>

voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.¹⁵

1.2.1 Fuentes Teóricas

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasifico su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, Dr. George Deaver, Bertha Harmer, E Ida Orlando.¹⁶

1.2.2 Definición de Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.¹⁷

1.2.3 Tendencia y Modelo

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un

¹⁵ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

¹⁶ <http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson.shtml#INTRO>

¹⁷ Id.

determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.¹⁸

1.2.4 Principales Conceptos y Definiciones

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades se denominan por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.¹⁹

1.2.5 Definición de Henderson de los 4 Conceptos Básicos del Metaparadigma de Enfermería

Salud

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

¹⁸ <http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson.shtml#INTRO>

¹⁹ Id.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciendo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.²⁰

1.2.6 Las Necesidades Humanas Básicas Según Henderson

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber de forma adecuada.
- Evacuar los desechos corporales.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Dormir y descansar.
- Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- Evitar peligros y no dañar a los demás.

²⁰ Rosales Barrera Susana, Eva Ryes Gómez. Fundamentos de Enfermería, 5ª Edición. Ed Manual Moderno. Mexico D.F. 211pp

- Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Profesar su fe.
- Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.²¹

1.2.7 Conclusiones de Virginia Henderson

Virginia Henderson no adoptó afirmaciones internacionales, ni tampoco operativas para sustentar una teoría, es por eso que ella no desarrolló una teoría definitiva de enfermería, por el contrario, desarrolló un concepto o definición personal que en algunas ocasiones señaló que eran un compendio de muchas influencias algunas positivas, otras negativas.

La definición de enfermería de Virginia Henderson fue realizada en términos funcionales, desde mi parecer tiene carácter mecanicista eficientista. Esto es debido a que Virginia crece bajo la influencia de la teoría de la administración científica de Taylor aunado a esto es inspirada por el Dr. Edward Thorndike, psicólogo conductista.

Los teóricos conductistas miden los cambios a través de la conducta observable, esta medición los ubica dentro del mecanicismo, en la definición de Henderson los cambios se miden a través de conducta observable (logro de la independencia) También se podría decir que es Biologista ya que las catorce necesidades básicas mencionadas por ella solo tratan la parte biológica del ser humano.

Ella planteó que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, a pesar de que en sus catorce

²¹ Rosales Barrera Susana. Op. Cit. pp215

necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente, dándole carácter Biologista a su definición.²²

1.3 ANATOMÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS AFECTADOS.

1.3.1 Sistema Óseo

Hueso, tipo especial de tejido conjuntivo que es rígido y actúa de soporte de los tejidos blandos del organismo. Constituye el componente principal de casi todas las estructuras esqueléticas de los vertebrados adultos, que protegen los órganos vitales, permiten la locomoción y desempeñan un papel vital en la homeostasis (equilibrio) del calcio en el organismo. Hay una forma cortical y otra trabecular, llamadas respectivamente como hueso compacto y esponjoso (ver Esqueleto). Se distingue de otro tipo de tejido conjuntivo duro que recibe el nombre de cartílago.²³

El hueso como entidad anatómica, es decir como órgano esta constituido por diferentes tejidos de origen mesenquimático, vale decir conjuntival.

Desde el punto de vista arquitectónico, es un soporte duro y resistente (hueso propiamente dicho) con un contenido o una envoltura de tejidos blandos estando ahí su porción nutricia y vital.²⁴

Si cortamos transversalmente un hueso largo fresco en sus parte media o diafisaria, observaremos lo siguiente, de afuera hacia dentro: una capa semiblanda, de alrededor de un milímetro de espesor, de color rosado y adherida a la porción dura del órgano, al cual rodea en toda sus circunferencia, apareciendo en ese lugar un puntillado de sangre prueba de su unión vascular al hueso subyacente. Esta membrana es el periostio (del griego: alrededor del hueso).²⁵

En la parte céntrica del corte se aprecia una porción de tejido blando y depresible que es la medula ósea; entre esta y el periostio hay una zona dura e imposible de cortar, de color amarillento tejido óseo propiamente dicho.

²² Carmen Fernández Ferrín. 1995. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. pp69-70

²³ Valls, Perruello. Ortopedia y traumatología, 2ª Edición. Atenea 1976. Buenos Aires Argentina pp1-11

²⁴ Valls, Perruello. Op cit.: pp1-12

²⁵ Valls, Perruello. Op cit.: pp1-54

El canal medular es donde se aloja la medula ósea tiene una ancho variable de medio a tres centímetros en la epífisis de los huesos larga, en su sector articular, falta el periostio remplazado por una capa gris alzada de cartílago (cartílago articular), entre diálisis y epífisis existe una zona de transición llamada metáfisis, los huesos planos, finalmente, consta de dos gruesas capas compactas, cubiertas por periostio y entre ellas un tejido de menor espesor denominado diploide constituido por dos tejidos óseos esponjosos.²⁶

En el periostio se pueden diferenciar histológicamente dos capas: hacia afuera, un tejido conjuntivo fibroso, rico en fibras colágenas y elásticas, dispuestas en fascículos apretados y paralelos al eje del hueso.

La histología del tejido óseo propiamente dicho muestra un serie de numerosos pequeños conductos circulares en el espesor de la capa compacta que reciben el nombre de canal medular y los canales de Havers como la mallas de hueso esponjoso están ocupados por tejidos blandos.²⁷

Los vasos del interior del huso sobretodo los que penetran en los canales de Havers y de Volkman, son delgados, del tipo embrionario facilitando con ello el intercambio humoral con el tejido óseo, el cual aporta el calcio, sales orgánicas, hormonas etc. 28

El crecimiento en lo largo de los huesos cortos, y sobretodo de los largos se efectúa por el esbozo cartilaginoso y afisiario, o por los núcleos de osificación epifisarios y secundarios y por los cartílagos de conjuntación, según el mecanismo endocondral.²⁹

Composición del hueso en sales inorgánicas

Fosfato de calcio 85%

Carbonato de calcio 10%

Sales alcalinas 2%

²⁶ Valls, Perruello. Op cit.: Pp1-56

²⁷ Id. Pp1-58

²⁸ Valls, Perruello. Op cit.. Pp1-58

²⁹ Id. Pp1-69

Fosfato de magnesio 1.5%

Fluoruro de calcio 0.3%

1.3.2 *Columna Vertebral*

Nombre genérico dado a la estructura de hueso o cartílago que rodea y protege la médula espinal en los animales vertebrados. También recibe el nombre de raquis o espina dorsal.

1.3.3 *Anatomía*

Los cordados más primitivos tienen un endoesqueleto formado por una varilla cartilaginosa rígida denominada notocorda. En la mayoría de los vertebrados adultos la notocorda es rodeada o sustituida como eje de soporte por la columna vertebral. A ella se unen el cráneo, las costillas y la pelvis para formar el esqueleto axial. Excepto en los condictios, que tienen el esqueleto enteramente cartilaginoso, en el resto de los vertebrados la columna vertebral está formada por una serie de huesos denominados vértebras.³⁰

La forma y el tamaño de las vértebras varían según los tipos de animales. En general se disponen como una columna y están unidas por ligamentos de tejido conjuntivo que mantienen los huesos unidos y forman una articulación. En el ser humano, la columna vertebral está formada por 33 o 34 vértebras: 7 cervicales en el cuello; 12 torácicas o dorsales en la región del tórax, a las que se unen doce pares de costillas; 5 lumbares en la zona baja de la espalda; 5 sacras fusionadas que forman un hueso sólido (conocido como sacro, ver articulación sacroilíaca) que encaja como una cuña entre los huesos de la pelvis; y un número variable (de 4 a 5) de vértebras coccígeas fusionadas por debajo del sacro formando el cóccix.³¹

Antes del nacimiento, la columna vertebral humana forma una curva simple con la superficie convexa hacia atrás. Al nacer están presentes dos curvas primarias, que son cóncavas hacia adelante. La superior se localiza en la región torácica, y la más inferior en la región sacra. Si el niño se desarrolla con

³⁰ Valls, Perruello. Op cit.: pp1-12

³¹ Id. Valls, Perruello. Op cit.: pp2-12

normalidad, aparecen dos curvas compensadoras hacia adelante en la región cervical y lumbar por encima de las curvas primarias. Estas curvas normales proporcionan un grado de elasticidad que no sería posible en una serie de huesos apilados de forma rígida, sin curvas.³²

1.3.4 Vértabras Características

La mayoría de las vértebras individuales tienen una forma similar a un anillo. El cuerpo vertebral o porción gruesa del anillo está ubicado hacia adelante. Entre una vértebra y la siguiente hay un grueso disco fibroso de cartílago, denominado disco intervertebral, que forma la articulación principal entre los cuerpos de dos vértebras adyacentes. Sin embargo, las vértebras también se mueven entre sí en otras articulaciones pequeñas.³³

El cuerpo vertebral, que representa la mayor parte de la vértebra y consiste en una masa de hueso sólido que soporta la carga, está situado en la zona anterior de la vértebra y separado de los cuerpos de las vértebras superior e inferior por los discos intervertebrales. A cada lado del cuerpo vertebral hay un pilar de hueso ancho (pedículo) que se dirige hacia atrás. Los pedículos y el dorso del cuerpo vertebral delimitan un espacio circular, el agujero vertebral, ocupado por la médula espinal. Dos hojas de hueso, denominadas láminas, se unen a los pedículos y se conectan entre sí formando un arco en la región dorsal de las vértebras, denominado arco dorsal o arco neural, que cierra el espacio circular. El canal formado por la yuxtaposición de los agujeros vertebrales de todas las vértebras se denomina conducto neural o conducto vertebral. En cada extremo, en la unión del pedículo con la lámina, existe una prominencia ósea llamada apófisis transversa. En el arco formado por la unión de las dos láminas se encuentra otra prominencia denominada apófisis espinosa. En la base de cada apófisis transversa existe una estructura móvil y lisa que se articula con la vértebra adyacente (apófisis articular). En los

³² Id. Pp 1-13

³³ Parker Anthony Catherine. Anatomía y Fisiología, 10a. Edición. Ed McGraw-Hill. Mexico, 1983, 524pp

animales que mantienen una postura erecta, hay dos apófisis articulares en la parte superior y dos en la parte inferior de cada vértebra.³⁴

Las vértebras de cada región de la columna vertebral de los mamíferos tienen características propias. En las vértebras cervicales superiores las apófisis transversas presentan un agujero para el paso de la arteria vertebral. Las apófisis espinosas de estas vértebras son muy cortas. Las dos primeras vértebras cervicales tienen una forma muy diferente a las otras. La primera vértebra cervical, o atlas, no tiene cuerpo vertebral, sino un arco óseo que presenta una depresión. Las apófisis articulares superiores de la segunda vértebra cervical o axis se articulan con los cóndilos (proyecciones circulares de hueso) occipitales del cráneo. El axis tiene una proyección en la cima de su cuerpo que se ajusta como un pivote a una depresión localizada en la vértebra atlas. Las apófisis transversas de las vértebras torácicas tienen superficies articulares para las costillas mientras que las apófisis espinosas son largas, se proyectan hacia abajo, y se superponen entre sí. Las vértebras lumbares tienen cuerpos pesados y grandes, y las apófisis transversas y espinosas son más pequeñas³⁵.

1.4 OSTEOSARCOMA

El osteosarcoma es un tumor de células fusiformes con capacidad de secreción de matriz ósea, por lo que es conocido también como sarcoma osteogénico. Se trata de un tumor cuya mayor incidencia se produce en niños y adolescentes, y que afecta preferentemente a los varones en una proporción de 2:1. Su pico máximo de presentación ocurre entre los 10 y los 19 años de edad. En ocasiones, puede incidir también en adultos, pero en este caso, cuando la edad de presentación es de más de 40 años, suele acompañarse de procesos patológicos previos, como la enfermedad de Paget, la exostosis múltiple hereditaria, la displasia fibrosa polioestótica o un antecedente de irradiación sobre la zona. El osteosarcoma de pared torácica suele asociarse con antecedentes de irradiación en mujeres previamente diagnosticadas de un cáncer de mama. Más del 90 % de los osteosarcomas afectan los huesos largos. La

³⁴ Parker Anthony Catherine. Op cit.: pp 331

³⁵ Id. Pp 332

mitad de ellos se localizan en los huesos de la articulación de la rodilla, es decir, en la porción distal del fémur o en la proximal de la tibia. Después del miembro inferior, la ubicación humeral proximal es la segunda en frecuencia y tiene lugar en algo más de un 25 % de los casos. Las manos y los pies y el esqueleto axial sólo se ven afectados de modo excepcional. La tabla 5-2 resume algunos aspectos del diagnóstico diferencial con el sarcoma de Ewing. Su etiología y su patogenia son desconocidas. No obstante, en los últimos años se han detectado una serie de alteraciones cromosómicas, sobre todo deleciones de los cromosomas 13q y 17p, que ha permitido caracterizar más adecuadamente las anomalías genéticas que subyacen en la patogenia del osteosarcoma. En el cromosoma 13 se ubica el gen del retinoblastoma (RB), que fue el primer gen supresor del crecimiento tumoral descrito. El gen RB interviene de modo decisivo en el desarrollo del retino-blastoma, tanto en su forma esporádica como en su forma hereditaria. Los pacientes que sobreviven después del tratamiento de un retinoblastoma hereditario tienen un riesgo elevado de padecer un osteosarcoma, lo que sugiere una cierta relación entre estos tumores. De hecho, más de la mitad de los osteosarcomas presentan alteraciones del gen RB. El otro gen supresor mutado en algo más de un tercio de los osteosarcomas es el p53. Se ubica en el brazo corto del cromosoma 17 (17p) y funciona como regulador del ciclo celular, permitiendo la reparación del DNA después de haber sido lesionado por distintos agentes (radiación, carcinogénicos, tóxicos, etc.). La función del gen supresor p53 se inhibe de modo fisiológico por los productos del gen MDM2. La expresión aumentada del gen MDM2 es un hallazgo frecuente en pacientes con osteosarcoma, en quienes el p53 se halla intacto, lo que indica que tanto las mutaciones del p53 como la expresión aumentada del MDM2 tienen como resultado la anulación funcional de la proteína p53. La presencia de mutaciones en los genes RB y p53 o la alteración funcional de sus productos pueden ser pasos necesarios en la oncogénesis del osteosarcoma. Otros genes supresores ubicados en los cromosomas 3q y 18q podrían participar también en su patogenia.³⁶

³⁶ Parker Anthony Catherine. Op cit.: pp 275

1.4.1 Epidemiología.

La incidencia estimada anual de los tumores óseos primarios es muy baja, de modo que en la Unión Europea se aproxima a los 1.800-2.000 casos nuevos por año, lo que constituye algo menos del 0,2 % de todos los tumores malignos. El osteosarcoma y el sarcoma de Ewing son las formas más frecuentes y se diagnostican especialmente durante la infancia y la adolescencia. Otros tumores de células fusiformes (como el condrosarcoma, el fibrohistiocitoma maligno y el fibrosarcoma) son aún más raros, y se aprecian en edades más avanzadas. La etiología y la patogenia de estas lesiones neoplásicas es desconocida. No obstante, algunos factores como la irradiación previa o la existencia de enfermedad de Paget tienen una clara relación con una mayor incidencia de osteosarcomas, sobre todo a partir de la sexta década de la vida. Los avances de la cirugía ortopédica y de la quimioterapia han posibilitado dos avances fundamentales en el tratamiento de estas neoplasias: a) la posibilidad de practicar una cirugía radical conservadora del miembro, que implica un resultado funcional superior a la amputación, y b) el uso de la quimioterapia coadyuvante, que desde la década de los años ochenta ha demostrado su eficacia en la reducción de las metástasis a distancia, sobre todo las pulmonares y, por tanto, una mejora de la supervivencia de los pacientes con respecto al tratamiento quirúrgico. Para que los resultados del tratamiento sean óptimos se requiere una adecuada planificación de la estrategia diagnóstica, que incluye el diagnóstico de extensión locorregional y a distancia mediante técnicas de imagen y también la biopsia, que debe ser realizada por un equipo experto en cirugía ortopédica, de modo que ésta no interfiera en el tratamiento definitivo y no comprometa la cirugía conservadora del miembro. La cooperación entre el oncólogo, el cirujano ortopédico, el radiólogo y el patólogo facilitará que el diagnóstico sea un proceso dinámico y que, además, pueda obtenerse del modo más rentable posible. 37

1.4.2 Manifestaciones Clínicas Y Diagnóstico Radiológico.

El dolor es el síntoma más común que refieren los pacientes con tumores óseos. Suele estar localizado en el área afectada y puede incrementarse por la

³⁷ Parker Anthony Catherine. Op cit. Pp 248

noche. Habitualmente cede o mejora con la administración de salicilatos y con anti-inflamatorios no esteroideos. En la etapa inicial, el dolor es transitorio e insidioso, pero gradualmente aumenta de intensidad. La presencia de un tejido inflamatorio palpable suele ser mínima o inexistente al principio, pero puede hacerse más prominente con el paso del tiempo. La presencia de impotencia funcional suele indicar la afectación de una articulación. En el caso del osteosarcoma se ven afectadas de forma mayoritaria los huesos largos de las extremidades: el fémur en casi la mitad de los casos, la tibia en el 18 % y el húmero en el 15 %. La afectación femoral tiene lugar casi siempre en la porción más distal del hueso, ya sea en la metáfisis o en la diáfisis. Por el contrario, la afectación tibial o humeral se produce casi siempre en su porción más proximal. La afectación de los huesos planos (escápula, costillas o cráneo) por un osteosarcoma es excepcional y suele observarse sobre todo en individuos con una edad superior a los 50 años. La evaluación radiológica, junto con las características clínicas y la biopsia, constituye un aspecto esencial para determinar la extensión local de la enfermedad. La radiología simple es de gran importancia y puede considerarse como un examen macroscópico, sobre el que posteriormente el patólogo puede realizar una detallada interpretación histológica.³⁸

1.4.3 Tratamiento

Cirugía conservadora y quimioterapia complementaria.

Como se ha comentado anteriormente, los avances más importantes en el tratamiento del osteosarcoma consisten en el empleo de la quimioterapia complementaria a la cirugía y en la generalización de la cirugía conservadora. Al principio de la década de los setenta, el osteosarcoma era considerado como una neoplasia de muy mal pronóstico. El único tratamiento era la amputación del miembro afectado o, en ocasiones, si la lesión era muy proximal o localmente muy avanzada, se hacía necesaria la desarticulación del mismo. La mayoría de los pacientes presentaba metástasis pulmonares u óseas en los 2 primeros años del diagnóstico, y la mayoría de las series comunicaban que la supervivencia a los 2 años no superaba el 20 %. La

³⁸ Id. Pp 250

introducción de la quimioterapia adyuvante ha modificado la historia natural y el pronóstico de esta enfermedad, de modo que en la actualidad más de un 60 % de los pacientes están vivos y sin evidencia de enfermedad metastásica a los 5 años del diagnóstico. Aunque la amputación del miembro afectado ha sido el método tradicional de resección quirúrgica del osteosarcoma, el desarrollo de técnicas que permiten la conservación funcional del miembro ha supuesto uno de los avances cualitativos más importantes en los tumores óseos malignos y, en particular, en el osteosarcoma. En principio sólo se aplicó esta técnica a pacientes con tumores muy localizados; sin embargo, en la actualidad hasta el 80 % de los casos de osteosarcomas localizados pueden conservar el miembro afectado sin que ello implique un mayor riesgo de recidiva local o de metástasis a distancia. Los procedimientos de cirugía conservadora del miembro comprenden tres fases:

1. La **resección del tumor**, que debe seguir estrictamente los principios de la cirugía oncológica y tiene además como objetivo evitar las recidivas locales, por lo que debe ser lo más amplia posible. La resección ósea debe practicarse según los siguientes requerimientos: alcanzar más de 3 o 4cm por encima de la lesión indicada por las técnicas de imagen radiológicas, con un fragmento de músculo circundante en todas las direcciones, incluir en el mismo bloque los tejidos seccionados por la biopsia previa, reseca la articulación adyacente y su cápsula, y descartar la afectación de los troncos neurovasculares.
2. La **reconstrucción esquelética**. Tras la resección suele quedar un defecto óseo de 15 a 20 cm. Las técnicas de reconstrucción dependen más de la localización de la resección ósea que de la longitud de la resección. Se emplean comúnmente prótesis metálicas de fémur total o proximal o distal, que pueden incluir, si es necesario, la articulación de la rodilla.

3. La **transferencia de masa muscular y partes blandas**, que se emplean para cerrar y cubrir el lugar de resección y restaurar la fuerza motora.³⁹

La cirugía conservadora está contraindicada cuando se detecta afectación de los ejes neuromusculares o cuando hay fracturas patológicas. El hematoma perifractura facilita la diseminación del tumor más allá de los límites que puedan ser determinados con seguridad, lo que incrementa el riesgo de recidivas locales. Sin embargo, si tras la quimioterapia preoperatoria la fractura se consolida, puede admitirse un procedimiento conservador. Otro aspecto importante a considerar es la inmadurez esquelética, sobre todo de los miembros inferiores, y en niños que aún no han completado el desarrollo óseo. Las diferencias previstas en el crecimiento de una pierna sobre la otra no deben superar los 8 cm. El éxito en el tratamiento del osteosarcoma localizado requiere una coordinación entre la interpretación de los estudios diagnósticos y de extensión, el cirujano ortopédico que realizará primero la biopsia y más tarde el acto quirúrgico definitivo, el anatomopatólogo que interpretará la biopsia diagnóstica y el grado de necrosis tumoral tras la quimioterapia, y el oncólogo que planeará y controlará la administración de la quimioterapia. El beneficio de la quimioterapia coadyuvante sobre pacientes con osteosarcoma localizado viene determinado por la supuesta capacidad de la quimioterapia de eliminar las micrometástasis, que son el origen de las recaídas sistémicas, sobre todo pulmonares. Además de la experiencia del Memorial Sloan Kettering desde el inicio de los años setenta, dos estudios aleatorizados han demostrado clara-mente la superioridad de los resultados de la quimioterapia complementaria en la supervivencia de los pacientes tratados, frente a los que sólo recibieron tratamiento quirúrgico. En uno de ellos, llevado a cabo por un grupo internacional, la supervivencia a los 2 años del grupo tratado con quimioterapia era del 66 %, mientras que sólo el 17 % de los pacientes que no recibieron quimioterapia estaban vivos. Diversos protocolos que incluyen el uso de altas dosis de metotrexato, adriamicina, cisplatino y una combinación de bleomicina, actinomicina D y ciclofosfamida producen una supervivencia,

³⁹ Masso Guardia. Medicina Interna CD.

calculada a los 15 años, superior al 60 %. La adriamicina y el cisplatino, junto con las dosis altas de ifosfamida, son los fármacos más eficaces en el tratamiento del osteosarcoma. En la actualidad se ha demostrado que un régimen con una apropiada intensidad de dosis de adriamicina y cisplatino puede obtener resultados similares a los de esquemas quimioterapéuticos más complejos y de mayor toxicidad. La quimioterapia no sólo ha producido una clara mejora en la expectativa de supervivencia de los pacientes con osteosarcoma localizado sino que, además, ha modificado la historia natural de la enfermedad. El lugar más frecuente de recaída sigue siendo el pulmón. Sin embargo, las recidivas de los pacientes que han recibido quimioterapia son más tardías, son menores en cuanto al número de metástasis y suelen ser, con mayor frecuencia, únicas. Estas circunstancias facilitan la posibilidad de la resección quirúrgica de las metástasis pulmonares. Hasta un tercio de los pacientes con osteosarcoma con recidiva pulmonar, a los que se resecaron de 1 a 5 nódulos pulmonares, permanecieron vivos y sin nuevas recaídas 3 años después del procedimiento quirúrgico. Así pues, la metastasectomía de nódulos pulmonares, sobre todo si son únicos o situados en el mismo lóbulo o segmento pulmonar, debe considerarse como una posibilidad terapéutica en los pacientes con recidivas de osteosarcoma.⁴⁰

1.4.4 Pronóstico.

Los factores pronósticos desfavorables para la supervivencia de los pacientes con osteosarcoma son la presencia de enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico inicial, la elevación de las concentraciones séricas de la enzima fosfatasa alcalina, el tamaño de la tumoración y su extensión a las partes blandas, la afectación de los huesos planos y la edad superior a los 40 años en el momento de la presentación. La localización del tumor primitivo es un aspecto objeto de debate, pero algunas series indican que **los osteosarcomas humerales y del fémur proximal tienen peor pronóstico** que los localizados en la tibia, el peroné o en la porción distal del fémur. Una revisión crítica de ocho estudios de factores pronósticos en el osteosarcoma localizado de las

⁴⁰ Masso Guardia Op cit.

extremidades indica que sólo el tamaño tumoral y el grado de necrosis inducido en el tumor por la quimioterapia preoperatoria tienen un efecto pronóstico en el análisis univariado, mientras que el estudio multivariado confirma que la necrosis posquimioterapia es el factor pronóstico más importante. Entre los factores biológicos se ha destacado por su efecto negativo la presencia de aneuploidía, frente a los tumores diploides, cuyo pronóstico es más favorable ⁴¹

1.5 EL DOLOR

El dolor es la sensación y experiencia emocional desagradables asociadas con el deterioro tisular real o posible, o descritas en términos de dicho deterioro, resulta evidente que el dolor es multidimensional y subjetivo.

El sufrimiento es una experiencia física o mental desagradable para la persona por ejemplo, desgracia, agonía, ansiedad, tormento, aflicción; el sufrimiento es más global que el dolor porque no solo incluye la esfera física sino que puede ser espiritual, emocional o social además puede aparecer sin que exista dolor.⁴²

Dolor, experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada con una lesión real o potencial de un tejido. Esta definición, formulada en 1980 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, subraya la contribución psicológica a la experiencia del dolor. El mismo grupo ha empleado también el término nocicepción, que procede de la palabra nocivo, para describir la experiencia de un estímulo que lesiona los tejidos. Por esta razón, la definición se aplica en especial al ser humano. Los animales demuestran comportamientos que se pueden calificar como dolor, y éstos se han estudiado en profundidad en la investigación de los mecanismos del dolor y en ensayos con fármacos con efectos analgésicos potenciales; aunque es dudoso que en los animales aparezca el fuerte componente psicológico del dolor que existe en el ser humano. El dolor es el síntoma aislado más frecuente por el que la gente consulta al médico.⁴³

⁴¹ Masso Guardia Op cit

⁴² Shirley E. Otto, MSN, CRNI. Enfermería Oncológica, 3a Edición. Ed. Harcourt Brace, Madrid, 1999, pp582

⁴³ Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2003.

1.5.1 Tipos de Dolor

Dolor agudo; dura poco ¿menos de de tres a seis meses?, casi siempre se conoce su etiología, la intensidad puede variar de leve a grave y su tratamiento se dirige a eliminar su causa.

Dolor crónico; se prolonga mas de tres meses, la causa puede ser o no conocerse, no responde al tratamiento o no desaparece después de que la herida sana, la intensidad puede variar de leve a grave y el tratamiento varia.

Dolor crónico producido por el cáncer puede ser agudo además de crónico; su duración se ajusta a la de este ultimo puede ser grave, considerarse irritable y tener diversas etiologías.

Dolor o imprevisto se caracteriza por el aumento transitorio del dolor en una intensidad superior a la moderada, puede suceder cuando el paciente se mueve o tose o incluso con flatulencia.⁴⁴

1.5.2 Transmisión del Dolor

Cuando una persona sufre una lesión, como un golpe en el dedo del pie, determinados receptores sensitivos especializados, llamados nociceptores, reciben esta información del daño corporal (1) y envían una señal eléctrica, llamada impulso nervioso, a la médula espinal mediante un nervio sensorial (2). Una zona especializada de la medula espinal conocida como ganglio dorsal (3) procesa la información y envía un impulso a la zona que ha sufrido el daño mediante un nervio motor (4). Esto origina que los músculos de la pierna se contraigan y retiren el pie de aquello que está provocando el daño (6). En este viaje, el impulso nervioso se transmite a través de células nerviosas. Cuando el impulso alcanza una terminación nerviosa (7), el nervio libera un neurotransmisor que lleva el mensaje al nervio que se encuentra a continuación. Cuando el impulso llega al cerebro (8), se integra la información sensitiva y se produce la sensación emocional que se denomina dolor.⁴⁵

⁴⁴ Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2003.

⁴⁵ Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2003. .

1.5.3 Etiología del Dolor en el Cáncer

Invasión Directa del Tumor

Una causa del dolor es la invasión directa del tumor, por ejemplo la proliferación de células malignas dentro de los huesos, nervios, vísceras, y los tejidos blandos.

Síndrome del dolor en el cáncer

Por definición un síndrome se refiere a una variedad de tipos de dolor, causas y métodos de tratamiento; algunos síndromes que resultan de la participación directa del tumor son:

Afección ósea

Las metástasis óseas múltiples son la causa más común del dolor generalizado. En el caso de la afección vertebral, es necesario que la enfermera comunique su aparición, ya que el dolor precede a la compresión de los nervios y la intervención oportuna puede prevenir las deficiencias neurológicas.⁴⁶

Compresión en la medula ósea.

El 95 por ciento de los pacientes comunican dolor que puede ser focalizado o reflejo. El dolor precede de una deficiencia sensorial o motriz.⁴⁷

1.5.4 Escalera Analgesica de la OMS

La **escalera analgésica** es un concepto que define tres instancias de tratamiento según la potencia progresivamente mayor de los analgésicos en la función de la intensidad y respuesta del dolor se constituye por tres niveles.

- El primer Nivel comprende el uso de anti-inflamatorios no esteroide+AINES+o no opioides (ácido-acetil-salicílico, paracetamol etc.)
- El segundo nivel incluye los analgésicos opioides débiles (tramadol, oxicodona).
- El tercer nivel considera analgésicos opioides potentes (morfina metadona.⁴⁸)

⁴⁶ Op cit.

⁴⁷ Shirley E. Otto, MSN, CRNIE. Enfermería Oncológica. pp 7740

1.6 PACIENTES TERMINALES

1.6.1 Introducción

Cada año mueren en el mundo más de 50 millones de personas, el 10 % a causa del cáncer. En España fallecieron de cáncer 60.000 personas en 1986, lo que supuso el 20 % de la mortalidad por todas las causas, ocupando el segundo lugar tras las enfermedades vasculares.⁴⁹

Los avances registrados en el tratamiento del cáncer consiguen curar al 33 % de los varones y al 40 % de las mujeres diagnosticado, cifras que son inferiores en los países en desarrollo. El número de pacientes con cáncer y su mortalidad global se elevan de forma progresiva en función del aumento de la edad media de la población, el mayor control de otros problemas de salud y el consumo de tabaco. Como consecuencia de este último factor, el cáncer de pulmón aumenta 1,5 veces por año y representa la primera causa individual de muerte, ya que el 90 % de los casos son incurables en el momento del diagnóstico. La aparición del HIV ha contribuido también a un aumento de la incidencia de cáncer. Miles de seres humanos enfermos, con tumores incurables, atravesarán, a lo largo de su evolución, una etapa terminal.⁵⁰

Los criterios convencionales que definen a un paciente como paciente terminal son los siguientes: a) diagnóstico histológico; b) fracaso o contraindicación de la terapéutica estándar eficaz (se entiende por terapéutica eficaz tanto los tratamientos curativos como aquellos capaces de prolongar la supervivencia y/o mejorar la calidad de vida), y c) enfermedad progresiva y momento de la muerte en cierto modo predecible, con una expectativa de vida habitualmente inferior a 6 meses. La mayoría de estos pacientes presenta múltiples problemas, cambiantes y de origen multifactorial, que les ocasionan un intenso sufrimiento. La presencia, explícita o no, de la muerte a lo largo del proceso terminal, genera gran angustia en el propio paciente, sus familiares y el equipo asistencial. Los objetivos fundamentales del cuidado de los pacientes con enfermedad terminal son el alivio del sufrimiento, la optimización de la calidad

⁴⁸ Instituto Nacional de Cancerología. Manual de Oncológica. pp 64.

⁴⁹ Hamilton Guardia Op cit. Pp75

⁵⁰ Id. Pp 45

de vida y la comodidad hasta el momento del fallecimiento. Como señala Stjernswärd «deberíamos proporcionar los mismos exquisitos cuidados a los que llegan a este mundo que a los que lo dejan». El alivio del sufrimiento es un derecho universalmente reconocido de todo paciente con una enfermedad terminal. Sin embargo, las necesidades de los pacientes y sus familiares frecuentemente son ignoradas.⁵¹

Cuando ya no es posible lograr la curación o controlar la enfermedad se recurre al cuidado paliativo lo cual se conoce como fase terminal es gradual.

Instrucciones por anticipado son el testamento en vida y el poder duradero para la atención a la salud.

1.6.2 Asesoramiento a Enfermos Terminales y a sus Familiares

Este tipo de asesoramiento suele estar basado en el modelo propuesto por Kübler-Ross y otros investigadores. Consideran que el paciente terminal suele pasar por una serie de fases (negación, enfado, discusión, depresión y aceptación), que a veces se pueden manifestar de forma simultánea; o experimentarlas en un orden diferente; o avanzar y retroceder entre las mismas. La mayoría de los pacientes, al verse confrontados con la noticia de su enfermedad terminal, intentan negar esta realidad. Cuando la aceptan, a menudo se sienten terriblemente enojados y furiosos. Muchos de ellos comienzan una especie de proceso de regateo interior, prometiéndose modificar su conducta a cambio de la recuperación. La depresión aparece, por lo general, en cuanto observan que el proceso no ha dado resultado. Si los pacientes cuentan con el apoyo de los familiares y un asesoramiento profesional adecuado, pueden llegar a aceptar su muerte y morir con serenidad.⁵²

Los enfermos terminales y sus familiares sufren un proceso de desolación. A pesar de que esta experiencia varía según las sociedades y las personas, sus aspectos básicos parecen ser universales y biológicos. Hoy día el

⁵¹ Hamilton Guardia Op cit pp. 265

⁵² Id. pp. 265

asesoramiento se centra en ayudar a los pacientes y a sus familiares a no reprimir sus emociones.⁵³

1.6.4 Muerte

El concepto respecto a qué constituye la muerte varía según las diferentes culturas y épocas. En las sociedades occidentales, la muerte se ha considerado tradicionalmente como la separación del alma del cuerpo. En esta creencia, la esencia del ser humano es independiente de las propiedades físicas. Debido a que el alma carece de manifestación corpórea, su partida no puede ser vista, o lo que es lo mismo, ser determinada objetivamente. De aquí que, en esta creencia, se ha determinado el cese de la respiración como el signo de muerte.⁵⁴

En la actualidad, se cree que la muerte se produce cuando las funciones vitales —la respiración y la circulación (expresada por el latido cardíaco)— se detienen. Sin embargo, este punto de vista ha sido puesto en duda, debido a que los avances médicos han hecho posible que se mantenga la respiración y la función cardíaca mediante métodos artificiales. Por ello, el concepto de muerte cerebral ha ganado aceptación. Según éste, la pérdida irreversible de actividad cerebral es el signo principal de la muerte.⁵⁵

Incluso, durante los últimos años, este concepto ha sido puesto en tela de juicio, ya que una persona puede perder toda capacidad para ejercer su actividad mental superior y sin embargo mantener las funciones cerebrales inferiores, como la respiración espontánea. Por esta razón, algunas autoridades argumentan que la muerte debe ser considerada como la pérdida de la capacidad para la interacción consciente o social. El signo de la muerte según este principio es la ausencia de actividad en los centros cerebrales superiores, principalmente el neocórtex.⁵⁶

El concepto de muerte en la sociedad es más que un interés académico. La rapidez del progreso de la tecnología médica ha suscitado cuestiones morales

⁵³ Id. Hamilton Guardia Op cit.Pp 266

⁵⁴ www.tanatologia.org.mx

⁵⁵ [Iwww.tanatologia.org.mx](http://www.tanatologia.org.mx)

⁵⁶ Id.

e introducidas a nuevos problemas en la definición legal de muerte. Entre los puntos que se debaten están los siguientes:

¿Quién debe establecer los criterios de muerte?

¿El médico, las legislaturas, o cada persona por sí misma?,

¿Es moral o legalmente permisible adelantar el momento de la muerte interrumpiendo el soporte artificial?

¿Tiene la gente el derecho de solicitar que estas medidas extraordinarias dejen de adoptarse de modo que un individuo pueda morir en paz?

¿Puede el pariente más cercano o el tutor legal actuar en nombre de la persona que agoniza en estas circunstancias?

Todas estas cuestiones han adquirido ahora un carácter más urgente ante la aparición de los trasplantes de tejidos humanos. La necesidad de órganos debe ser sopesada frente a los derechos del donante que agoniza.⁵⁷

Como resultado de dichas preguntas, diversos grupos han solicitado el derecho a morir de un individuo, en particular a través del significado legal de testamentos en vida, en los que un sujeto otorga a familiares o figuras legales el derecho a retirar el tratamiento de soporte vital.⁵⁸

1.6.5 Tanatología.

Ciencia que estudia la muerte y agonía y los fenómenos asociados a ellas. A pesar de que todas las sociedades han especulado sobre la muerte, su estudio sistemático es reciente. Hasta hace poco en la cultura occidental existía un tabú contra el estudio de algo tan temido y personal como la muerte. Mucha gente todavía piensa que el estudio de la muerte es un tema delicado, pero los tanatólogos consideran que su trabajo puede beneficiar a todos, ya que la comprensión del proceso de la muerte puede hacer que esta experiencia sea menos alienante y temida.⁵⁹

En las décadas de 1950 y 1960 diferentes sociólogos iniciaron el estudio de la psicología de la muerte y potenciaron la aparición de programas de asesoramiento y terapias para tratar los profundos problemas emocionales

⁵⁷ www.tanatologia.com.mx Op cit.

⁵⁸ Id.

⁵⁹ es.msnusers.com/TANATOLOGIA

asociados a la muerte que existen en la sociedad moderna. El libro sobre este tema que mayor impacto causó en la opinión pública fue Sobre la muerte y la agonía (1969) de Elizabeth Kübler-Ross, psiquiatra estadounidense de origen suizo.⁶⁰

1.6.6 Calidad de Vida

La calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual.

El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. el bienestar social, por las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo y la situación económica y el sufrimiento familiar, el bienestar psicológico se relaciona con el control, la ansiedad y el temor, la depresión, la cognición, y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento, bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior.⁶¹

1.7 CATETERISMO VESICAL

1.7.1 Introducción

El sondaje vesical es la colocación de un catéter a través de la uretra hasta la vejiga para drenar orina.

El cateterismo vesical es un hecho común en los ingresos hospitalarios (alrededor del 10-15 % de los pacientes) y constituye el principal factor de riesgo en la infección, urinaria prolongando la estancia hospitalaria entre 2-10 días. La infección urinaria que se produce en pacientes ingresados es más grave que la ambulatoria por:

El sujeto receptor tiene una patología previa que puede haber deteriorado sus mecanismos de defensa.

⁶⁰ es.msnusers.com Op cit.

⁶¹ Shirley E. Otto, MSN, CRNI. Enfermería Oncológica, 3a Edición. Editorial Harcourt Brace Madrid, 1999, pp807

Los agentes causales son gérmenes hospitalarios más resistentes a los antibióticos.

Los mecanismos de contagio más comunes son:

1. Contaminación en el momento del sondaje por microorganismos de la región perineal.
2. A través de las manos del personal sanitario.
3. Migración retrógrada de los microorganismos por la luz del catéter.
4. Por soluciones antisépticas contaminadas, instrumental, etc.

El sistema de drenaje abierto favorece la aparición de bacteriuria en el 50% de los pacientes durante las primeras 24 horas del sondaje y de casi el 100% antes de terminar el cuarto día.^{62 63}

El sistema de drenaje cerrado reduce la incidencia de bacteriuria en aproximadamente el 5% de pacientes por día de sondaje y solamente un 50% de los pacientes portadores de sonda vesical presentan infección entre los 11-13 días tras la colocación de la sonda.⁶⁴

La mayoría de estas infecciones cursan de forma asintomática y se resuelven mejor tras la retirada de la sonda con tratamiento antibiótico.

1.7.2 Indicaciones del Sondaje Vesical

- Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Recoger muestra de orina estéril.
- Determinar orina residual después de una micción espontánea.
- Permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
- Realizar irrigaciones vesicales en caso de hematuria o administrar medicación.
- Mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes (en situaciones especiales, nunca por comodidad del equipo de enfermería)

⁶² Wieck, Lynn, Eunice M.King y Marilyn Dyer. Técnicas de Enfermería - Manual Ilustrado, 3a Edición. Editorial Mc Graw-Hill, Mexico, 1988, 851pp

⁶³ Wieck, Lynn, Op cit pp264

⁶⁴ Id. pp. 265

1.7.3 Contraindicaciones del Sondaje Vesical

- Incontinencia urinaria: utilización prioritaria de reeducación vesical, colectores, pañales.
- Prostatitis aguda.
- Lesiones uretrales (estenosis, fístulas).
- Traumatismos uretrales (doble vía, etc.).

1.7.4 Tipos de Sondas

Las sondas son tubos de consistencias variadas (rígidos, semi-rígidos, blandos) en dependencia de su composición (látex, plástico, silicona, siliconadas, cuerpos rígidos en su interior, etc.). Su tamaño está calibrado en unidades francesas que miden la circunferencia externa. Existen sondas desde el calibre 8 al 30 para adultos.⁶⁵

Las sondas vesicales poseen uno o varios orificios en su parte distal, la forma de los mismos y el tamaño depende del tipo de sonda y de la forma que tienen en la punta. En su interior pueden tener hasta 3 vías distintas, en el caso de las de una sola vía son generalmente rígidas y se utilizan para sondajes intermitentes, cuando tienen dos vías una correspondería al balón que serviría para fijarla rellenándola con suero y/o agua destilada, la tercera vía se utiliza para irrigar la vejiga de forma continua⁶⁶.

1.7.5 Maniobra de Credè

Cuando la sección de neurona motora inferior trastorna el reflejo de la micción, la vejiga urinaria puede tornarse flácida o arreflexica. Como no se contrae adecuadamente, en su interior se acumula orina, lo cual produce distensión. La maniobra de Credè –aplicación de presión manual sobre el bajo vientre– fomenta el vaciamiento completo del órgano. Después de que se le ha enseñado adecuadamente, el paciente puede efectuar por si mismo la maniobra, ameno que no pueda alcanzarse el abdomen.

⁶⁵ Wieck, Lynn, Op cit pp. 266

⁶⁶ Id. pp. 267

Las contraindicaciones para la maniobra de Credè, no se aplica después de operaciones abdominales si la incisión no ha cicatrizado por completo.⁶⁷

⁶⁷ Halmiton. Asistencia General de Enfermería. Pp89-90

CAPITULO II. APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

2.1 PRESENTACION DEL CASO

Nombre del paciente: L. F. P.

Edad: 21 años.

Fecha de nacimiento: 04 de Marzo 1983.

Edo. Civil: Soltero.

Ocupación: Estudiante.

Escolaridad: Media superior.

Procedencia: Veracruz

Ubicación dentro del hospital: 6to piso Tumores Óseos

Acude al Instituto nacional de ortopedia con el diagnóstico de Osteosarcoma detectado hace dos años, el cual no se atendió con quimioterapia por falta de dinero para venir a la ciudad, originario de Veracruz y reside actualmente en una vivienda de lamina, con cuatro habitaciones la cual renta, contando los servicios intra y extradomiciliarios, tabaquismo y alcoholismo negados, inicio de vida sexual a los 16 años, con protección (condon), actualmente padece metástasis de columna vertebral, paraplejía, no controla esfínteres, su madre no tiene ninguna enfermedad, tiene dos hermanos mas, termino la preparatoria, acude a la iglesia con regularidad, tiene novia, toca la guitarra, se pretende realizarle una cirugía para insertar un clavo en la columna vertebral para poder sostenerse y mejorar la calidad de vida

DIAGNOSTICO MEDICO

Osteosarcoma fémur derecho recidivante, metástasis de columna vertebral nivel neurológico T10 y T12.

2.2 VALORACION DE ENFERMERIA

2.2.1 Oxigenación

El paciente presenta un tórax normolineo, campos pulmonares ventilados y movimientos torácicos simétricos y con ruidos cardíacos rítmicos; este presenta una coloración de la piel y lechos ungüales ligeramente pálidos con un llenado capilar de 2 segundos y una frecuencia respiratoria de 19 ventilaciones por minuto refiere no tener dificultades respiratorias, y nunca ha fumado.

2.2.2 Nutrición e Hidratación

Las Membranas Mucosas son húmedas, lengua y paladar rosados, el aspecto de los dientes son completos, con presencia de amalgamas y no presenta caries dental, las características de las uñas son reseca y quebradiza su peso es de 49kg y una talla de 1.70mts, refiere que el número de comidas diarias es de 3 veces al día, come a horas regulares, no sufre de alguna alergia alimenticia o intolerancia; la cantidad de líquidos que consume al día es de 2 litros de agua, no ingiere bebidas alcohólicas

2.2.3 Eliminación

El abdomen es plano, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, peristaltismo presente y disminuido, se palpa el globo vesical; ruidos intestinales sin alteración, presenta estreñimiento por lo que toma un laxante (senosidos); las características de la orina son escasa, color ámbar, y olor amoníaco, presenta incontinencia urinaria por lo que es necesario la realización de (cateterismo vesical intermitente) y toma diurético (furosemida) y los genitales son normales y utiliza pañal.

2.2.4 Moverse y Mantener una Postura Adecuada

Las extremidades inferiores son asimétricas, tiene una postura anormal, inmóvil ya que padece paraplejia y presenta herida quirúrgica en pierna derecha 10 cm. con masa, no móvil, no dolorosa; rodilla y tobillos completos uñas de los pies quebradizas. El estado del sistema esquelético/ fuerza con arcos de movilidad completos, con fuerza muscular normal en brazos, presenta dolor en región lumbar.

2.2.5 Sueño y Descanso

Horario de descanso: 24:00hrs a 3:00 hrs., padece insomnio el cual considera que se debe al dolor persistente región lumbar y la falta de información de su padecimiento, presenta cansancio al despertarse y lo manifiesta de mal humor, ansiedad, estrés

2.2.6 Elegir la Ropa Adecuada (Vestirse y Desvestirse)

Viste de acuerdo a su edad y se encuentra con ropa del hospital bata, alineado y con capacidad motora para vestirse y desvestirse, adecuada para el padecimiento

2.2.7 Mantener una Adecuada Temperatura del Cuerpo

La casa que habita es caliente vive en Veracruz, no es sensible a los cambios de temperatura, la temperatura axilar en este momento es 36c° y presenta por la noche diaforesis.

2.2.8 Higiene Corporal, Protección de la Piel

Aspecto general es alineado con ropas de hospital, su frecuencia del baño es diario, el horario preferido para bañarse es por la mañana, el estado de cuero cabelludo es limpio, la frecuencia del aseo dental es de tres veces al día no presenta halitosis, utiliza prótesis dental la fecha de la ultima visita al dentista fue la semana pasada; el aseo de manos es antes de comer y después de ir al baño, se aplica crema para proteger sus manos el olor corporales agradable (desodorante, jabón).

Presencia de lesiones: Presenta herida quirúrgica antigua en pierna derecha 10 cm. con masa, sin adherencia aplanado, no dolorosa, no móvil.

Podría presentar escaras debido a la mala irrigación de la zona que se encuentra en presión causada por la ausencia de movilidad en miembros inferiores.

2.2.9 Evitar Peligros

No es alérgico algún medicamento, es tranquilo, en momentos se muestra ansioso medita las cosas antes de actuar tiene capacidades diferentes

paraplejia, las condiciones en su hogar no muy aceptables ya que le es difícil movilizarse en la silla de ruedas pues los espacios son pequeños.

2.2.10 Comunicación

Estado civil soltero, vive con sus padres y hermanos (2), rol en la estructura familiar hijo (Primero), preocupación actual falta de información acerca de su padecimiento actual, y lo que sucederá con su madre cuando el muera, como pagar el hospital, existen buenas relaciones con su familia, tienen muchos amigos en su localidad, actividad en su tiempo libre computación, tocar guitarra y leer, habla claro, escucha bien ve bien no usa lentes.

2.2.11 Creencias y Valores

Tipo de religión católica, su creencia religiosa no le genera conflictos al contrario lo mantiene tranquilo y resignado ante su enfermedad, los principales valores en su familia: la humildad, el respeto honradez y la verdad y los principales valores en su persona respeto, amor a dios y la verdad, es congruente en su forma de pensar con su forma de vivir, permite contacto físico, tiene algún objeto indicativo de sus creencias sus imágenes religiosas (cristo, la virgen de Guadalupe) en la cabecera de la cama.

2.2.12 Actuar de Manera que se Sienta Satisfecho Consigo Mismo

No trabaja o estudia actualmente, no esta satisfecho con lo que estudio por que debido a su enfermedad ya no pudo ir a la universidad, estado emocional: aparentemente tranquilo.

2.2.13 Actividades Recreativas

Actividades que realiza en su tiempo libre: Leer, computación, dar pláticas en su iglesia y tocar la guitarra en el coro de la iglesia, tiempo dedica a esta actividad tres horas diarias, pertenece a comunidad de su iglesia, su estado de ánimo es participativo, ríe, bromea.

2.2.14 Necesidad de Aprendizaje

Nivel de educación media superior, no tiene problemas de aprendizaje, limitaciones cognitivas no, preferencias para leer y /o escribir: obras bíblicas, y artísticas, tienen interés de resolver y aprender problemas de salud, estado

emocional es de inquietud y ansiedad, memoria reciente alerta y sin compromiso (El paciente presenta ansiedad por deficiencia en la información sobre su enfermedad y futuro por falta de información de parte del equipo medico.)

2.3 PLAN DE ENFERMERÍA

2.3.1 *Diagnósticos de Enfermería*

Alteración de los patrones de la eliminación urinaria relacionada con la pérdida del tono muscular y control de los esfínteres manifestados por micción espontánea.

Objetivos:

- Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Evitar distensión de la vejiga
- Evitar micciones involuntarias.
- Mantener seco y limpio al paciente

Acciones:

Valorar el abdomen todos los días (observar si hay distensión abdominal)

Fundamentación:

Los signos y síntomas de distensión vesical son: hipertensión, cefalea, vaso dilatación, oleadas de calor, hipotermia, diaforesis profusa, dolor torácico, bradicardia, náuseas.

Evaluación:

No existe alguno de los signos y síntomas no hay distensión abdominal.

Acciones:

Cambio de sonda Foley (Siliconizada)

Fundamentación:

La orina esta constituida por el 95% de agua y sustancias orgánicas en las que van los productos de desecho metabólico

Evaluación:

Se obtuvo orina

Acciones:

Cuantificar y anotar la cantidad, color consistencia, aspecto de la orina.

Fundamentación:

La medición precisa de ingresos y pérdida de los líquidos permite evaluar el equilibrio hídrico del organismo.

Evaluación:

Se obtuvo 750ml de orina con olor a amoníaco.

Acciones:

Valorar los resultados del laboratorio (EGO).

Fundamentación:

Los niveles séricos normales de nitrógeno ureico son 7.0-18mg/dl y de creatinina 0.7-1.30, urea 15-39 mg/dl

Evaluación:

Los valores que presenta el paciente son, nitrógeno ureico 18.8, urea 40.2, creatinina 0.97mg/dl

Acciones:

Valorar si hay signos de infección del tracto urinario (polaquiuria, disuria y hematuria entre otros)

Fundamentación:

La mucosa que cubre las vías urinarias es tejido propicio para la propagación de bacterias.

Evaluación:

No presenta signos de infección.

Acciones:

Utilizar la maniobra de Credel (presionar hipogastrio para ayudar al vaciamiento de la vejiga)

Fundamentación:

Los líquidos fluyen de un área de mayor presión y el volumen que fluye guarda la relación directa con el gradiente entre las presiones.

Evaluación:

Hubo micción después de la maniobra.

Acciones:

Ministración de diurético (Laxis)

Fundamentación:

Los diuréticos a través de mecanismos de transporte activo o por modificaciones de la permeabilidad celular incrementan el índice de la formación de orina por reducción de la absorción de sodio y agua en tubulos renales.

Evaluación:

Se evito la retención de líquidos

Acciones:

Hacer balance de líquidos por turno en 24 hrs.

Fundamentación:

Los registros de exactos de ingresos y egresos de líquidos ayudan notablemente a valorar el balance hídrico del paciente.

Evaluación:

El balance de líquidos quedo positivo (150 ml.) ya que ingresaron 1750

Acciones:

Se le capacito para la realización del cateterismo vesical temporal (paciente y familiar)

Fundamentación:

El objetivo fundamental del tracto urinario es convertir una excreción de orina continua involuntaria e inconciente por parte de los riñones, en una excreción intermitente conciente por parte de la vejiga.

Evaluación:

Devolvieron la técnica del cateterismo vesical.

2.3.2 Diagnósticos de Enfermería

Déficit de la eliminación (relacionado con la disminución de la movilidad e ingestión de medicamentos manifestado por estreñimiento.

Objetivos:

- Evitar la impactacion fecal
- Evitar la distensión abdominal
- Demostrar que conoce la técnica del programa de entrenamiento de intestino.

Acciones:

Valorar el abdomen todos los días (observar si hay distensión abdominal)

Fundamentación:

Las complicaciones del estreñimiento son constipación, fecal, flatulencia, timpanización, y distensión abdominal.

Evaluación:

Existe flatulencia y timpanización

Acciones:

Aumentar el consumo de líquidos e ingerir una dieta rica en fibra

Fundamentación:

Una dieta equilibrada y la ingestión suficiente de líquidos, ejercicio y control emocional, son factores que determinan la cantidad y el tipo de eliminación intestinal.

Evaluación:

Con la ingesta rica en fibra se logro que el paciente eliminara.

Acciones:

Realizar rutina marco cólico y pedir que devuelva la técnica.

Fundamentación:

El colon posee movimientos de perístasis, los que conducen el contenido intestinal hacia el ano.

Evaluación:

Devolvió la técnica adecuada del entrenamiento intestinal.

Acciones:

Ministración de laxantes senosidos A-B

Fundamentación:

El aparato digestivo no tiene enzimas adecuadas para la ingestión de celulosa.

Evaluación:

Se suavizaron las heces.

Acciones:

Ministración de supositorios de glicerina c/24 hrs, (por razón necesaria)

Fundamentación:

El peristaltismo intestinal y la estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas en el recto son factores que motivan el reflejo de defecación.

Evaluación:

Se logro que el paciente defecara, después del procedimiento de estimulación.

Acciones:

Observar la frecuencia, cantidad olor, color y consistencia de las heces.

Fundamentación:

La estrechilla formada por la desintegración química de la hemoglobina da la coloración normal a las heces fecales.

Evaluación:

Aumento el volumen de heces.

2.3.3 Diagnósticos de Enfermería

Riesgo de la alteración de la integridad cutánea relacionado con la inmovilidad.

Objetivos:

- Mantener una buena integridad cutánea
- Evitar la aparición de escaras
- Evitar la aparición de úlceras por presión.

Acciones:

Movilización c/2 hrs.

Fundamentación:

La inmovilización articular origina reducción circulatoria y estasis de líquido sinovial.

Evaluación:

Se evita que el paciente se escara

Acciones:

Cambio de posición

Fundamentación:

La movilización frecuente y la aplicación de una posición correcta previene lesiones neuromusculares esqueléticas y formación de úlceras por presión

Evaluación:

No hubo escaras

Acciones:

Cambiar el colchón por un colchón neumático o de presiones alternas

Fundamentación:

El reposo prolongado en cama ocasiona rigidez articular y atrofia muscular y úlceras por decúbito

Evaluación:

No se logro el objetivo por la escasez de colchones en el hospital.

2.3.4 Diagnósticos de Enfermería

Alteración del bienestar físico relacionado con la degeneración irreversible del funcionamiento biológico manifestado por el dolor persistente región lumbar y trastornos en el sueño.

Objetivos:

- Proporcionar alivio al dolor y síntomas angustiantes
- Aumentar el confort

Acciones:

Atención al dolor, ministración de analgésicos ketorolaco 60mg valorar el horario tiempo, y duración del fármaco

Fundamentación:

Los analgésicos no opiáceos actúan principalmente en el S.N. periférico mitigan el dolor, leve y moderado.

El dolor es una percepción según el estado físico, experiencias y expectativas del individuo.

Evaluación:

No disminuye el dolor

Acciones:

Dar masaje al paciente

Fundamentación:

El masaje es un método terapéutico manual o instrumental, el masaje, suave por golpeteo presión, percusión o fricción aumentan en aporte sanguíneo y linfático, produce relajación muscular y alivia el dolor.

Evaluación:

Refiere el paciente que el sueño fue mas prolongado

Acciones:

Aplicación de frió en zona afectada

Fundamentación:

El calor proporciona comodidad y relajación mientras que el frío produce adormecimiento y disminuye el dolor.

Evaluación:

Disminuyo el dolor

Acciones:

Utilización de una técnica de relajación (música) traer una guitarra

Fundamentación:

El objetivo es enfocar la mente de la persona en algo diferente a la sensación dolorosa Desvía el pensamiento de la sensación del dolor.

Evaluación:

Pasaron un buen rato y sonrió

Acciones:

Bromear con el (Sentido del humor)

Fundamentación:

La risa distrae a los pacientes y brinda entretenimiento inmediato

Evaluación:

Sonrió largamente

2.3.5 Diagnósticos de Enfermería

Déficit del conocimiento relacionado con falta de información recibida acerca de su enfermedad (fase Terminal) manifestada ansiedad de ser informado por los médicos.

Objetivos:

- Enseñar la importancia de informar cambios en signos y síntomas
- Mostrar la importancia de preguntar los riesgos del tratamiento
- Demandar información sobre su situación de salud

Acciones:

Identificar el nivel de conocimientos del paciente para ayudarlo a entender su enfermedad.

Fundamentación:

La educación es básica y universal.

Evaluación:

El paciente se interesó más por la enfermedad, ha habido una relación informativa eficaz.

Acciones:

Proporcionar más información sobre su enfermedad (el médico)

Fundamentación:

Los seres humanos han sobrevivido y evolucionado por su especie por la capacidad para transmitir, conocimiento y enseñanza.

Evaluación:

Se espera que el médico de más información

Acciones:

Hable con el psicólogo residente para saber cómo actúan en la institución para apoyar al paciente en este estado.

Fundamentación:

La información a familiares sobre el pronóstico de la muerte y las alternativas terapéuticas son impacto al paciente, facilita la comprensión y participación de estos en su atención.

Evaluación:

El psicólogo refiere que si hablaban con ellos para que entendieran el proceso de su enfermedad y hubiera una posible aceptación.

2.3.6 Diagnósticos de Enfermería

Alteración del bienestar psicológico relacionado por evitación del problema (metástasis) manifestado por evadir el tema de la muerte y desviar la conversación bromeando.

Objetivos:

- Reafirmar la importancia de la vida considerando la muerte como un proceso normal
- Valorar los días que está aquí
- Integrar aspectos psicológicos y espirituales al tratamiento del paciente.

Acciones:

Ayudar al paciente a encontrar el significado a su vida que le toco vivir y su relación con el ser supremo.

Fundamentación:

El análisis intra e interpersonal con la familia, amistad y personal de salud genera paz interior y bienestar espiritual.

Evaluación:

Quiere ver a sus hermanos y amigos.

Acciones:

Orar con el paciente en grupo

Fundamentación:

La lectura y la oración estimulan la relación con el ser supremo y consigo mismo.

Evaluación:

El paciente mostró satisfacción y acepto la oración

Acciones:

Respetar su religión

Fundamentación:

La fe, la integración familiar son factores que ayudan a comprender la idea de la muerte.

Evaluación:

Nos hablo de su religión ampliamente

Acciones:

Proporcionar historias y oraciones bíblicas (Cantar, leer historias bíblicas proporcionar le oraciones.)

Fundamentación:

Vivir plenamente cada momento de la existencia, es vivir, es prepararse para la muerte digna.

Evaluación:

Mostró interés por el material adquirido.

Acciones:

Respetar las decisiones tomadas por el paciente en fase terminal.

Fundamentación:

El valor de la vida demanda el mantenimiento del respeto y dignidad humana, el enfermo tiene derecho a elegir

Evaluación:

Es capaz de tomar decisiones por si mismo las que lleva a cabo y se siente satisfecho de ello.

2.4 PLAN DE ALTA

2.4.1 Medicamentos

Se recomendó no suspender la toma de los medicamentos prescritos

- Laxis 1 tableta cada 8 hrs.
- Tamacet 1 tableta cada 12 hrs
- Libertrim 1 tableta cada 8 hrs
- Senosidos A-B 1 tableta cada 24 hrs
- Ketorolaco 1 tableta de 10 mg cada 8 hrs
- Supositorio de glicerina cada 24 hrs en caso necesario
- Ranitidina 1 tableta cada 8 hrs.

2.4.2 Trabajo Social

Se consiguió que trabajo social diera permiso para que el apaciente metiera su guitarra y la tuviera en su cuarto.

Se proporcionaran almohadas rellenas de alpiste para evitar escaras.

Se le dio la opción de conseguir un ministro de la Eucaristía, para que se sienta tranquilo y tenga fe.

Se otorgaron los derechos del enfermo Terminal.

2.4.3 Ingerir Agua

Se le informa importancia de ingerir agua, ya disminuye la incidencia de infección en vías urinarias y ayuda a defecar.

2.4.4 Derechos del Enfermo Terminal

Se le dieron a conocer los derechos del enfermo terminal

- A ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- A mantener la esperanza, cualquiera que sea la esperanza.
- A expresar a mi manera mis sentimientos y emociones en lo que respecta al acercamiento de mi muerte.
- A obtener la atención de médicos, enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben cambiarse por los de comodidad.
- A no morir solo
- A ser liberado del dolor
- A obtener una respuesta honesta cualquiera que sea mi pregunta
- A recibir ayuda de mi familia y para mi familia en la aceptación de mi muerte.
- A morir en paz y con dignidad.
- A conservar mi individualidad y a no ser juzgado por mis decisiones que pueden ser contrarias a las creencias de otros
- A ser cuidado por personas sensibles y competentes que van a intentar comprender mis necesidades y serán capaces de encontrar alguna satisfacciones ayudándome en la muerte
- A que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte.⁶⁸

2.4.5 Cateterismo Vesical

Se enseñó al paciente y su familiar la técnica del cateterismo vesical intermitente, para que la lleve a cabo en su hogar.

⁶⁸ Instituto Nacional de Cancerología. Manual de oncológica. Editorial McGraw-Hill Interamericana, México D.F, 2000, pp677

2.4.6 Enseñanza de Rutina de Intestino

Se le explico la importancia y se le enseñó la técnica ala paciente y a su familiar de la realización de masaje a marco cólico.

CONCLUSIONES

Los objetivos específicos plasmados en este trabajo fueron alcanzados, mediante acciones que permitieron identificar, analizar y valorar desde una perspectiva holística las necesidades de la persona en el proceso salud–enfermedad; y a su vez, aplicar el método de enfermería dirigido al cuidado integral, como base que sustenta la practica profesional de la Enfermería para satisfacer las necesidades de la persona y modificar, atenuar o cancelar los factores de riesgo a la salud detectados.

El Proceso de Enfermería me permitió tener mayor acercamiento al paciente con una visión mas amplia respecto al entorno que le rodea, no solo física sino también psicológicamente. Logre interactuar y ganarme su confianza durante su estancia hospitalaria, a pesar de su estado de salud; asimismo, la de sus familiares quienes se mostraron cooperativos, agradecidos y, por que no mencionarlo, satisfechos por las intervenciones de enfermería que lleve a cabo en su cuidado.

SUGERENCIAS

El hacer de una profesional de Enfermería no solo es cumplir con una jornada de trabajo y seguir indicaciones médicas. Por el contrario, es necesario comprometerse consigo mismo y con nuestra profesión, adquirir juicio crítico, conocimiento, habilidades y destrezas para brindar atención integral al paciente, la familia y la comunidad.

Por ello, la importancia de llevar a cabo un Proceso de Atención de Enfermería en cada uno de los pacientes, como herramienta de trabajo metodológica, que nos permita para aplicar los conocimientos y hallazgos teóricos de modo sistemático, también comprender y corregir nuestros errores, así como actuar con disciplina y respeto hacia nosotros mismos y hacia los pacientes.

Invito a todas las compañeras Enfermeras a acercarse para conocer la importancia del PAE el cual nos proporciona la visión del paciente como un todo y no solo como un órgano enfermo, como un ser humano integral al cual debemos brindar cuidados de calidad y calidez.

GLOSARIO

Catéter: del latín catheter (sonda). Sonda de cualquier material que se introduce por la uretra o por cualquier orificio natural o artificial, para explorarlo o dilatarlo o para servir de guía y vehículo a otros instrumentos.

Cateterismo vesical: del latín catheter (sonda) y del latín visera (vejiga). Procedimiento en el cual se introduce una sonda por la uretra hasta la vejiga.

Circuncisión: del latín circuncidare de cicum (alrededor) y cedare (cortar). Cortar circularmente una porción del prepucio.

Cistitis: de cisto (vejiga) y el sufijo itis (inflamación). Inflamación de la vejiga.

Cultivo de orina: procedimiento por medio del cual la orina es vertida en medios específicos para cultivar en ellos los posibles gérmenes presentes.

Diálisis: del griego diálysis (disolución). Proceso por el cual pueden separarse unas moléculas de otras debido a las diferentes velocidades a las cuales difunden a través de una membrana. Se utiliza cuando hay falla renal severa.

Nefrólogo: experto en enfermedades del riñón.

Pielonefritis: de piel (pelvis renal), nefros (riñón) e itis (inflamación). Inflamación del riñón y su pelvis.

Punción suprapúbica: del latín punctio (penetrar). Introducción de una aguja en la vejiga por encima del pubis para obtener una muestra de orina.

Reflujo vésico-ureteral: paso de la orina de la vejiga a los uréteres.

Uréter: del griego ouretér. Conducto en forma de tubo que lleva la orina desde el riñón hasta la vejiga, con una longitud aproximada de 27 cm en el adulto.

Uretra: del latín uretra y del griego ourétra de ourein (orinar). Conducto membranoso desde la vejiga al exterior. Difiere en su forma y función en ambos sexos. La uretra masculina se extiende desde la vejiga hasta el extremo del pene

y mide en el hombre adulto unos 16 cm en promedio en la mujer adulta esta va desde la vejiga hasta el meato urinario y solo mide 4 cm en promedio.

Uretritis: inflamación aguda de la uretra.

Urólogo: experto en las enfermedades del aparato urinario y sus enfermedades.

Vejiga: del latín vesica. Órgano muscular y membranoso, a manera de bolsa, donde se deposita la orina agregada por los riñones.

Vejiga Neurogénica: se conoce como vejiga neurogénica a cualquier afección en el almacenamiento y/o en el vaciamiento urinario, que aparezca como consecuencia de una disfunción total o parcial del sistema neuromodulado de la vejiga y su tracto de salida, donde la corteza cerebral hasta unión neuromuscular.

BIBLIOGRAFIA

Colliere, Marie, Promover la Vida, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 3era edicion, Madrid 1995.230pp

García González, Ma. De Jesús, El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, 14edicion Editorial Progreso, México 1997 330 pp

Grinspun, Doris, Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico, XIII Reunión de Licenciados en Enfermería. ENEO / UNAM, México 1992,

Iyer, Patricia W, Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, Ed. McGraw-Hill Interamericana,5 edicion, México 1993,750pp

Kozier B. Erb G. Blais K., Conceptos y temas de la práctica de la Enfermería, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2ª Edición, México 1992, 654 pp

Kozier, Barbara, Enfermería Fundamental, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 4ª Edición, Tomo II, España 1998, 2ª Edición, México 1992,

Leddy, Susan et al, Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional, Filadelfia OPS 1992

Litler Manuel, Farmacología Experimental y Clínica Editorial El Ateneo, Argentina 1986, 7ª edición,1870 pp

M.J. Robinson, Pediatría Practica, Ed. Manual Moderno, México D.F., pp 928

Marriner, Ann, Modelos y Teorías en Enfermería, Barcelona, 1990.

Matthew Cahill, Tratamientos de Enfermería, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, Mexico D.F, 773 pp

Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva, Fundamentos de Enfermería, México 1999, Editorial El Manual Moderno

Smith, Dwell, Fundamentos de Enfermería I, 1990

Parker Anthony Catherine, Anatomía y Fisiología, Ed McGraw-Hill, Mexico 1983, 10ª Edición 724 pp

Wieck, Lynn, Eunice M.King y Marilyn Dyer, Técnicas de enfermería. Manual Ilustrado 3ª Edición, Ed. Mc Graw-Hill, Mexico 1988, 851 pp

Referencias Electrónicas

Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2003. Microsoft Corporation, 1993-2002.
es.msnusers.com/tanatologia

Farreras Rozman, Medicina Interna, Edición CD-ROM, 13a Edición.

Masso Guardia. Medicina Interna CD-ROM.

www.tanatologia.org.mx

ANEXOS

MEDICAMENTOS

Libertrim

Comprimidos 100 y 200 mg

Normalizador del tono y la motilidad gastroesofágica e intestinal.

Específico en el síndrome de colon irritable

(Trimebutina)

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Normorregulador del tono y la motilidad gastroesofágica e intestinal. Particularmente indicado en el síndrome de colon irritable (SCI), ya que alivia los síntomas característicos de este padecimiento: dolor abdominal, dispepsia, distensión abdominal, constipación y/o diarrea, meteorismo, flatulencia. También está indicado en padecimientos del tracto gastrointestinal (que cursan con alteraciones del tono y la motilidad) y de las vías biliares; dispepsia gástrica, pirosis; esofagitis, reflujo gastroesofágico; acalasia; pilorospasmo; colitis inespecífica, colitis nerviosa, colitis espasmódica, colopatías funcionales; hernia hiatal; diverticulosis, constipación crónica y duodenitis.

Tramacet

Tabletas

(Clorfenamina compuesta)

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: CORICIDIN® F Tabletas es un antihistamínico, analgésico y antipirético, que proporciona alivio de la congestión nasal y rinorrea.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA: El paracetamol se absorbe rápida y completamente a través del tracto gastrointestinal. Su concentración en plasma alcanza picos en 30 y 120 minutos después de haber sido administrado y su vida media en plasma es de 2 a 4 horas aproximadamente. Se metaboliza en el hígado y se excreta por la orina fundamentalmente en forma conjugada como glucurónidos y sulfato; menos del 5% se excreta en

forma inalterada. La vida media de eliminación es de 1-4 horas. A dosis terapéuticas, la unión a proteínas plasmáticas es escasa.

La cafeína es absorbida rápida y casi completamente, se metaboliza en gran parte por vía oral. Los metabolitos se excretan principalmente en la orina como ácido monodimetilúrico. La vida media de eliminación plasmática es de 3.5 horas aproximadamente.

La unión a proteínas plasmáticas es del 35%. Atraviesa la barrera placentaria y se ha identificado su presencia en algunos fetos.

La fenilefrina es un agonista selectivo alfa1. Se absorbe a través del tracto gastrointestinal, como efecto del primer paso, es metabolizado por la monoaminoxidasa, tanto a nivel intestinal como a nivel hepático. Los efectos farmacológicos de la fenilefrina causan gran vasoconstricción.

La clorfenamina es un antagonista H1, es absorbida en el tracto gastrointestinal. Seguida de la administración oral, las concentraciones pico son alcanzadas en 2 a 3 horas y tienen una duración de acción entre 4 a 6 horas.

El fármaco se distribuye en el organismo, incluyendo el SNC. La administración de la clorfenamina conjuntamente con los alimentos, disminuye considerablemente la biodisponibilidad de ésta.

Su absorción por vía oral es mayor al 80%, la vida media en plasma es de 15 horas aproximadamente, su volumen de distribución es de 1-10 l/kg y su unión a proteínas plasmáticas es del 69-72%. Es excretada sin cambios por la orina.

Acloral

Tabletas y solución inyectable

(Ranitidina)

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Antiulceroso.

En la profilaxis y tratamiento de la enfermedad ácido péptica, de la úlcera péptica y duodenal activa. En la hipersecreción gástrica asociada a neoplasia endocrina múltiple tipo 1. En el síndrome de Zollinger-Ellison. En la enfermedad

por reflujo gastroesofágico y el sangrado del tubo digestivo alto (secundario a úlcera gástrica o duodenal y/o gastritis hemorrágica).

Coadyuvante en el tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*, en asociación con antimicrobianos. Profilaxis de la broncoaspiración en cirugía y sus complicaciones (prevención del síndrome de Mendelson). En la prevención y tratamiento del sangrado de tubo digestivo superior inducido por estrés, especialmente en pacientes graves con cuidados intensivos.

Lasix

Tabletas y solución inyectable (Furosemida)

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Retención de líquidos asociada a insuficiencia cardiaca congestiva crónica, cuando se requiera tratamiento diurético.

Retención de líquidos asociada a insuficiencia cardiaca congestiva aguda.

Retención de líquidos asociada a insuficiencia renal crónica.

Conservación de la excreción de líquidos en insuficiencia renal aguda, incluyendo las debidas a embarazo o quemaduras.

Retención de líquidos asociada a síndrome nefrótico, cuando se requiera tratamiento diurético.

Retención de líquidos asociada a insuficiencia hepática, cuando se requiera tratamiento suplementario con antagonistas de la aldosterona.

Hipertensión, Crisis hipertensivas, Soporte de diuresis forzada.

Senokot

Tabletas masticables

(Senósidos)

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Laxante natural de origen vegetal, para el tratamiento de la constipación leve, provocada por malos hábitos alimentarios, falta de ejercicio e inadecuada ingesta de fibra natural.

Los laxantes también se encuentran indicados en los siguientes casos: Para aliviar el dolor de la evacuación en pacientes con heridas de episiotomía, hemorroides trombosadas, fisuras anales o abscesos perianales.

Para facilitar la eliminación y reducir el esfuerzo y presión intraabdominal excesivos en pacientes con hernias diafragmáticas o de la pared abdominal, estenosis ano-rectal, aneurisma y otras enfermedades de las arterias cerebrales y coronarias.

Para aliviar la constipación durante el embarazo y el posparto.

En pacientes geriátricos con una inadecuada ingesta de fibra y cuyas paredes abdominales y músculos perianales han perdido su tono.

En pacientes con severas enfermedades neuromusculares.

En niños con megacolon adquirido o congénito.

Cuando la motilidad intestinal ha sido alterada por otros medicamentos como anticolinérgicos u opioides.

Para prevenir o disminuir la absorción de amonio y otras neurotoxinas en pacientes con encefalopatía hepática.

Para preparar el intestino a procedimientos quirúrgicos o radiológicos.

Para proveer de una evacuación fresca para exámenes coproparasitológicos.

Para acelerar la excreción de diversos parásitos, incluyendo nemátodos después de una terapia antihelmíntica.

Para acelerar la excreción de venenos ingeridos por vía oral.

Para modificar las evacuaciones de pacientes con ileostomía o colostomía.

Este laxante es particularmente útil en pacientes con constipación aguda, en pacientes geriátricos con malos hábitos de alimentación o músculos abdominales débiles. Algunos estudios señalan la utilidad del sena para el tratamiento de la encopresis infantil.

Dolac

Tabletas y solución inyectable (Ketorolaco trometamina)

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Analgésico no narcótico. DOLAC® Tabletas y Solución inyectable está indicado para el tratamiento a corto plazo del dolor. Administrado oralmente, no se deberá exceder de 7 días. Cuando se administra por vía