

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2023-2024

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Gastrectomía total en paciente con
adenocarcinoma gástrico: a propósito de un
caso.**

Stefany Sofia Cahuaya Pancca

Directora: Berta García Fraguela

Junio, 2024

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUNA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ABREVIATURAS

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria

EDA: Endoscopia Digestiva Alta

EVA: Escala visual analógica

IAM: Infarto agudo de miocardio

IMC: Índice de masa corporal

IM: Intramuscular

IQ: Intervención quirúrgica

IV: Intravenosa

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

NP: Nutrición parenteral

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCE: Plan de cuidados estandarizado

QT: Quimioterapia

REGAT: Registro Gallego del Tumor

REA: Reanimación

SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica

TC: Tomografía Computarizada

USE: Ultrasonografía Endoscópica

VVP: Vía venosa periférica

HUAC: Hospital Universitario de A Coruña

PICC: Catéter Central de Inserción Periférica

UPP: Úlceras por presión

INDICE

RESUMEN	3
RESUME	4
RESUMO	5
1. INTRODUCCIÓN	6
DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA	6
ETIOLOGÍA.....	10
CLINICA	11
DIAGNÓSTICO	11
CLASIFICACIÓN Y ESTADIFICACIÓN	12
TRATAMIENTO	13
COMPLICACIONES.....	14
2. DESARROLLO	16
ÁMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO	16
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	16
INSTRUMENTOS PARA RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	16
2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO CLINICO	17
2.2 VALORACIÓN.....	18
3. PLAN DE CUIDADOS	22
3.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	22
3.2 COMPLICACIONES POTENCIALES	31
4. EVOLUCIÓN	34
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	38
6. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES	40
7. BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	44

RESUMEN

Introducción: El cáncer de estómago es uno de los tipos de cánceres más letales en sus últimas etapas y se encuentra entre las cinco enfermedades que causan mayor mortalidad a nivel mundial. Entre los métodos terapéuticos se encuentra la resección total del estómago por vía laparoscópica que se realiza sólo en determinados estadios del cáncer y siempre en aquellos pacientes que no presenten metástasis.

Objetivos: Elaborar un plan de cuidados individualizado para un paciente en el postoperatorio mediano en una unidad de hospitalización empleando la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Evaluar la eficacia de las intervenciones planificadas para conseguir los resultados esperados.

Desarrollo: Para desarrollar un plan de cuidados individualizado, se empleó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Durante la valoración de enfermería, se utilizó el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Posteriormente, se formularon los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA. A partir de estos diagnósticos, se establecieron los resultados esperados mediante la taxonomía NOC, y se diseñaron las intervenciones de enfermería utilizando la taxonomía NIC.

Discusión y conclusiones: la implementación de un plan de cuidados individualizado y el uso de taxonomías de lenguajes enfermeros contribuyeron al desarrollo integral del proceso enfermero y permitieron la evaluación de las intervenciones planificadas, así como su eficacia a través de los resultados obtenidos en los indicadores.

Palabras clave: Neoplasia gástrica, Estadificación de neoplasias, Diagnósticos enfermeros, Complicaciones postoperatorias, NANDA, NOC, NIC.

RESUME

Introduction: Stomach cancer is one of the most lethal types of cancer in its later stages and among the five diseases that cause the highest mortality worldwide. Among the therapeutic methods is total laparoscopic resection of the stomach, which is performed only in certain stages of cancer and always in those patients who do not present metastasis.

Objective: Develop an individualized care plan for a patient in the mid-postoperative period in a hospitalization unit using the NANDA-NOC-NIC taxonomy.

Evaluate the effectiveness of planned interventions to achieve the expected results.

Development: The Nursing Care Process (PAE) was used to develop an individualized care plan. During the nursing assessment, Virginia Henderson's 14 basic needs model was used. Subsequently, nursing diagnoses were formulated using the NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) taxonomy. Based on these diagnoses, the expected outcomes were established using the Nursing Outcomes Classification (NOC) taxonomy, and the nursing interventions were designed using the Nursing Interventions Classification (NIC) taxonomy.

Discussion and conclusions: The implementation of an individualized care plan and the use of nursing language taxonomies contributed to the comprehensive development of the nursing process and allowed the evaluation of the planned interventions as well as their effectiveness through the results obtained in the indicators.

Key words: "Stomach Neoplasms", "Neoplasm Staging", "Nursing Diagnoses" "Postoperative Complications", NANDA, NOC, NIC.

RESUMO

Introdución: O cancro de estómago é un dos tipos de cancros mais letais nas súas fases avanzadas e está entre as cinco enfermidades que causan maior mortalidade en todo o mundo. Entre os métodos terapéuticos está a resección laparoscópica total do estómago, que se realiza só en determinadas fases do cancro e sempre naqueles pacientes que non presentan metástase.

Obxectivos: Desenvolver un plan de atención individualizado para un paciente no postoperatorio medio nunha unidade de hospitalización utilizando a taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Avaliar a eficacia das intervencións planificadas para acadar os resultados esperados.

Desenvolvemento: Para desenvolver un plan de cuidados individualizado, empregouse o Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Durante a valoración de enfermmería, utilizouse o modelo das 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Posteriormente, formuláronse os diagnósticos de enfermmería utilizando a taxonomía NANDA. A partir destes diagnósticos, establecéronse os resultados esperados mediante a taxonomía NOC, e deseñáronse as intervencións de enfermmería utilizando a taxonomía NIC.

Discusión e conclusións: A implantación dun plan de atención individualizado e o uso de taxonomías da linguaxe de enfermmería contribuíron ao desenvolvemento integral do proceso de enfermmería e permitiu avaliar as intervencións planificadas así como a súa eficacia a través dos resultados obtidos nos indicadores.

Palabras chave: Neoplasia de estómago, Estadiaxe de neoplasias, Diagnósticos enfermeiros, Complicacións postoperatorias, NANDA, NOC, NIC.

1. INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

El **cáncer gástrico** es un término general con el que se denomina a cualquier tumor maligno que surge de las células de alguna de las capas de la pared del estómago.¹

Para comprender esta enfermedad, es importante tener conocimiento sobre la anatomía y el funcionamiento del estómago.

La pared del estómago consta de cinco estratos. La primera capa interna se denomina **mucosa**, donde se generan el ácido gástrico y las enzimas digestivas. La mayoría de los casos de cáncer gástrico tienen su origen en esta capa. La mucosa es seguida por una capa de soporte, la **submucosa**. La siguiente capa es la **muscular propia**, una capa de músculo grueso que facilita el movimiento y la mezcla de los contenidos estomacales. Las dos últimas capas, la **subserosa** y la más externa, la **serosa**, funcionan como capas protectoras que cubren el estómago.

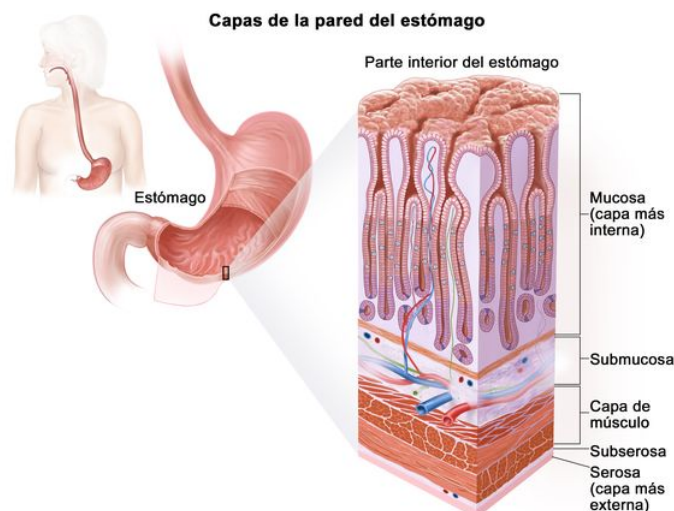


Figura 1: Capas de la pared del estómago.

Fuente: Adaptado de NIH. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER.

La mayoría de los cánceres gástricos se originan en la mucosa, siendo el adenocarcinoma el tipo histológico más frecuente (> 90% de los casos), un tumor de estirpe epitelial que se localiza principalmente en el antro pilórico, un 13% se forma en la curvatura menor, menos del 10% en la región cardial y un 6% se infiltra de forma difusa todo el estómago (linitis plástica).¹

Otros tipos histológicos de menor incidencia son los linfomas (origen hematológico), los sarcomas (origen en el tejido mesenquimal), los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), los tumores neuroendocrinos (origen en células endocrinas) y los melanomas (origen en los melanocitos).²

Entre los tipos de cáncer menos comunes se encuentran el carcinoma de células escamosas, carcinoma de células pequeñas y leiomioma.³

El cáncer gástrico suele desarrollarse lentamente a lo largo de muchos años. Antes de que se manifieste como un cáncer propiamente dicho suelen ocurrir cambios precancerosos en el revestimiento interno (mucosa) del estómago, que rara vez producen síntomas y pasan desapercibidos. Los tumores cancerosos que se originan en diferentes partes del estómago pueden presentar síntomas distintos, tener consecuencias variables y según la ubicación del cáncer puede variar las opciones de tratamiento.

A nivel mundial, el cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de mortalidad, con aproximadamente 9,9 millones de muertes en el año 2020, según los datos proporcionados por la International Agency for Research on Cancer (IARC). A nivel mundial se espera un incremento de la mortalidad por cáncer en los próximos años, estimándose en más de 16 millones en 2040. En España, se estima que la mortalidad por cáncer se incrementará de 113.000 casos en 2020 a más de 160.000 en 2040.

Según las estimaciones de Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) de 2022, el cáncer de estómago tuvo una incidencia de 968.784 casos y una mortalidad de 660.175, considerándose la quinta causa de muerte para ambos sexos.

En el año 2022, el cáncer de estómago representó el 4.9% del total de cánceres diagnosticados en el mundo y también fue la causa de aproximadamente un 6,8% del total de las muertes globalmente (Tabla 1).⁴

Tabla 1. Nuevos casos y muertes por 36 cánceres y todos los canceres combinados en 2022.

Sitio del cáncer	incidencia			mortalidad		
	Rango	Nuevos casos	% de todos los sitios	Rango	Muertes	% de todos los sitios
Pulmón	1	2.480.301	12.4	1	1.817.172	18,7
Seno femenino	2	2.308.897	11.6	4	665.684	6.9
Colorectum	3	1.926.118	9.6	2	903.859	9.3
Próstata	4	1.466.680	7.3	8	396.792	4.1
estómago	5	968.350	4.9	5	659.853	6.8
hígado	6	865.269	4.3	3	757.948	7.8
Tiroides	7	821.173	4.1	24	47.485	0,5
Uterino cervical	8	661.021	3.3	9	348.189	3.6
vejiga	9	613.791	3.1	13	220.349	2.3
Linfoma no Hodgkin	10	553.010	2.8	11	250.475	2,6
Esófago	11	510.716	2,6	7	445.129	4.6
Páncreas	12	510.566	2,6	6	467.005	4,8

Fuente: GLOBOCAN 2022

En Europa, se estima que se detectan 136.000 casos nuevos y 97.000 muertes por cáncer gástrico por año. ⁵

Los datos de mortalidad por cáncer en España en 2022 han sido de 464.417 con un incremento de 14.000 más que el año anterior. Si bien se ha producido un incremento numérico de muertes por cáncer, la mortalidad en España ha descendido en las últimas décadas, poniendo de manifiesto las mejoras en la supervivencia gracias a actividades preventivas, de diagnóstico precoz y los avances terapéuticos. ⁶

El Registro Gallego de Tumores (REGAT) ⁷ recoge datos de las defunciones por cáncer de estómago en todas las áreas sanitarias de Galicia (Tabla 2) con un total de 378 personas fallecidas en 2022 de las cuales un total de 152 eran mujeres y 226 hombres (la mayoría, mayores de 65 años) (Tabla 3).

Tabla 2. Número de defunciones por tumores de estómago, tasa bruta (TB) tasa ajustada (TA) por área sanitaria y sexo. Galicia, año 2021.

Área sanitaria	Defunciones en homes				Defunciones en mulleres			
	Nº	%	TB	TA	Nº	%	TB	TA
A Coruña	37	16,4	13,9	12,1	24	15,8	8,3	5,5
Santiago	32	14,2	14,9	12,7	26	17,1	11,3	6,5
Ferrol	10	4,4	11,1	8,5	11	7,2	11,3	6,0
Lugo	38	16,8	24,1	16,7	26	17,1	15,5	9,0
Ourense	36	15,9	24,6	16,5	19	12,5	12,0	5,4
Pontevedra	26	11,5	17,5	16,5	14	9,2	8,8	5,9
Vigo	47	20,8	17,2	16,6	32	21,1	10,9	7,7
Galicia	226	100,0	17,4	14,5	152	100,0	10,9	6,6

Fuente: REGAT

Tabla 3. Número de defunciones por tumores de estómago, tasa bruta (TB) y tasa ajustada (TA) por grupo de edad y sexo. Galicia, año 2021

Grupo de idade	Defunciones en homes				Defunciones en mulleres			
	Nº	%	TB	TA	Nº	%	TB	TA
0-14 anos	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
15-44 anos	2	0,9	0,5	0,3	2	1,3	0,5	0,4
45-64 anos	40	17,7	10,0	10,1	19	12,5	4,5	4,5
>=65 anos	184	81,4	61,9	59,8	131	86,2	33,0	27,0
Todas as idades	226	100,0	17,4	14,5	152	100,0	10,9	6,6

Fuente: REGAT

La mortalidad puede ser un mejor indicador de los avances terapéuticos que la supervivencia, ya que se ve menos afectada por algunos factores como los cambios en los programas de detección (si aumentan los casos detectados precozmente, aumenta la supervivencia y la incidencia, aunque no disminuya necesariamente la mortalidad).⁸

Los expertos calculan las estadísticas de la tasa de supervivencia relativa del cáncer de estómago cada 5 años.⁹

El cáncer de estómago es uno de los tumores malignos más letales. Si se detecta antes de que se haya extendido, la tasa de supervivencia a 5 años suele ser mayor, aunque depende del estadio del cáncer identificado durante la cirugía, siendo > 95% en el estadio 0 y va descendiendo a medida que aumenta el estadio. El estadio IV es el de menor tasa de supervivencia²

Las tasas de supervivencia del cáncer de estómago también varían en función de la edad, el estado de salud de la persona y la eficacia del plan de tratamiento.

El REGAT recoge la tasa de supervivencia en Galicia durante el periodo que abarca entre 2015-2019 con un porcentaje de 23,6% de supervivencia a los 5 años en hombres tras el diagnóstico y un 25,8% de supervivencia a los 5 años en mujeres desde su diagnóstico de cáncer.⁷

Tabla 4. Supervivencia observada y supervivencia relativa a tumores de estómago, por tiempo desde el diagnóstico y sexo, con intervalos de confianza del 95% (IC95%). Galicia, período 2015-2019

Tiempo desde diagnóstico	Supervivencia en hombres (%)			Supervivencia en mujeres (%)		
	Observada	Relativa	IC95%	Observada	Relativa	IC95%
1 año	47,9	49,7	47,3 - 52,1	47,7	49,3	46,3 - 52,2
2 años	35,2	37,9	35,5 - 40,3	34,1	36,3	33,5 - 39,2
3 años	30,0	34,2	31,8 - 36,6	29,0	31,9	29,1 - 34,8
4 años	26,7	32,5	30,0 - 35,1	27,2	30,9	28,0 - 33,8
5 años	23,6	31,1	28,5 - 33,9	25,8	31,9	28,8 - 35,1

Fuente: REGAT

ETIOLOGÍA

Hay algunos factores de riesgo bien establecidos para el cáncer de estómago: la infección por *Helicobacter pylori*, los factores dietéticos, el tabaco, la obesidad y la radiación. A mayores puede influir en su desarrollo:

- Edad y sexo: los hombres mayores de 60 años son más propensos a desarrollar este tipo de cáncer.
- Localización geográfica: algunas áreas presentan mayor incidencia.
- Antecedentes familiares: condiciones hereditarias como el cáncer gástrico difuso, el Síndrome de Lynch, la Poliposis Familiar, Síndrome de Li Fraumeni, Síndrome de Peutz-Jeghers o la mutación de BRCA1 y 2 pueden incrementar de 2 a 10 veces el riesgo de desarrollar un cáncer de este tipo.
- Lesiones premalignas: la gastritis atrófica o la metaplasia intestinal y cirugías previas pueden aumentar la probabilidad de desarrollar esta enfermedad.

Hasta la fecha, la forma más importante de prevenir el cáncer de estómago es la reducción de la exposición a los factores de riesgo, así como la detección temprana.¹⁰

CLINICA

Los pacientes con cáncer gástrico pueden permanecer *asintomáticos* o presentar diversos signos y síntomas. En muchos casos, no se presentan hasta fases avanzadas y el cáncer se detecta durante exámenes realizados por otras razones. Los *síntomas* habituales incluyen indigestión, pérdida de peso, dolor en la parte superior del abdomen, cambios en el ritmo intestinal, pérdida de apetito y hemorragias que se presentan como anemia, hematemesis, melenas o pérdidas de sangre ocultas en heces. También pueden presentarse náuseas, vómitos, sensación de saciedad temprana (por falta de distensión de la pared gástrica) y fatiga.

Los tumores en el cardias pueden causar ardor retroesternal y disfagia, mientras que los tumores en el estómago distal pueden provocar obstrucción del píloro y vómitos. Durante la exploración física, se pueden detectar signos como nódulos o masas duras en el abdomen, organomegalias, ascitis y adenopatías en el cuello o axilas.¹¹

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del cáncer gástrico incluye: la historia clínica, la exploración física, análisis, endoscopia y pruebas de imagen.

La endoscopia digestiva alta (EDA) con biopsia es la técnica principal para diagnosticar el cáncer gástrico, permitiendo localizar la lesión y confirmar el adenocarcinoma. La ultrasonografía endoscópica (USE) combina endoscopia y ultrasonidos, útil para diagnosticar la linitis plástica (tipo de carcinoma gástrico) cuando las biopsias son negativas, al mostrar el engrosamiento de las capas más profundas del estómago.

La Tomografía Computarizada (TC) de tórax y abdomen de alta resolución, es la principal herramienta para detectar metástasis a distancia, afectación linfática e infiltración de órganos cercanos.¹²

CLASIFICACIÓN Y ESTADIFICACIÓN

En el desarrollo del cáncer de estómago pueden diferenciarse varias etapas o estadios, con diagnóstico y tratamiento diferenciados. Para determinar la etapa (extensión) del cáncer, el pronóstico, y las opciones de tratamiento de cada persona se evalúa el grado de infiltración del cáncer en las distintas capas de la pared del estómago.

La clasificación más ampliamente utilizada es la TNM del *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*, 8ª edición, que describe el tamaño y la extensión del tumor en la pared del estómago por las siglas TNM ¹³ que significan:

- Tumor (T): se clasifica con letras o números (de 0 a 4) según su tamaño. Se mide en centímetros. Se dividen en estadios más detallados, desde TX (no se puede evaluar) hasta T4b (tumor que ha crecido en los órganos cercanos).
- Ganglio (N): la "N" indica si el cáncer ha afectado los ganglios linfáticos. Se divide en estadios según la cantidad de ganglios afectados. Desde NX (no se puede evaluar) hasta N3b (cáncer que se ha diseminado a 16 o más ganglios linfáticos regionales).
- Metástasis (M): la "M" indica si el cáncer se ha diseminado a otras áreas del cuerpo. Se clasifica como M0 (sin metástasis) o M1 (con metástasis).

Tabla 5. Escala de estadificación TNM para el cáncer gástrico

TUMOR PRIMARIO (T)	
TX:	No se puede evaluar el tumor primario.
T0	No hay evidencia de tumor primario en el estómago.
Tis	Carcinoma in situ. El cáncer se encuentra solo en las células de la superficie del revestimiento interno del estómago.
T1	El tumor ha crecido en la lámina propia, la lámina muscular de la mucosa o la submucosa.
T1a	El tumor ha crecido en la lámina propia o la lámina muscular de la mucosa.
T1b	El tumor ha crecido en la submucosa.
T2	El tumor ha crecido en la lámina muscular propia.
T3	El tumor ha crecido a través de todas las capas musculares hasta el tejido conectivo fuera del estómago, sin afectar la serosa.
T4	El tumor invade serosa y peritoneo
T4a	El tumor ha crecido en la serosa.
T4b	El tumor ha crecido en los órganos que rodean al estómago.
NÓDULOS LINFÁTICOS REGIONALES (N)	
Nx	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.
N0	El cáncer no se diseminó a los ganglios linfáticos regionales.
N1	El cáncer se diseminó a 1 o 2 ganglios linfáticos regionales.
N2	El cáncer se diseminó a entre 3 y 6 ganglios linfáticos regionales.
N3	El cáncer se diseminó a 7 o más ganglios linfáticos regionales.
N3a	El cáncer se diseminó a entre 7 y 15 ganglios linfáticos regionales.
N3b	El cáncer se diseminó a 16 o más ganglios linfáticos regionales.
METÁSTASIS A DISTANCIA (M)	
Mx	No se puede evaluar la metástasis distante.
M0	El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
M1	El cáncer se ha diseminado a otra u otras partes del cuerpo.

En función del T, N y M se definen los siguientes estadios:

- **Estadio 0 o carcinoma in situ:** es la etapa más temprana del cáncer. Se localiza en la parte más superficial de la mucosa, y no infiltra las otras capas del estómago, no invade los ganglios regionales ni produce metástasis a distancia.
- **Estadio I:** el tumor invade la capa más profunda de la mucosa (lámina propia) o la submucosa sin afectación de ganglios linfáticos (estadio IA) o con afectación de 1 a 6 ganglios (IB), o invade la capa muscular o la subserosa sin afectación ganglionar (IB). No hay metástasis a distancia.
- **Estadio II y Estadio III:** son etapas intermedias. Para establecer estos estadios, se tienen en consideración tanto el nivel de afectación de la pared gástrica como el número de ganglios afectados por el tumor.
- **Estadio IV:** es la etapa más avanzada y con un peor pronóstico. Existe metástasis a distancia en hígado, pulmón, huesos, ovarios, ganglios alejados del estómago, etc. ¹⁴

TRATAMIENTO

Entre los principales tipos de tratamiento del cáncer gástrico se incluyen la resección endoscópica de la mucosa, la cirugía, la quimioterapia, terapias dirigidas, la inmunoterapia y la radioterapia. Las opciones quirúrgicas para el cáncer gástrico son principalmente la gastrectomía subtotal o total. ¹⁵

Resección endoscópica de la mucosa (REM): indicado para cánceres iniciales, consiste en la extirpación del tumor mediante gastroscopia.

La cirugía es un tratamiento habitual para el cáncer de estómago. El tipo de cirugía vendrá determinado por el lugar donde se encuentra el cáncer.

Gastrectomía: se extirpa todo el estómago o parte de este y es el principal tratamiento para este tipo de cáncer.

- **Gastrectomía subtotal:** procedimiento en el que se extirpa la parte del estómago que tiene cáncer, los ganglios linfáticos cercanos y partes de otros tejidos y órganos cercanos al tumor.
- **Gastrectomía total:** procedimiento en el que se extirpa todo el estómago, los ganglios linfáticos cercanos y partes del esófago, el intestino delgado y otros tejidos cercanos al tumor. Puede extirparse el bazo.

Durante la cirugía se une el esófago con el intestino delgado mediante una esófago-yeyuno anastomosis y la técnica de elección es la Y de Roux¹⁶ para que pueda comer y tragar.

Quimioterapia: se emplea con mucha frecuencia en el cáncer gástrico y puede hacerse como una terapia complementaria a la cirugía con el fin de interrumpir la formación de células cancerosas. En los estadios IB-III, para reducir el riesgo de recidiva y así aumentar la supervivencia, se utiliza la quimioterapia perioperatoria, pre o postoperatoria.

Terapias dirigidas: fármacos con actividad dirigida contra dianas celulares que intervienen en el proceso del cáncer.

Inmunoterapia: cuya finalidad es ayudar al sistema inmunitario a combatir el cáncer, potenciando las vías naturales del cuerpo para eliminar las células malignas.

Radioterapia: aplicación de radiaciones ionizantes en una zona determinada del cuerpo como tratamiento complementario a la cirugía o para aliviar los síntomas que ocasiona la enfermedad.¹⁷

COMPLICACIONES

Las complicaciones de la gastrectomía total son múltiples, tanto a corto como largo plazo. Algunas de las complicaciones postquirúrgicas se pueden relacionar con aspectos físicos y/o emocionales preoperatorios que conllevan a: absceso intraabdominal, infección de la herida o seroma, fugas anastomóticas, molestias gastrointestinales, agotamiento y alteración laboral. Tras la intervención podrían presentarse infección del sitio quirúrgico, dehiscencia de la herida, íleo posoperatorio, neumonía, infección del tracto urinario, hemorragia intraabdominal, náuseas, vómitos, diarrea y distensión abdominal.¹⁸

La esófago-yeyunostomía en Y de Roux que se realiza tras una gastrectomía total para restablecer el tránsito intestinal puede provocar la formación de fístulas de la anastomosis esofagoyeyunal, que pueden poner en peligro la vida.¹⁹

Los síntomas y signos crónicos postoperatorios, que resultan de los cambios anatómicos y funcionales tras la gastrectomía total, se conocen como “síndromes postgastrectomía”. Así, se pueden agrupar las complicaciones en 3 grupos: relacionadas con la anastomosis, relacionadas con la motilidad gástrica y secuelas nutricionales y metabólicas.²⁰

Como resultado de la gastrectomía se dificulta la ingesta de alimentos. Los pacientes con cáncer gástrico experimentan pérdida de apetito y están predominantemente en riesgo de pérdida de peso corporal que conduce a la desnutrición. La desnutrición es un estado subagudo o crónico en el que una combinación de diversos grados de desnutrición e inflamación conduce a un cambio en la composición corporal y a una función disminuida.²¹

1.1 JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Asociación Americana de Oncología (ASCO) a nivel mundial el cáncer de estómago es el 5º cáncer más frecuente y el 3º en términos de mortalidad.²

La razón que condujo al diseño de un plan de cuidados individualizado para un paciente intervenido de una gastrectomía total por vía laparoscópica fue el contacto diario y la aplicación de los cuidados según el protocolo establecido en la unidad de hospitalización de Cirugía General, durante mi período de prácticas. Después de tratar con varios pacientes que tenían la misma condición, surgió mi interés en realizar una investigación exhaustiva sobre la enfermedad para realizar un plan de cuidados de un caso específico tratado en el HUAC.

1.2 OBJETIVOS

El objetivo principal es el desarrollo de un plan de cuidados mediante la aplicación de las taxonomías NANDA, NOC, NIC para prestar los cuidados enfermeros necesarios. A través de este plan de cuidados, mi objetivo también es demostrar la importancia de individualizar los cuidados y evaluar la eficacia de las intervenciones planteadas en la evolución postoperatoria del paciente.

2. DESARROLLO

ÁMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO

El estudio se ha llevado a cabo durante la rotación en la unidad quirúrgica del Hospital Universitario de A Coruña de la 10ª planta: Cirugía General B. Su elaboración se realizó desde febrero hasta mayo del año 2024.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo de este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cinahl y Dialnet con los términos de búsqueda fueron: "cáncer gástrico", "gastrectomía total", "complicaciones postoperatorias de cancer gástrico", "diagnósticos enfermeros", "plan de cuidados"; revistas electrónicas, y también en el buscador especializado Google Scholar, consultando páginas web, guías de práctica clínica, artículos de revistas y estudios de investigación.

INSTRUMENTOS PARA RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La información recogida se obtuvo mediante la entrevista clínica de enfermería desde el momento del ingreso del paciente en la unidad de hospitalización y tras su regreso a la unidad una vez realizada la intervención quirúrgica.

Para la recolección de información más detallada de su diagnóstico y seguimiento se accedió a la historia clínica (IANUS) y los registros de cuidados (GACELA).

El plan de cuidados de enfermería corresponde a la estancia del paciente en el servicio de cirugía. La valoración se hizo según el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Esto permitió obtener información de todas las dimensiones del ser humano: social, familiar, física, psicológica y espiritual. Tras identificar los problemas, riesgos y complicaciones se han formulado los diagnósticos de enfermería (DdE) y complicaciones potenciales (CP). Finalmente, se evaluaron los resultados usando la Escala Likert, que evalúa el estado del indicador con una escala de puntuación de 5 puntos, que va de menos a más deseable. Esta escala proporciona una puntuación en un punto específico en el tiempo.

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO CLINICO

Paciente masculino de 76 años que ingresa el 18/03/2024 en la unidad de Cirugía General B para ser intervenido de una gastrectomía total, el día 20 de marzo por diagnóstico médico de cáncer gástrico con quimioterapia (QMt) coadyuvante.

Antecedentes médicos:

- No alergias medicamentosas conocidas (AMC)
- No hábitos tóxicos.
- Insuficiencia cardiaca crónica: hasta noviembre de 2023 estuvo con terapia doblemente antiagregada (DAPT) con AAS y Ticagrelor. Desde entonces monoterapia con ácido acetilsalicílico (AAS).
- Paciente de alto riesgo isquémico
- Diverticulosis colónica
- Quiste renal derecho de categoría 4 de Bosniak

Antecedentes quirúrgico-anestésicos:

- Colectomía laparoscópica por cólicos biliares de repetición.

Tratamiento habitual:

- Acido acetilsalicílico (Adiro) 100 mg comprimido c/24 horas 0-1-0
- Atorvastatina 40 mg comprimido: 0-0-1
- Bisoprolol 2,5 mg comprimido: 1-0-0
- Lorazepam 1 mg comprimido: 0-0-1
- Tamsulosina 0,4 mg capsula 1-0-0
- Cafinitrina a demanda

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico subcardial cT3N0M0, QMt coadyuvante.

A su llegada a la unidad: consciente, orientado y colaborador (COC). Buen estado general, independiente para las ABVD antes del ingreso y doble

continente. Comenta que su patrón de eliminación es de 2 deposiciones al día. Lleva 15 días con suplementos proteicos y dieta generalmente líquida.

Porta una PICC en MSD con realización de curas cada 15 días en su centro de salud.

Tiende a la hipotensión sistólica, afebril y en general constantes en rango.

Llega acompañado de su mujer. Se realiza protocolo de acogida. Se coloca pulsera identificativa.

El paciente fue valorado por el servicio de cardiología por referir dolor torácico en los últimos meses y para prevenir complicaciones en vistas a cirugía de alto/medio riesgo. Por lo tanto, el día previo a la cirugía se realiza EKG, se extraen muestras de sangre para evaluación de troponinas y banco de sangre.

Siguiendo el protocolo de la unidad de cirugía general, el día anterior a la cirugía toma dieta blanda, se pide dieta líquida a la cena y pasa a dieta absoluta desde las 20.00 horas para quirófano del día siguiente a primera hora.

El día de la intervención se le indica como realizarse el aseo corporal con una solución antiséptica como clorhexidina al 4 % jabonosa con el objetivo de reducir el riesgo de infección por herida quirúrgica (IHQ).²²

Además, se administra la premedicación pautaada: omeprazol, metilprednisolona y se coloca bata verde, gorro y medias compresivas para quirófano.

2.2 VALORACIÓN

Valoración de las necesidades según el modelo Virginia Henderson

Tras la intervención quirúrgica de gastrectomía total con anastomosis esófago-yeyunal en Y de Roux, el paciente llega a la unidad de Cirugía General procedente de reanimación pasadas 24 h de la intervención. Se realiza protocolo de acogida y se lleva a cabo una valoración exhaustiva según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson:

1. Necesidad de oxigenación: Independiente

- Saturación de oxígeno (O₂): 96% con gafas nasales (GN) a 2L.
- Frecuencia cardíaca (FC): 73 ppm.
- PAS: 90 mmHg, PAD: 61 mmHg

2. Necesidad de alimentación: Dependiente

- Peso: 78 kg, Talla: 169 cm, IMC: 27.3 (Sobrepeso)
- No utiliza prótesis dentales
- Sin intolerancias alimentarias.
- Dieta absoluta al ingreso con sueroterapia IV: suero glucohiposalino de 500ml con 6 U de insulina de acción rápida. Según datos de la Unidad de Reanimación: hiperglucémico en el postoperatorio inmediato.
- Presenta boca seca al ingreso. No presenta náuseas.

3. Necesidad de eliminación: Dependiente

- Patrón habitual de eliminación: 2 deposiciones al día de consistencia normal.
- Porta una sonda vesical 14 Fr a bolsa, permeable con orina clara con 250 ml de orina al ingreso.
- Porta un drenaje tipo Blake con reservorio a pera con escaso contenido serohemático.

4. Necesidad de movimiento: Independiente

- Se mantiene reposo absoluto al ingreso contando 24 h desde su salida de quirófano. Refiere no presentar limitaciones de su movilidad.
- Tensión arterial sistólica de 90 mmHg y diastólica de 61 mmHg.
- Escala de Braden: 17: bajo riesgo de presentar una úlcera por presión (UPP) (ANEXO I)
- Riesgo de caídas: Riesgo moderado (ANEXO II)
- Escala de Barthel: 55 puntos: Independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). (ANEXO III)

5. Necesidad de sueño y descanso → Dependiente

- Refiere dormir alrededor de 8 horas. Requiere medicación para dormir por las molestias y dolor en la zona de la herida quirúrgica.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse: *Parcialmente dependiente*

- Se le proporciona camisón adecuado a su complexión.
- Se viste con ayuda.
- Requiere de ayuda para desvestirse por molestias en la herida quirúrgica y miedo de tirar de los drenajes.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal: *Independiente*

- T°: 35,8° °C. Afebril al ingreso.
- Precisa de una manta a mayores al ingreso por sensación de frío.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel: *Dependiente*

- El aseo se realiza en cama debido al reposo prescrito.
- Apósitos de herida quirúrgica limpios y sin evidencia de sangrado al ingreso. No se levantan hasta 48h después de habersele realizado la cura en el quirófano.
- Buena hidratación y coloración de piel y mucosas.

9. Necesidad de evitar peligros → *Dependiente*

- No presenta alergias medicamentosas conocidas.
- Ingresa con una PICC de una luz en el MSD para la quimioterapia y refiere que le realizan la cura de la misma cada 15 días en su centro de salud. En el hospital se sigue el protocolo de curas cada 7 días y se le realiza un día antes de su intervención en el quirófano.
- No presenta hábitos tóxicos.
- Tratamiento farmacológico post intervención quirúrgica:
 - Dieta absoluta
 - Suero Glucohiposalino 1000ml/24h
 - Pauta analgésica:
 - Paracetamol 1g/6h IV.
 - Dexketoprofeno 25 mg/8h IV.

- Analgésico de rescate en necesidad extrema: Cloruro mórfico.
 - Piperacilina 4gr./24h vía intravenosa
 - Omeprazol 10mg/24h IV.
 - Enoxaparina 40mg/24h
 - Oxígeno. Gafas nasales a 2 litros por minuto si Sat O2 < 92%.
- Escala EVA: 2, Dolor leve-moderado en zona de herida quirúrgica controlado con analgesia. (ANEXO IV)

10. Necesidad de comunicación → Independiente

- Está en constante compañía de su mujer.
- Llega acompañado de su mujer y recibe visitas de amistades e hijos y siempre se muestra muy agradecido y en su presencia no se queja de ningún dolor.

11. Necesidad de valores y creencias

- Sin datos relevantes

12. Necesidad de trabajar -> Independiente

- Jubilado desde hace 7 años, ejercía de taxista.
- Vive con su esposa.
- Padre de dos varones.

13. Necesidad de recreo → Independiente

- Salía a caminar cada día 2 km.
- Le gusta leer el periódico y revistas.

14. Necesidad de aprender → Independiente

- Muestra interés sobre la evolución de la enfermedad y su recuperación.
- Está pendiente de la medicación que toma y el tratamiento durante la hospitalización. Sigue todas las indicaciones relacionadas con su

autocuidado y las recomendaciones pautadas con ayuda de su mujer. La esposa está pendiente de él colaborando siempre en los cuidados de su marido.

3. PLAN DE CUIDADOS

Se realizó un plan de cuidados abarcando el tiempo de hospitalización desde el ingreso del paciente de REA, considerando todos los datos de la valoración incluyendo los antecedentes médicos del paciente.

En el plan de cuidados se han incluido los diagnósticos enfermeros como problemas independientes de enfermería y como problemas de colaboración se incluyeron complicaciones potenciales.

3.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Para cubrir las necesidades básicas del paciente en las que resulta dependiente, los diagnósticos de enfermería que se plantean según la taxonomía NANDA²³ son los siguientes:

1. **[00246] *Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica r/c*** procedimiento quirúrgico extenso.
 - **NOC: [2305] Recuperación quirúrgica: convalecencia**
 - **NIC: [6650] Vigilancia**
 - **NIC: [3590] Vigilancia de la piel**
 - **NIC: [1876] Cuidados del catéter urinario**
 - **NIC: [4220] Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC)**
 - **NIC: [0430] Control intestinal**
 - **NIC: [2120] Manejo de la hiperglucemia**
 - **NIC: [2130] Manejo de la hipoglucemia**
 - **NIC: [3440] Cuidados del sitio de incisión**
 - **NIC: [6486] Manejo ambiental: seguridad.**
 - **NIC: [1800] Ayuda con el autocuidado**
 - **NIC: [1410] Manejo del dolor: agudo**
 - **NIC: [2080] Manejo de líquidos/electrolitos**

- **NIC: [1100] Manejo de la nutrición**
 - **NIC: [1200] Administración de nutrición parenteral total (npt)**
2. **[00004] Riesgo de infección r/c** procesos invasivos (vía venosa periférica, PICC y sonda vesical).
 3. **[00015] Riesgo de estreñimiento r/c** inmovilidad por indicación de reposo.
 4. **[00132] Dolor agudo r/c** intervención quirúrgica m/p expresión de dolor ocasional.
 5. **[00303] Riesgo de caídas r/c** condiciones postoperatorias.
 6. **[00293] Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p** expresión de deseo de controlar la medicación

Se plantea el diagnóstico de "*Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica*" como diagnóstico prioritario ya que nos permite abordar varios diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales que están presentes en los pacientes intervenidos quirúrgicamente, mediante la formulación del resultado esperado NOC: Recuperación quirúrgica: convalecencia, y que sino deberían de ser incluidos de forma individual. Entre algunos de ellos podemos mencionar el "*Riesgo de infección*", "*Riesgo de estreñimiento*", "*Riesgo de caídas*" y "*Dolor agudo*". En cuanto a las complicaciones potenciales sobre las que podemos evaluar los resultados desde este NOC se encuentran la "*CP: Hiperglucemia*", "*CP: Hipoglucemia*", "*CP: Infección de la herida quirúrgica*" y "*CP: Íleo paralítico*".

Así mismo en este caso en particular nos ha permitido vigilar con los indicadores planteados la complicación potencial de *IAM* (por los antecedentes de infarto del paciente y síntomas recientes).

Además, se planteó el diagnóstico de promoción de la salud "*Disposición para mejorar la autogestión de la salud*" debido a la constante implicación del paciente y de su familia en colaborar en el seguimiento del cuidado y en el proceso de recuperación gradual durante la hospitalización. El objetivo de este enfoque es promover tanto la recuperación durante la estancia hospitalaria como en los cuidados en el proceso de recuperación al alta, en su domicilio.

Tabla 6.**1. [00246] Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico extenso.**

Definición: Grado en que una persona alcanza la función fisiológica, psicológica y del rol después del alta desde la unidad de reanimación posquirúrgica hasta la última visita clínica después de la operación.

NOC: [2304] Recuperación quirúrgica: convalecencia

Indicadores:	Evaluación al ingreso	Evaluación diana	Evaluación al alta
[230401] Presión arterial sistólica ¹	3	4	4
[230402] Presión arterial diastólica ¹	3	5	5
[230403] Estabilidad hemodinámica	3	5	5
[230404] Temperatura corporal ¹	5	5	5
[230405] Frecuencia del pulso radial ¹	5	5	5
[230406] Frecuencia respiratoria ¹	3	5	5
[230409] Diuresis ¹	4	5	5
[230410] Ruidos intestinales ¹	4	5	5
[230411] Evacuación intestinal ¹	4	5	5
[230412] Equilibrio electrolítico ¹	4	5	5
[230413] Ingesta de líquidos ¹	1	5	5
[230416] Nivel de glucemia ¹	3	5	5
[230417] Integridad tisular ¹	3	5	5
[230419] Curación de la herida ¹	2	5	5
[230420] Ambulación ¹	1	5	5
[230423] Sueño ¹	5	5	5
[230428] Realización de actividades de autocuidado ¹	2	5	5
[230433] Dolor ²	3	5	5
[230434] Drenado en el apósito ²	5	5	5
[230435] Drenado en el drenaje	2	5	5

[240436] Infección de la herida²	5	5	5
[240437] Dehiscencia de la herida²	5	5	5
[240440] Náusea²	5	5	5
[230441] Vómitos²	5	5	5
[230442] Íleo paralítico²	5	5	5
[240443] Estreñimiento²	5	5	5
Puntuación¹: 1- Desviación grave del rango normal-, 2- Desviación sustancial del rango normal, 3- Desviación moderada del rango normal, 4- Desviación leve del rango normal, 5- Sin desviación del rango normal. Puntuación²: 1- Grave -, 2- Sustancial, 3- Moderado, 4- Leve, 5- Ninguno.			
NIC: [3590] Vigilancia de la piel			
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas</i> • <i>Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.</i> • <i>Vigilar el color y la temperatura de la piel.</i> • <i>Observar si hay erupciones</i> 			
NIC: [1876] Cuidados del catéter urinario			
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.</i> • <i>Observar las características del líquido drenado.</i> • <i>Observar si hay distensión vesical.</i> • <i>Asegurarse de retirar el catéter en cuanto esté indicado por el estado del paciente.</i> • <i>Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados adecuados del catéter.</i> 			

NIC: [4220] Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC)

Actividades:

- *Observar si hay signos de flebitis (p. ej., dolor, enrojecimiento, piel caliente, edema).*
- *Utilizar una técnica estéril para cambiar el apósito del sitio de inserción, de acuerdo con el protocolo del centro.*
- *Irrigar la vía después de cada uso con una solución adecuada, según el protocolo del centro.*
- *Enseñar al paciente a informar si hay signos de infección (p. ej., fiebre, escalofríos, drenaje en el sitio de introducción).*
- *Mantener las precauciones universales.*

NIC: [6486] Manejo ambiental: seguridad.

Actividad:

- *Identificar las necesidades de seguridad del paciente según el nivel físico, la función cognitiva y el historial de conducta.*
- *Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.*
- *Utilizar dispositivos de protección (restricción física, barandillas, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas.*

NIC: [1410] Manejo del dolor: agudo

Actividades:

- *Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.*
- *Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p. ej., tos y respiración profunda, deambulación, transferencia a una silla).*
- *Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.*
- *Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario.*
- *Usar analgésicos combinados, si el nivel de dolor es intenso.*
- *Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente (p. ej., farmacológicos, no*

farmacológicos, interpersonales) para facilitar el alivio del dolor, según corresponda.

- *Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento.*
- *Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.*

NIC: [6650] Vigilancia

Actividades:

- *Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda.*
- *Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud.*
- *Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata (p. ej., alteraciones de los signos vitales, frecuencia cardíaca elevada o disminuida, presión arterial elevada o disminuida, disnea, baja saturación de oxígeno a pesar de aumentar su aporte, alteración del nivel de consciencia, crisis comiciales repetidas o prolongadas, dolor torácico, cambios agudos del estado mental, o sensación del personal de enfermería o del paciente de que «algo va mal»).*
- *Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado.*
- *Monitorizar los signos vitales, según corresponda.*
- *Controlar los cambios de los patrones de sueño.*
- *Vigilar la oxigenación y poner en marcha las medidas que promuevan una oxigenación adecuada de los órganos vitales.*
- *Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico.*

NIC: [2120] Manejo de la hiperglucemia

Actividades:

- *Vigilar la glucemia, si está indicado*
- *Administrar insulina, según prescripción.*
- *Identificar las causas posibles de la hiperglucemia*
- *Instruir al paciente y sus allegados en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.*

NIC: [2130] Manejo de la hipoglucemia

Actividades:

- *Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia*
- *Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia.*

- *Vigilar la glucemia, si está indicado.*
- *Administrar glucagón, según corresponda*
- *Administrar glucosa i.v., si está indicado.*

NIC: [3440] Cuidados del sitio de incisión

Actividades:

- *Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.*
- *Observar las características de cualquier drenaje.*
- *Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.*
- *Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.*
- *Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia.*
- *Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.*
- *Limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje o tubo con drenaje en último lugar.*
- *Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje.*
- *Aplicar bandas adhesivas de cierre, según corresponda.*
- *Retirar las suturas, grapas o clips si está indicado.*
- *Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.*
- *Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.*

NIC: [1800] Ayuda con el autocuidado

Actividades:

- *Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.*
- *Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.*
- *Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.*
- *Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.*
- *Establecer una rutina de actividades de autocuidado.*

NIC: [0430] Control intestinal

Actividades:

- *Anotar la fecha de la última defecación.*
- *Monitorizar los sonidos intestinales.*
- *Informar si hay disminución de los sonidos intestinales*
- *Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.*

NIC: [2080] Manejo de líquidos/electrolitos

Actividades:

- *Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial).*
- *Administrar líquidos, si está indicado.*
- *Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos orales según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno.*
- *Asegurarse de que la solución i.v. que contenga electrólitos se administra a un ritmo constante, según corresponda.*
- *Llevar un registro preciso de entradas y salidas.*
- *Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.*
- *Vigilar los signos vitales, según corresponda.*
- *Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).*
- *Informar al paciente y la familia sobre el fundamento de las restricciones de líquidos, las medidas de hidratación o la administración suplementaria de electrólitos, según corresponda.*

NIC: [1100] Manejo de la nutrición

Actividades:

- *Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.*
- *Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.*
- *Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias (p. ej., dieta absoluta, dieta con líquidos claros, dieta líquida completa, dieta blanda, o dieta que se tolere), según se precise.*
- *Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad.*
- *Derivar al paciente a los servicios necesarios.*

NIC: [1200] Administración de nutrición parenteral total (npt)

Actividades:

- *Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT.*
- *Realizar un cuidado aséptico y meticuloso con regularidad del catéter venoso central, sobre todo de su sitio de salida, para asegurar un uso prolongado, seguro y sin complicaciones.*
- *Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones de NPT*
- *Mantener un flujo constante de la solución de NPT.*

Tabla 7.

2. DdE: [00293] Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p expresión de deseo de mejorar la implicación en el seguimiento del cuidado.

Definición: Patrón de gestión satisfactoria de los síntomas, tratamiento, consecuencias físicas, psíquicas y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica, que puede ser reforzado.

NOC: [1813] Conocimiento: régimen terapéutico

Indicadores:	Evaluación al ingreso	Evaluación diana	Evaluación final
[181301] Beneficios del tratamiento	1	5	5
[181304] Efectos esperados del tratamiento	1	5	5
[181305] Dieta prescrita	1	5	5
[181306] Régimen de medicación prescrita	1	5	5
[181307] Actividad física prescrita	4	5	5
[181308] Ejercicio prescrito	3	5	5
[181309] Procedimientos prescritos	1	5	5
[181310] Proceso de la enfermedad	3	4	4
[181316] Beneficios del control de la enfermedad	3	5	5

Puntuación: 1- Ningún conocimiento; 2- Conocimiento escaso; 3- Conocimiento moderado; 4- Conocimiento sustancial; 5- Conocimiento extenso.

NIC: [5602] Enseñanza: proceso de la enfermedad

Actividades:

- *Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.*
- *Identificar cambios en el estado físico del paciente.*
- *Proporcionar información a la familia/allegados acerca de los progresos del paciente, según proceda.*
- *Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.*
- *Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.*
- *Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, según corresponda.*
- *Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.*

NIC: [5614] Enseñanza: dieta prescrita

Actividades:

- *Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.*
- *Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.*
- *Indicar al paciente el nombre propio de la dieta prescrita.*
- *Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.*
- *Informar al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta.*
- *Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo sanitario, según corresponda.*
- *Incluir a la familia, si procede.*

3.2 COMPLICACIONES POTENCIALES

1. CP: Hemorragia

- **NOC: [0413] Severidad de la pérdida de sangre**
- **NIC: [4010] Prevención de hemorragias**

2. CP: Tromboembolismo venoso

- **NOC: [1932] Control del riesgo: trombos.**
- **NIC: [4110] Precauciones en el embolismo**

- 3. CP: Recurrencia de IAM
 - *NIC: [6650] Vigilancia*
 - 4. CP: Hipoglucemia
 - *NIC: [2130] Manejo de la hipoglucemia*
 - 5. CP: Hiperglucemia
 - *NIC: [2120] Manejo de la hiperglucemia*
 - 6. CP: Infección de la herida quirúrgica
 - *NIC: Cuidados del sitio de incisión*
 - 7. CP: Íleo paralítico
 - *NIC: [0430] Control intestinal*
- NOC: [2305]
Recuperación
quirúrgica:
convalecencia**

Tabla 8.			
CP: HEMORRAGIA			
NOC: [0413] Severidad de la pérdida de sangre			
Indicadores:	Evaluación al ingreso	Evaluación diana	Evaluación al alta
[41301] Pérdida sanguínea visible	3	5	5
[41302] Hematuria	5	5	5
[41305] Hematemesis	5	5	5
[41306] Distensión abdominal	3	5	5
[41308] Hemorragia postoperatoria	5	5	5
[41309] Disminución de la presión arterial sistólica	3	5	5
[41310] Disminución de la presión arterial diastólica	3	5	5
[41312] Pérdida de calor corporal	4	5	5
[41313] Palidez de piel y mucosas	3	5	5
Puntuación: 1- Grave -, 2- Sustancial, 3- Moderado, 4- Leve, 5- Ninguno.			

NIC: [4010] Prevención de hemorragias

Actividades:

- Revisar la historia clínica del paciente para determinar factores de riesgo específicos (p. ej., cirugía, trauma, úlceras, hemofilia, coagulación deficiente, inhibición de la coagulación por el tratamiento con medicación).
- Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de hemorragia interna y externa (p. ej., distensión o hinchazón de la parte del cuerpo afectada, cambio en el tipo o cantidad de drenaje de un drenaje quirúrgico, sangre en los apósitos, acumulación de sangre debajo del paciente).
- Monitorizar los signos y síntomas de sangrado persistente (p. ej., hipotensión, pulso débil y rápido, piel fría y húmeda, respiración rápida, inquietud, disminución del gasto urinario).
- Mantener un control cuidadoso de la ingesta y la eliminación.
- Mantener el acceso i.v., según corresponda.
- Supervisar los resultados de los análisis de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina, el tiempo parcial de tromboplastina, el fibrinógeno, la degradación de la fibrina y los productos fraccionados, y el recuento de plaquetas, según corresponda.
- Controlar los signos vitales ortostáticos, incluida la presión arterial.
- Proteger al paciente de traumatismos que puedan ocasionar hemorragias.
- Evitar administrar medicamentos que comprometan aún más los tiempos de coagulación (p. ej., clopidogrel, heparina, warfarina o medicamentos antiinflamatorios no esteroideos [AINE], como la aspirina).
Indicar al paciente que evite medicamentos que puedan comprometer aún más los tiempos de coagulación (p. ej., clopidogrel, heparina, warfarina o AINE, como la aspirina), según corresponda.

Tabla 9.

CP: TROMBOEMBOLISMO VENOSO

NOC: [1932] Control del riesgo: trombos.

Indicadores:	Evaluación al ingreso	Evaluación diana	Evaluación al alta
[193205] Controla signos y síntomas de formación de trombos o émbolos	3	5	5
[193207] Cumple con el régimen terapéutico para trastornos de comorbilidad	3	5	5
[193208] Utiliza la medicación según prescripción.	5	5	5

[193210] Utiliza las medias de compresión según se recomienda.	5	5	5
[193216] Evita estar sentado durante largos periodos de tiempo.	1	5	5
[193221] Controla los cambios en el estado general de salud.	1	5	5

Puntuación: 1- Nunca demostrado; 2- Raramente demostrado; 3- A veces demostrado; 4- Frecuentemente demostrado; 5- Siempre demostrado.

NIC: [4110] Precauciones en el embolismo

Actividades:

- *Elaborar una historia clínica detallada para determinar el nivel de riesgo del paciente (cirugía reciente, tratamiento actual de un cáncer, inmovilidad, conllevan un alto riesgo para el paciente).*
- *Iniciar una pauta de trombopprofilaxis apropiada de inmediato en los pacientes de riesgo, según la política y los protocolos del centro.*
- *Administrar dosis bajas de fármacos anticoagulantes y/o antiplaquetarios de forma profiláctica (p. ej., heparina, clopidogrel, warfarina, aspirina, dipiridamol, dextrano) según la política y los protocolos del centro.*
- *Aplicar medias o manguitos de compresión elástica graduada para reducir el riesgo de TVP o de recidiva de TVP, según la política y el protocolo del centro.*
- *Realizar cambios posturales del paciente cada 2 horas y recomendar una movilización o deambulación precoz, según la tolerancia.*

4. EVOLUCIÓN

El plan de cuidados se mantuvo desde el ingreso del paciente en la unidad de cirugía general hasta el día del alta. Para evaluar la evolución de los resultados esperados se usaron los indicadores específicos escogidos dentro del: NOC. *Recuperación quirúrgica; convalecencia.* Estos indicadores se fueron evaluando a lo largo del periodo de recuperación postquirúrgica.

Desde el inicio de la ejecución del plan hasta la última medición de resultados, la evolución del paciente en relación con las intervenciones realizadas fue favorable. Al abordar como diagnóstico prioritario el "*Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica*" aplicamos distintas actividades enfermeras reflejadas en las NIC para evitar la aparición de otros diagnósticos de riesgo como:

- **“Riesgo de infección”** realizando un cuidado constante de la piel con realización de curas de la VVP y de la PICC cada 7 días según protocolo de la unidad y siempre que fuese necesario, así como los cuidados relacionados con la sonda vesical Foley que el paciente tuvo durante dos días tras la intervención quirúrgica y que fue retirada de forma precoz tal y como establece el protocolo para prevenir infecciones del tracto urinario.
- **“Riesgo de estreñimiento”**: se llevaron a cabo actividades que promoviesen una movilización precoz, fomentando así el tránsito intestinal por lo que se logró evitar su aparición obteniendo una puntuación de 5 en la Escala Likert para el indicador: Estreñimiento.
- **“Riesgo de caídas”**: se plantea tras iniciarse la sedestación y ambulación precoz a las 24h, de su ingreso en la unidad procedente de REA. Se adoptaron las precauciones universales que establece la *guía de buenas prácticas clínicas para la prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las mismas*²⁴, que se sigue en el área sanitaria, que resultaron efectivas contribuyendo así a una evolución favorable del proceso.
- El **dolor** que presentaba el paciente estaba relacionado con las molestias de la propia cirugía y la incomodidad que le producían los drenajes, situación que mejoró una vez que el paciente inicia la sedestación tras las primeras 24h en la unidad. Este fue controlado en todo momento mediante el protocolo de analgesia pautada y proporcionándole ayuda con los cambios posturales en la cama. Tras acabar la indicación de reposo absoluto no refería dolor excepto en casos de movimientos bruscos o cuando caminaba de forma continuada durante un tiempo prolongado, lo que se resolvía con un periodo de descanso.

Cabe destacar que durante la indicación médica de reposo absoluto y considerando el postoperatorio como una situación que le ocasiona una pérdida temporal de su capacidad para satisfacer las actividades de autocuidado en el baño, uso del inodoro y vestido; el indicador: Realización de actividades de autocuidado nos permitió valorar la recuperación de esa autonomía en los primeros días del postoperatorio en los que paciente recuperó la capacidad para realizar las actividades de autocuidado obteniendo la máxima puntuación al alta.

En cuanto a las complicaciones potenciales planteadas se trabajó sobre todo en su prevención, consiguiendo que la mayoría de los indicadores tengan la valoración esperada al final del proceso.

- El riesgo que suponía que en alguna ocasión el paciente presentase un signo de “**CP: Hiperglucemia**” o “**CP: Hipoglucemia**” fue evaluado desde que ingresó en la planta debido a que a pesar de que el paciente no era diabético llegó a planta con un suero con insulina ya que había presentado hiperglucemia en la unidad de REA, según los datos recogidos. En la unidad se mantuvieron los controles de glucemia durante las 48 h posteriores a la IQ y se dejaron de realizar al mantenerse estable y normoglucémico.

Cuando se indicó iniciar la nutrición parenteral, siguiendo el protocolo establecido se realizaron BMTTest para controlar los niveles de glucemia del paciente que al mantenerse estables durante 48 h, se dejaron de controlar.

Tras varios días con la NP, al paciente se le realizó un estudio dinámico fluoroscópico con un contraste hidrosoluble para comprobar si había fugas en la anastomosis y valorar el tránsito gastrointestinal, antes de iniciar la dieta oral. Además, en la unidad se le administró azul de metileno por vía oral y se comprobó que no hubiese fugas por los drenajes. Al no detectarse ninguna, se inició tolerancia oral con una dieta especial que incluía agua e infusiones y tras una tolerancia positiva se inicia la progresión de la dieta: dieta líquida, dieta semilíquida y por último una dieta túrmix. La tolerancia fue favorable como se refleja en las puntuaciones alcanzadas en los indicadores: Ingesta de líquidos, Náusea y Vómitos.

Debido a que el control de la tolerancia y la vuelta a la dieta oral es un proceso largo, es importante resaltar la atención integral y de calidad que requiere el paciente para identificar los riesgos, prevenir las complicaciones y favorecer la rápida recuperación.

- La “**CP: Íleo paralítico**” fue una de las más importantes sobre la que nos centramos debido a su relación con la intervención quirúrgica específica

de nuestro caso, alcanzando una puntuación de 5 en la escala Likert en la evaluación final de este indicador.

- Para la “**CP: Infección de la herida quirúrgica**” se consiguieron los resultados esperados, ya que se mantuvieron los apósitos limpios y secos tras su ingreso y se cambiaron al segundo día del postoperatorio. Se realizaron las curas de las heridas quirúrgicas diariamente, y se monitorizó la cantidad y el color del drenaje abdominal en cada cambio. Tras débito nulo de drenaje se retiró el drenaje Blake y se continuaron realizando las curas de las heridas hasta su cierre total con retirada de apósitos y de grapas. No hubo signos ni síntomas de “**CP: Hemorragia**” por lo que esta complicación potencial planteada no se dio en ningún momento.
- La “**CP: Recurrencia de IAM**”, se planteó debido a que la gastrectomía total es una cirugía de mayor riesgo y por los antecedentes de IAM del paciente. Se pretendió controlar aquellos signos y síntomas que indicaran una recurrencia del IAM mediante el abordaje del *NIC: Vigilancia*. Los indicadores: Presión arterial sistólica, Presión arterial diastólica, Estado hemodinámico y dolor incluidos en el NOC: Recuperación quirúrgica: convalecencia nos permitían vigilar y detectar la aparición de la misma a lo largo de toda su estancia hospitalaria.
- Para prevenir la “**CP: Tromboembolismo venoso**” usamos medias de compresión en ambas extremidades inferiores en las primeras 24 horas y administración de heparina de bajo peso molecular (hbpm) una vez al día iniciándose 12h tras la salida de quirófano y la movilización precoz.

En todo momento se tuvo en cuenta la colaboración de la familia ya que es un pilar fundamental a lo largo del transcurso de la enfermedad y en los progresos de la recuperación con las modificaciones en el tratamiento y aplicación de los cuidados al paciente durante su hospitalización.

El plan de cuidados se revisó a diario y se fue incluyendo la valoración de los indicadores a medida que avanzaba el postoperatorio con el objeto de evaluar si se habían conseguido los objetivos o bien continuaban activos.

El paciente y la familia estuvieron desde el inicio implicados en su plan de cuidados mostrando en todo momento su disposición para incluir todos aquellos cuidados que ayudasen a mejorar su situación de salud lo que, facilitó que en los indicadores del **“DdE: Disposición para mejorar la autogestión de la salud”** se obtuviesen las máximas puntuaciones en la Escala Likert.

El paciente se fue de alta a su domicilio hemodinamicamente estable para continuar con la quimioterapia adyuvante y revisiones por la especialidad de cirugía general. Al alta se insiste en la importancia de continuar con la dieta túrmix durante 15 días, no realizar esfuerzos físicos durante un mes, la importancia de caminar todos los días, mantener la limpieza diaria de las heridas quirúrgicas con agua, jabón y un antiséptico tipo clorhexidina, manteniéndolas limpias y secas. Así como la administración del anticoagulante, incidiendo en la enseñanza del método de aplicación en su domicilio cada 24h durante los siguientes 10 días.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Enfrentar un diagnóstico de cáncer es una situación inesperada que provoca un cambio significativo en la vida, requiriendo atención integral durante todo el proceso de recuperación. Por ello cuando se reconoce la implicación tanto del paciente como de la familia y existe ese apoyo familiar, la labor de enfermería en la promoción de la salud proporcionando técnicas y formación para la correcta aplicación de los cuidados tanto en una unidad de hospitalización como al alta en su domicilio es fundamental para asegurar el éxito en la evolución y mantenimiento del proceso.

La realización de este trabajo me ha permitido adquirir un conocimiento más amplio sobre el cáncer gástrico y la gastrectomía total para realizar un abordaje integral desde el estudio de caso que he realizado.

Los cuidados proporcionados al paciente de 75 años se efectuaron aplicando las intervenciones de enfermería planificadas para alcanzar los objetivos y obtener

una evaluación favorable en su proceso postoperatorio, lo que hemos conseguido desde el diagnóstico enfermero: *Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica*, facilitando así trabajar con metodología enfermera y lenguajes estandarizados de enfermería. Al mismo tiempo hemos podido contrastar que realmente lo planificado desde este diagnóstico coincide con la planificación realizada en la herramienta disponible en la unidad (GACELA) en la que el abordaje tiene que ser desde varios diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales. Podemos decir pues que el disponer de herramientas informáticas facilita el trabajo con metodología enfermera, pero resulta fundamental actualizar las taxonomías enfermeras disponibles en estas, con el fin de poder seguir avanzando en el desarrollo de los lenguajes y en la validación de los mismos con su aplicación en la práctica.

Por tanto, la implementación de un plan de cuidados individualizado aumenta la especificidad de la práctica y proporciona una guía de los cuidados enfermeros a aplicar en una situación determinada y garantiza la continuidad de los cuidados para lo cual es importante disponer de aplicativos que estén conectados entre los diferentes niveles asistenciales.

En conclusión, trabajar con metodología enfermera y lenguajes estandarizados de enfermería son claves para seguir avanzando en la investigación, lo que nos proporcionará la base para unos cuidados basados en la evidencia.

6. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

En el desarrollo del caso se han respetado las normas de buena práctica, así como los requisitos establecidos en la Ley de Protección de Personales y garantía de los derechos digitales (Ley orgánica 3/2018, del 5 de diciembre)²⁵ y la ley 41/2002, de 14 de noviembre (reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).²⁶

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, Fleitas T, Haustermans K, Piessen G, et al. Annals of Oncology. 2022 [citado 28 de mayo de 2024]. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0923753422018518>
2. Claros J, Tocino RV, Fonseca E, Cigarral B, Barrios B, Casado D, et al. Cáncer gástrico. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de enero de 2021;13(24):1328-34. [Internet]. [citado 28 de mayo de 2024] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541221000020?via%3Dihub>
3. NIH. Instituto Nacional del cancer [Internet]. 2023 [citado 28 de mayo de 2024]. ¿Qué es el cáncer de estómago? Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago>
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 28 de mayo de 2024]. Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
5. Informe 2021_REGAT.pdf [Internet]. [citado 28 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/7186/Informe%202021_REGAT.pdf
6. LAS_CIFRAS_2024.pdf [Internet]. [citado 1 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.seom.org/images/LAS_CIFRAS_2024.pdf
7. Informe 2022_REGAT.pdf [Internet]. [citado 1 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/7322/Informe%202022_REGAT.pdf
8. Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf [Internet]. [citado 28 de mayo de 2024]. Disponible en: https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf
9. Cancer.Net [Internet]. 2012 [citado 28 de mayo de 2024]. Stomach Cancer - Statistics. Disponible en: <https://www.cancer.net/cancer-types/stomach-cancer/statistics>
10. Ilic M, Ilic I. Epidemiology of stomach cancer. World J Gastroenterol. 28 de marzo de 2022;28(12):1187-203. [Internet]. [citado 28 de abril de 2024].

Disponible en: <https://www.wjnet.com/1007-9327/full/v28/i12/1187.htm>

11. Cáncer de estómago. Una guía ESMO para pacientes.pdf [Internet]. [citado 28 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.esmo.org/content/download/6632/115227/1>

12. Protocolo asistencial cáncer gástrico y de la unión gastroesofágica.pdf [Internet]. [citado 28 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=ChBM2ZCnxgc%3D&tabid=537>

13. López Sala P, Leturia Etxeberria M, Inchausti Iguñiz E, Astiazaran Rodríguez A, Aguirre Oteiza MI, Zubizarreta Etxaniz M. Adenocarcinoma gástrico: revisión del TNM y de las vías de diseminación. Radiología. 1 de enero de 2023;65(1):66-80. [Internet]. [citado 28 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-adenocarcinoma-gastrico-revision-del-tnm-S0033833822002326?newsletter=true>

14. Estadios del cáncer de estómago [Internet]. 2023 [citado 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/estadios>

15. Giménez-Rico HD. Doryos. 2021 [citado 28 de mayo de 2024]. Radicalidad en resecciones gástricas oncológicas #EGYO2021. Disponible en: <https://www.doryos.com/la-reseccion/>

16. Salas Salas E, Echeverría Miranda M, Acosta Egea S. Revista Medica Sinergia. 2020 [citado 19 de mayo de 2024]. Cirugía laparoscópica en cáncer gástrico. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/457>

17. Cáncer gástrico - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [citado 1 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/estomago?start=8>

18. <https://cancercenter.cun.es> [Internet]. [citado 28 de mayo de 2024]. Cáncer de estómago o gástrico: síntomas, causas y tratamiento. Cancer Center Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://cancercenter.cun.es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-estomago>

19. Endoscopic negative pressure therapy for the closure of an esophagojejunal anastomosis fistula. Case report [Internet]. [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-

[00112022000200010&lng=pt&tlng=en](#)

20. Figueroa MG Fernández. Complicaciones de la gastrectomía total [Internet]. [citado 2 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.revistademedicinayhumanidadesmedicas.cl/ediciones/2023/numero_unico/MONTSERRAT%20GUACHALLA%20FIGUEROA.pdf
21. Kubo H, Komatsu S, Ichikawa D, Kawaguchi T, Kosuga T, Okamoto K, et al. Anticancer Research. International Institute of Anticancer Research; 2016 [citado 29 de mayo de 2024]. Impact of Body Weight Loss on Recurrence After Curative Gastrectomy for Gastric Cancer. Disponible en: <https://ar.iijournals.org/content/36/2/807>
22. Ramirez Galleymore P, Viera V. Antisepsia cutánea antes de la cirugía. Med Intensiva. 1 de marzo de 2019;43:18-22.
23. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. Nanda International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación. 2021-2023. [citado 2 de mayo de 2024]. NNNConsult. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.accedys.udc.es/buscador>
24. Prevencion_Caidas_2017.pdf [Internet]. [citado 4 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.bpsso.es/wp-content/uploads/2020/01/D0021_Prevencion_Caidas_2017.pdf
25. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, num 294 [Internet] dic 18, [citado 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/2018/12/06/pdfs/BOE-A-2018-16673.pdf>
26. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado. núm 274 [Internet]. nov 15, 2002. [citado 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

ANEXOS

ANEXO I: Escala de Braden

ESCALA BRADEN				
Puntos	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Completamente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Insuficiente	Probablemente Inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y cizallamiento	Es un problema	Es un Problema potencial	Sin problema aparente	

Riesgo de UPP:

Alto = < 12 puntos.

Moderado = 13-14 puntos

Bajo = 15-16 puntos (si <75 años)

= 15-18 puntos (si >75 años)

ANEXO II: Escala de Riesgo de caídas

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)		
Alto riesgo: Mayor a 2 puntos		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
EDAD	< 70 años	0
	> 70 años	1

Riesgo de caídas:

- **Riesgo alto: > 2 puntos**
- **Riesgo moderado 1-2 puntos**
- **Sin riesgo: <1**

ANEXO III: Escala de Barthel

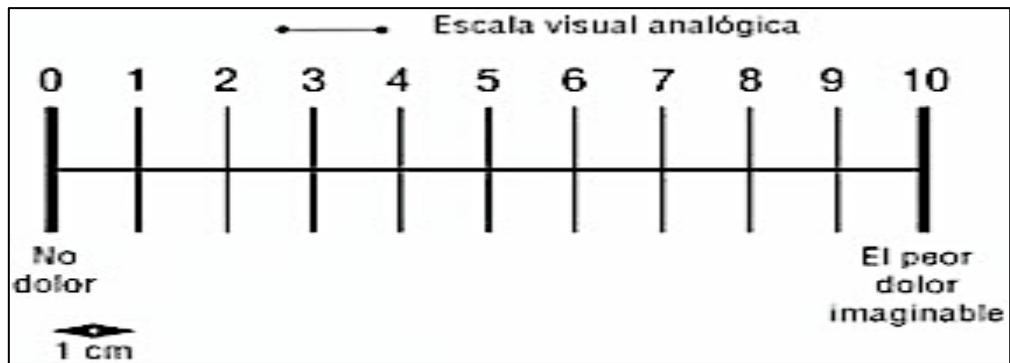
ÍNDICE DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)

Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continente	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0
Micción	- Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	- Ocasionalmente, máx un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	- Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0
TOTAL		

Valoración de la incapacidad funcional:

- < 20: dependencia total
- 20-35: dependencia grave
- 40-55: dependencia moderada
- 60 o más: dependencia leve
- 100: independiente (90 en caso de ir con silla de ruedas)

ANEXO IV: ESCALA EVA



Graduación del dolor:

- Dolor leve- moderado si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- Dolor moderado-grave si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8