



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada
Con Énfasis en Cuidado Quirúrgico



**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE CON DOLOR
POST OPERADO DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA ABDOMINAL**

Tesina para obtener el nivel de
Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

Presenta:

L.E. Isaura Hernández Sandoval

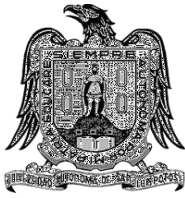
Directora de Tesina:

Dra. Erika Adriana Torres Hernández



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE CON DOLOR POST OPERADO DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA ABDOMINAL by Isaura Hernández Sandoval is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

San Luis Potosí, S.L.P. Marzo de 2021



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada
Con Énfasis en Cuidado Quirúrgico



**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE CON DOLOR
POSTOPERADO DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA ABDOMINAL**

Tesina para obtener el nivel de
Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

Presenta:

L.E. Isaura Hernández Sandoval

Directora de Tesina:

Dra. Erika Adriana Torres Hernández

San Luis Potosí, S.L.P. Marzo de 2021



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada
Con Énfasis en Cuidado Quirúrgico



**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE CON DOLOR
POSTOPERADO DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA ABDOMINAL**

Tesina para obtener el nivel de
Especialista en Enfermería en Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

Presenta:

L.E. Isaura Hernández Sandoval

Presidente: Dra. María Candelaria Betancourt _____

Secretario: MSP Edgardo García Rosas _____

Vocal: Dra. Erika Adriana Torres Hernández _____

San Luis Potosí, S.L.P. Marzo de 2021

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, me gustaría agradecer a mi madre por estar siempre presente en cada uno de mis pasos, por apoyar mis decisiones y fomentarme siempre a dar lo mejor de mí. Gracias mamá por estar en las buenas y en las malas, por ayudarme a levantarme de mis caídas y permanecer a mi lado ayudándome en cada pequeño detalle. De la misma forma a mi padre y mis hermanos por confiar en mí y alentarme a seguir adelante con mis sueños.

Agradezco también al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo en concepto de beca para la realización de este posgrado como enfermera especialista.

Un especial agradecimiento a mi asesora, Dra. Erika Adriana Torres Hernández, por su paciencia, empeño, ánimos y alegría brindada durante la realización de este proyecto.

A mis lectores, quienes gracias a sus aportaciones, sugerencias y observaciones se mejoró el contenido de este trabajo de investigación.

A mis amigos, muchas gracias por permanecer a mi lado, por apoyarme y confiar en mí por estar siempre en los momentos más difíciles y sobre todo por sacar una sonrisa cada que lo necesitaba. Hicieron de esto una experiencia inolvidable.

A Alfredito, esto es especialmente para ti, amor. Te llevo en el corazón para siempre.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III. OBJETIVOS	7
IV. METODOLOGIA	8
V. MARCO TEORICO	10
5.1 Anatomía de la cavidad abdominal.....	10
5.2 Cirugía oncológica.....	17
5.3 Clasificación de cáncer a nivel abdominal	18
a) Cáncer de estómago.....	18
b) Cáncer de hígado.....	19
c) Cáncer de páncreas.....	20
d) Cáncer colorrectal	21
e) Cáncer cervicouterino.....	22
f) Cáncer de ovario	23
5.4 Dolor	24
5.4.1 Tipos de dolor	25
a) Según su duración	25
b) Según su origen	26
c) Según su localización	26
d) Según su curso.....	27
e) Según su intensidad	27
f) Según su sensibilidad al tratamiento.....	27
5.4.2 Fisiología del dolor	27
5.4.3 Escalas de evaluación del dolor	29
a) Escala visual analógica (EVA).....	30
b) Escala numérica (Numerical Rating Scale, NRS).....	31
c) Escala visual análoga de Wong- Baker	33
d) Escala de PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale).....	34
5.5 Dolor Postoperatorio	36
5.5.1 Factores que influyen en el dolor postoperatorio	36
a) Factores relacionados con el paciente.....	36
b) Factores relacionados con la intervención	37
5.5.2 Complicaciones del dolor postoperatorio.....	38

a) Complicaciones respiratorias	39
b) Complicaciones cardiocirculatorias	40
c) Complicaciones endocrino- metabólicas.....	40
d) Complicaciones digestivas	41
e) Complicaciones Urológicas	42
f) Complicaciones psicológicas	42
5.5.3 Terapias de relajación	42
a) Técnica de liberación emocional	42
b) Masaje.....	43
c) Relajación muscular progresiva.....	43
d) Técnicas de respiración.....	43
e) Técnica de integración neuroestructual (TIN)	44
5.6 Atención de Enfermería en el Paciente Quirúrgico.....	44
5.6.1 Cuidados de Enfermería en el Periodo Preoperatorio.....	46
5.6.2 Cuidados de Enfermería en el Periodo Transoperatorio	48
5.6.4 Cuidado de Enfermería en el Periodo Postoperatorio.....	51
VI. RESULTADOS: PLAN DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE POSTOPERADO POR CIRUGIA ONCOLOGICA ABDOMINAL	54
6.1 Valoración de enfermería.....	54
6.1.1 Valoración del dolor.....	54
6.1.2 Descripción de los Patrones Funcionales de salud y Valoración: Enfocado al Dolor Postoperatorio.....	58
6.2 Diagnósticos de Enfermería	65
6.3 Planes de Cuidado	70
VII. CONCLUSIONES.....	72
VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	74

RESUMEN

Introducción: La cirugía oncológica es el tratamiento de elección más eficaz de las neoplasias sólidas generando lesiones que provocan alteraciones reversibles de la excitabilidad de los nociceptores periféricos o en las vías centrales del dolor; junto con la interacción de factores psicológicos, se produce dolor agudo que pueden presentar algunos pacientes durante el periodo postoperatorio. Es importante que el profesional de enfermería especialista en cuidado quirúrgico, identifique las respuestas del paciente intervenido a cirugía oncológica abdominal y reconocer las posibles complicaciones que puedan surgir teniendo específico cuidado en el control y manejo del dolor postquirúrgico. **Objetivo:** Elaborar un plan de cuidados dirigido al paciente con dolor post operado de cirugía abdominal oncológica. **Métodos:** Investigación documental a través de búsqueda bibliográfica comprendida, principalmente por artículos científicos, libros, artículos, guías clínicas y protocolos usando bases de datos de acceso remoto en CREATIVA como: Scielo, Dialnet, Enferteca, CUIDEN; para la homologación de lenguaje enfermero se hizo uso de la taxonomía NANDA NIC NOC para su estandarización. **Resultados:** Elaboración de un plan de cuidados estandarizado para el manejo postoperatorio de paciente intervenido por cirugía oncológica abdominal. Proponiendo el diagnóstico de enfermería de dolor agudo con el resultado de control del dolor y administración de analgésicos, manejo ambiental: confort y enseñanza: proceso de enfermedad como principales intervenciones lo cual cuenta con respaldo científico para su aplicación clínica con enfoque quirúrgico. **Conclusiones:** Es de vital importancia una herramienta que favorezca el manejo postquirúrgico de enfermería al paciente oncológico mediante la aplicación de un plan de cuidados que ofrece elevar la calidad de vida para el paciente seguido de cirugía.

Palabras clave: cáncer, cirugía, dolor, enfermería, postquirúrgico.

ABSTRACT

Introduction: Oncological surgery is the most effective treatment of choice for solid neoplasms generating lesions that cause reversible alterations in the excitability of peripheral nociceptors or in the central pain pathways; along with the interaction of psychological factors, acute pain occurs that may be present in some patients during the postoperative period. It is important that the nursing professional specialist in surgical care, identify the responses of the intervened patient to abdominal oncology surgery and recognize the possible complications that may arise taking specific care in the control and management of postsurgical pain. **Objective:** To develop a care plan aimed at the patient with pain after oncological abdominal surgery. **Methods:** Documentary research through bibliographic search comprised mainly by scientific articles, books, articles, clinical guides and protocols using remote access databases in CREATIVE such as: Scielo, Dialnet, Enferteca, CUIDEN; for the homologation of nurse language was made using the taxonomy NANDA NIC NOC for its standardization. **Results:** Development of a standardized care plan for the postoperative management of patients operated by abdominal cancer surgery. Proposing the diagnosis of acute pain nursing with the result of pain control and administration of analgesics, environmental management: comfort and teaching: disease process as main interventions which has scientific support for its clinical application with surgical approach. **Conclusions:** It is of vital importance a tool that encourage the postsurgical management of nursing to the oncological patient by applying a care plan that offers to raise the quality of life for the patient followed by surgery.

Key words: cancer, surgery, pain, nursing, postsurgical.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer engloba un conjunto de enfermedades que presentan formas y evoluciones caracterizadas por una anomalía en la regulación del crecimiento celular, resultado del daño en el ADN genético (ácido desoxirribonucleico) y/o en los mecanismos de regulación del mismo (daño epigenético) que provocan mutaciones en el genoma celular. (1) Muchos cánceres forman tumores sólidos, los cuales son masas de tejido. Los tumores cancerosos son malignos, lo que significa que se pueden extender a los tejidos cercanos o los pueden invadir. Además, al crecer estos tumores, algunas células cancerosas pueden desprenderse y moverse a lugares distantes del cuerpo por medio del sistema circulatorio o del sistema linfático y formar nuevos tumores lejos del tumor original. (2)

La resección quirúrgica y una cuidadosa evaluación es la forma más confiable y exacta para evaluar la extensión de la enfermedad, lo que tiene importantes implicaciones pronósticas y terapéuticas. La cirugía conservadora ahora es más usual, propiciada por el diagnóstico temprano, los mejores estudios de imagen, el mejor conocimiento de la evolución natural de la enfermedad y mejoría en el conocimiento de los patrones de diseminación, lo que permite ablaciones menos extensas con un buen control local. (3)

Durante el proceso quirúrgico se dan una serie de características y situaciones teniendo en cuenta las particularidades propias de cada paciente, de su estado de salud y del tipo de intervención quirúrgica. Es un periodo de cuidados continuos, dividido en tres momentos distinguidos entre sí (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio), donde la actuación correcta de cada profesional en cada uno de ellos dependerá del éxito de la intervención. (1) Es por eso que se entiende como un

proceso interdependiente y centrado en el cuidado integral e individualizado del paciente.

Según la Asociación Americana de Anestesiología (ASA) el dolor postoperatorio es el que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable (4). Su mal control afecta negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional y aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, y se asocia a un aumento de la morbilidad y de los costes, aumentando el riesgo de desarrollar dolor crónico persistente (4). El adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica clínica, calidad asistencial, así como de ayuda para disminución de las complicaciones secundarias y brindar confort al paciente intervenido.

En la etapa posquirúrgica la atención de la enfermera se enfoca a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua es por eso que mediante la propuesta de la elaboración de un plan de cuidados enfocado al manejo del dolor postoperatorio se abordaran las medidas necesarias con la finalidad de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, en primera instancia al identificar las complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno para atenuar el dolor, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez.

II. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo. En 2015 se atribuyeron a esta enfermedad 8,8 millones de defunciones. Dentro de los tipos de cáncer a nivel abdominal sobresalen: el cáncer hepático (788 000 defunciones), colorrectal (774 000 defunciones) y gástrico (754 000 defunciones) dentro de los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos junto al cáncer pulmonar (1,69 millones de defunciones) y al mamario (571 000 defunciones). (5)

La magnitud de los efectos del cáncer en nuestro país no es muy diferente al panorama mundial, pues es la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. (6) Tomando como referencia los valores de Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) en el año 2012, las localizaciones más frecuentes en México para la población masculina son: el tumor maligno de próstata, pulmón, colon y recto, estómago y leucemias; mientras que para las mujeres son el tumor maligno de mama, cuello del útero, colon y recto, estómago e hígado. (7)

Es posible observar que en ambos géneros se presenta la recurrencia del cáncer abdominal dando relevancia a estos, se destacan las siguientes cifras: de colon y recto con una incidencia de 8651 casos, estómago con 7680 casos, hígado con 6387 casos, páncreas con 4274 y específicamente para las mujeres el cáncer de útero con una tasa de 13 960 casos nuevos (cifras por cada 100, 000 habitantes). (7)

Respecto a lo que ocurre a nivel estatal para el panorama del cáncer se encuentra en sexto lugar con 732 casos de cáncer de hígado por cada 100, 000 habitantes, la neoplasia abdominal más común en San Luis Potosí hasta el 2017. (8) Así como el

cáncer de cuello uterino por el cual en el 2018 ocurrieron 98 muertes demostrando que cada 4 días muere una mujer por esta causa. (9)

De acuerdo con el reporte del Repositorio Institucional de la Información (DATAMART), en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a nivel nacional se realizan de forma anual, aproximadamente, 1 500 000 cirugías de todas las especialidades dentro de las cuales 227 449 se han realizado por parte de especialistas de oncología quirúrgica. Con referencia al total de cirugías, el porcentaje de procedimientos realizados únicamente por dicha especialidad se ha incrementado del 1.7% en 2008 a 2.2% en el 2015. Dentro del mismo reporte se confirmaron a nivel estatal 1542 intervenciones oncológicas durante ese periodo. (7)

La relevancia que tiene el dolor en los procedimientos realizados a nivel abdominal o en órganos digestivos tienen como consecuencia la estimulación nociceptiva, resultante de la intervención quirúrgica, sobre los distintos órganos y tejidos abordados durante el procedimiento y aunque cada vez se avanza más en el conocimiento sobre la neurobiología de la nocicepción y de la fisiología de los fármacos y técnicas analgésicas, el dolor postoperatorio continua siendo subestimado subestimado (10). Esta condición puede traducirse en complicaciones que retrasan la recuperación quirúrgica.

El dolor es un complejo fenómeno de respuestas neuro funcionales y subjetivas e individuales a un estímulo, en donde influyen factores emocionales, de personalidad, aspectos socioculturales, así como la experiencia previa del paciente al dolor (11).

De manera particular, el dolor postoperatorio es un tipo de dolor agudo producido por el acto quirúrgico; según la literatura es uno de los dolores peor tratados, que muchas

veces dura horas o incluso días. este dolor produce ansiedad y angustia y puede condicionar el comportamiento del paciente ante una nueva intervención; tradicionalmente su tratamiento ha sido limitado y con carencias, incluso llegando a considerarse normal (12).

El dolor en el paciente oncológico es un problema que si no es tratado resulta una determinante clave del deterioro de la calidad de vida ya que disminuye la actividad del enfermo, interfiere con el apetito, el sueño, el estado del ánimo y conlleva a la pérdida del autocontrol esto aunado al hecho de que se vea sometido a una intervención quirúrgica para tratar su padecimiento la cual le provocará el dolor mismo como efecto secundario de la operación el cual puede repercutir en alguna otra complicación de acuerdo al sitio de cirugía.

El control del dolor postoperatorio debe de estar vinculado en primera instancia a brindar una mejor calidad de atención hospitalaria, lo que implica un adecuado tratamiento; es importante destacar que dicho tratamiento debe ser precoz y eficaz, debiendo mantenerse el tiempo necesario, de acuerdo con el tipo de cirugía y al umbral doloroso de cada paciente (11).

El periodo postoperatorio inmediato se caracteriza por la recuperación inicial del estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención. Es este un periodo crítico donde pueden sobrevenir complicaciones, algunas de ellas previsibles, el presente protocolo surge del interés por la falta de información brindada en las distintas fuentes para el manejo del paciente que es diagnosticado de un cáncer que afecta su organismo a nivel abdominal.

El área abdominal podría llegar a comprometer su vida a distintos niveles y que por la magnitud de la invasión quirúrgica por la cual será intervenido causará un dolor intenso que engloba cuidados los cuales tendrán la finalidad de centrar las necesidades más importantes en esta evolución en donde el personal de enfermería, mediante una valoración integral, será capaz de identificar las respuestas del paciente sometido a cirugía oncológica abdominal y reconocer las posibles complicaciones que puedan surgir teniendo específico cuidado en el control y manejo del dolor postquirúrgico.

III. OBJETIVOS

General

- ❖ Desarrollar un plan de cuidados de enfermería dirigido al paciente con dolor post operado de cirugía abdominal oncológica como recurso para fortalecer la práctica quirúrgica.

Específicos

- ❖ Construir el marco de referencia que sustente el cuidado del paciente con dolor en el post operatorio por cirugía abdominal oncológica.
- ❖ Elaborar las generalidades de la valoración para el paciente post operado por cirugía oncológica abdominal.
- ❖ Fundamentar el diagnóstico de dolor agudo en el paciente oncológico post operado (factor relacionado agente físico lesivo: cirugía)
- ❖ Establecer la importancia de la intervención de enfermería: manejo del dolor (NIC) dirigida al paciente post operado de cirugía oncológica abdominal.
- ❖ Fundamentar las actividades relacionadas con el manejo del dolor diseñadas hacia el paciente oncológico post operado.

IV. METODOLOGIA

Para la elaboración de este trabajo se realizó una búsqueda de literatura que ha comprendido artículos, guías clínicas y protocolos. Para delimitar las opciones a las características necesitadas se ha empleado la búsqueda avanzada mediante operadores booleanos (AND, AND NOT, OR).

a) Descriptores de la Biblioteca Virtual en Salud (DEC´S)

- ✓ Nursing care, atención de enfermería, cuidados de enfermería.
- ✓ Perioperative nursing, enfermería perioperatoria, enfermería postoperatoria
- ✓ Surgery, cirugía, cirugía
- ✓ Cáncer pain, dolor en cáncer, dor do cáncer
- ✓ Surgical oncology, oncología quirúrgica, oncología cirugía

b) Cruce de descriptores

- ✓ Atención de enfermería, enfermería perioperatoria, cirugía
- ✓ Cirugía, oncología quirúrgica, atención de enfermería
- ✓ Dolor en cáncer, oncología quirúrgica, atención de enfermería

b) Búsqueda en bases de datos:

- ✓ CUIDEN
- ✓ Dialnet
- ✓ Lilacs
- ✓ Scielo
- ✓ ScieceDirect
- ✓ Enferteca
- ✓ NNN consult

Las bases de datos utilizadas se encuentran al acceso remoto en el Centro de Recursos Académicos Informáticos Virtuales (CREATIVA) de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. También se hizo uso de Google Académico como motor de búsqueda. Los idiomas de los artículos y libros consultados han sido español, inglés y francés: la literatura consultada en español es de origen latinoamericano y la literatura en inglés es de origen estadounidense; todos los artículos y libros referenciados son de acceso gratuito; al final del documento se encuentran

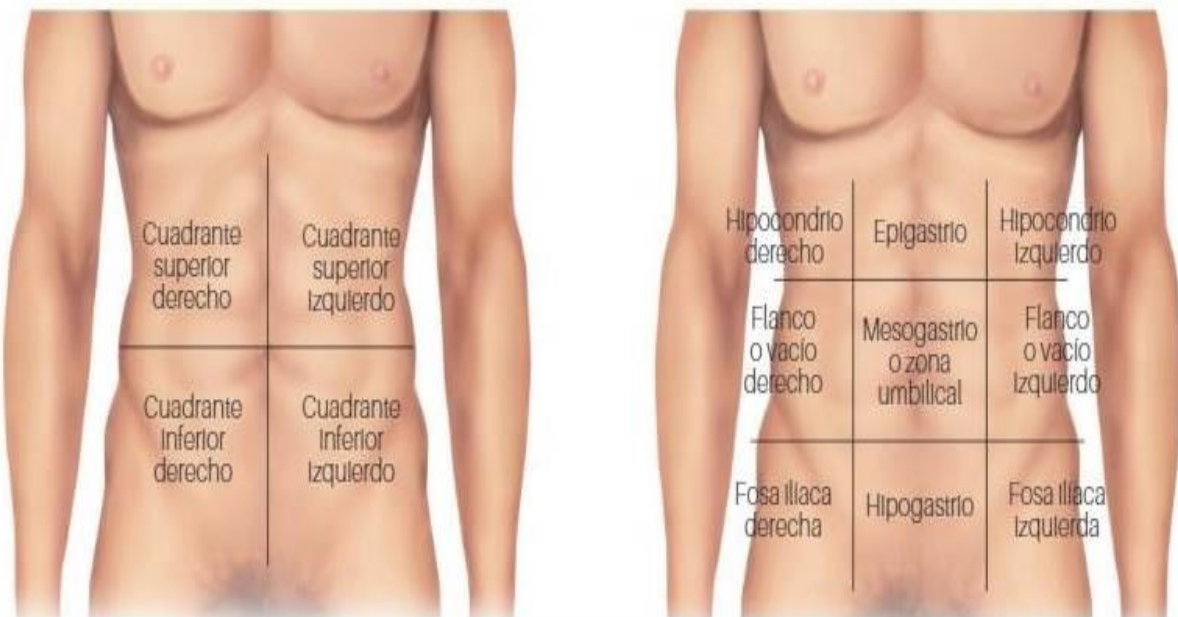
referenciadas, en formato Vancouver, todas las fuentes bibliográficas usadas en este trabajo.

V. MARCO TEORICO

5.1 Anatomía de la cavidad abdominal

La cavidad abdominal es el espacio comprendido entre el diafragma torácico y el estrecho superior de la pelvis. Dicho espacio se extiende en la parte superior hasta la caja torácica donde se encuentran órganos abdominales como el bazo, hígado o el estómago. En la parte inferior, la pelvis protege otros órganos abdominales como el íleon, el ciego y el colon sigmoide. (13) Clínicamente se pueden distinguir nueve regiones en la cavidad abdominal delimitadas por cuatro cuadrantes, dos horizontales (plano subcostal y transtuberular) y dos verticales (planos medio claviculares). Además, se pueden establecer cuatro cuadrantes definidos por dos planos, horizontal (plano transumbilical) y vertical (plano medio). Imagen 1 y Cuadro 1.

Imagen 1. Regiones de la cavidad abdominal



Fuente: García M, Hernández V, Montero R. Enfermería de Quirófano España: DAEditorial; 2018.

Cuadro 1. Ubicación de Órganos en Cuadrantes Abdominales

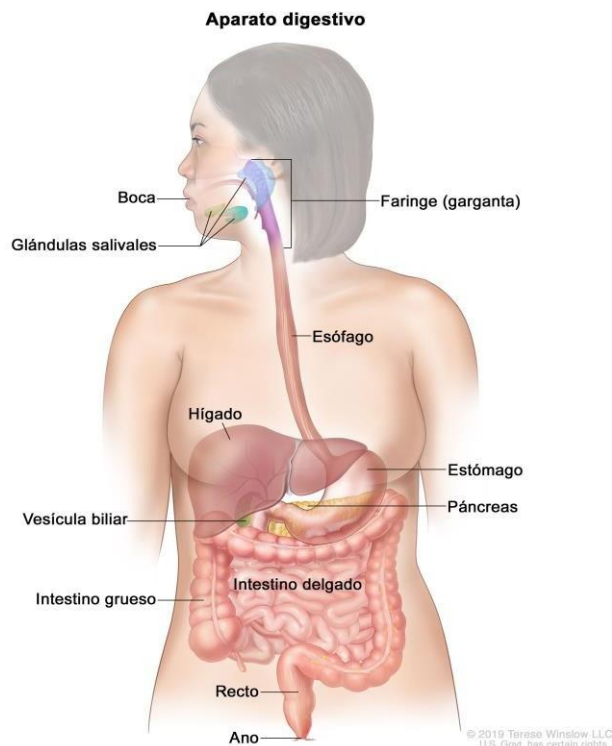
Cuadrante superior derecho (CSD)		Cuadrante superior izquierdo (CSI)	
-Hígado (lóbulo derecho)	-Páncreas (cabeza)	-Hígado (lóbulo izquierdo)	-Colon transverso (mitad izquierda)
-Vesícula biliar	-Colon ascendente (porción superior)	-Bazo	Colon descendente (porción superior)
-Estomago (píloro)	-Colon transverso (mitad derecha)	-Estomago	
-Duodeno		Yeyuno e íleon proximal	
		-Páncreas (cuerpo y cola)	
Cuadrante inferior derecho (CID)		Cuadrante inferior izquierdo (CII)	
-Ciego		-Colon sigmoide	
-Apéndice		-Colon descendente (porción inferior)	
-Íleon			

Fuente: García M, Hernández V, Montero R. Enfermería de Quirófano España: DAEditorial; 2018.

Anatomía y fisiología del del aparato digestivo

Los órganos del tracto gastrointestinal son: la boca, el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso. Los órganos digestivos accesorios están representados por los dientes, la lengua, las glándulas salivales, el hígado, la vesícula biliar y el páncreas (Figura 2). El aparato digestivo se encarga de transformar los alimentos sometiéndolos a una serie de procesos mecánicos y químicos para liberar sus principios básicos, que luego son absorbidos y transportados por la sangre a todos los rincones del organismo para obtener de ellos los materiales y la energía destinados a formar los tejidos y garantizar las funciones vitales. (14)

Figura 2. Órganos del aparato digestivo



Fuente: Aparato Digestivo. Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en: cancer.gov

El tubo digestivo

Esquemáticamente, el aparato digestivo está formado por un largo tubo que atraviesa todo el organismo desde la boca hasta el ano. Cada sector constituye un auténtico órgano, con unas funciones propias, pero las acciones de todas las porciones del tubo están perfectamente coordinadas para degradar los alimentos que siguen el recorrido, absorber los principios nutritivos básicos resultantes del proceso digestivo y, finalmente, expulsar al exterior los residuos no asimilables.

Secreción gástrica

La pared interna del estómago está tapizada por una capa mucosa provista de numerosas glándulas minúsculas encargadas de secretar una serie de sustancias que

constituyen el jugo gástrico. Uno de sus principales componentes es la pepsina, enzima cuya función consiste en digerir las proteínas, es decir, fraccionar estos nutrientes y liberar sus unidades básicas, los aminoácidos, para que posteriormente sean absorbidos en el intestino. Otro componente fundamental es el ácido clorhídrico (HCl), necesario para activar la pepsina y potente corrosivo que reblandece los alimentos y además es capaz de destruir microbios presentes en los alimentos. Algunas glándulas de la pared gástrica también secretan moco y bicarbonato, que forman una fina película sobre la superficie interna del estómago para evitar la acción corrosiva del ácido clorhídrico sobre el propio órgano.

Función del intestino delgado

En el intestino delgado se completa la digestión de los alimentos procedentes del estómago, que son degradados a sus componentes básicos, y se produce la absorción o asimilación de la mayor parte de los nutrientes liberados en ese proceso. Con este fin, en el interior del intestino delgado los alimentos son sometidos a la acción química de diversas enzimas, algunas producidas por minúsculas glándulas presentes en la propia pared intestinal y otras procedentes del páncreas y del hígado, cuyas secreciones son vertidas en el duodeno, la primera porción del órgano.

Movimientos intestinales

La pared del intestino delgado experimenta diversos tipos de contracciones que favorecen la mezcla del alimento con las secreciones digestivas y permiten el avance de su contenido hacia el intestino grueso. La llegada del alimento procedente del estómago desencadena unas contracciones automáticas de los distintos segmentos intestinales destinadas a triturar el contenido. También se producen contracciones opuestas de los segmentos adyacentes para lograr un movimiento de vaivén destinado a mezclar el contenido con las secreciones digestivas. Y, por último, se producen contracciones secuenciales que favorecen el avance del contenido hacia el intestino

grueso. La apertura de la válvula ileocecal permite el paso del alimento ya digerido del intestino delgado al grueso.

Función del intestino grueso

En el intestino grueso se almacenan los residuos y se produce la absorción de agua y de algunas de las sales que contienen, elementos muy útiles para nuestro organismo y cuya pérdida resultara perjudicial. Así, a medida que atraviesa el colon, la papilla semilíquida procedente del intestino delgado se transforma en una masa cada vez más compacta que se denomina bolo fecal.

En realidad, a los residuos parcialmente desecados se añaden numerosas bacterias muertas de la flora intestinal, células descamadas de la pared intestinal y otros desechos orgánicos que constituyen las heces. El bolo fecal se almacena en el recto hasta que, cuando esta lleno, las heces se expulsan al exterior.

El hígado

El hígado se considera una glándula anexa del aparato digestivo, aunque desarrolla múltiples e importantes funciones que lo convierten en un órgano vital. El tejido hepático, de hecho, presenta una de las estructuras más complejas del cuerpo. Las células hepáticas, denominadas hepatocitos, están dispuestas en capas que forman unos tabiques alrededor de pequeños canales que surcan todo el órgano. Por estos canales pasan ramificaciones de los vasos que llevan sangre al órgano, la arteria hepática y la arteria porta, de las cuales el hígado recibe las sustancias que debe tratar, y también unos delgados conductillos donde los hepatocitos vierten la bilis que elaboran.

Las funciones del hígado

- Producción de bilis, elemento fundamental para la digestión de las grasas.

- Metabolización de los nutrientes que se absorben en el tubo digestivo, paso indispensable para su aprovechamiento orgánico.
- Almacenamiento de hidratos de carbono en forma de glucógeno, de algunos minerales y de diversas vitaminas.
- Depuración de numerosos elementos transportados por la sangre, como productos de desecho (bilirrubina, amoníaco, etc.), hormonas y medicamentos cuya acumulación en el organismo resulta toxica.
- Síntesis de numerosas sustancias, especialmente proteínas y vitaminas.

Función de la vesícula y las vías biliares

La bilis elaborada por el hígado es transportada por una serie de conductos que llevan la secreción primero hasta la vesícula biliar, un órgano hueco en forma de saco, y luego hasta la primera porción del intestino delgado, donde ejerce su acción digestiva. La producción de bilis es constante, pero esta secreción solo es necesaria después de comer. Durante los periodos de ayuno, la bilis que sale del hígado por los conductos hepáticos se desvía hacia la vesícula biliar, donde se acumula y se concentra. Durante la digestión, unas hormonas producidas por el intestino actúan sobre la vesícula biliar y hacen que se contraiga y expulse su contenido, a la par que se abre una válvula que regula la comunicación entre las vías biliares y el intestino, por lo que la bilis se vierte en el interior del duodeno,.

Función del páncreas

El páncreas se considera una glándula anexa del tubo digestivo porque, entre otras funciones, se encarga de producir una secreción, el jugo pancreático, indispensable para la digestión de los alimentos en el intestino delgado. El órgano contiene en su interior multitud de ácidos pancreáticos, unas diminutas estructuras glandulares constituidas por una única capa de células situadas alrededor de una luz central. Estas células vierten su secreción a unos canalículos que confluyen y forman conductos que

desembocan en la primera porción del intestino delgado. El jugo pancreático contiene diversos enzimas que actúan sobre las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono, degradándolos en sus componentes básicos para facilitar su absorción intestinal. (15)

Aunque el útero y los ovarios no forman parte de los órganos abdominales de acuerdo a la literatura, se hacen mención en la presente investigación por la recurrencia antes mencionada en la población femenina y que a su vez abordara una intervención quirúrgica a nivel de abdomen, según sea requerido.

Anatomía del útero

El útero es un órgano muscular hueco piriforme y de pared gruesa, situado en la pelvis menor, normalmente en anteversión con el extremo hacia delante en relación con el eje de la vagina y flexionado anteriormente en relación con el cuello uterino. La posición del útero cambia con el grado de plenitud de la vejiga y el recto. El útero se divide en dos porciones principales:

- El cuerpo: forma los dos tercios superiores y tiene dos porciones, el fondo –la porción redondeada del cuerpo situada por encima de los orificios de las trompas uterinas- y el istmo –la región del cuerpo relativamente contraída inmediatamente por encima del cuello uterino.
- El cuello: la porción inferior estrecha que protruye en la parte superior de la vagina.

La pared del cuerpo uterino consiste en tres capas:

- Perimetrio: túnica serosa externa, consiste en peritoneo sostenido por una capa delgada de tejido conectivo.
- Miometrio: túnica muscular media, es una capa gruesa que se distiende mucho durante el embarazo, las ramas principales de los vasos sanguíneos y los nervios

del útero se localizan aquí.

- Endometrio: túnica mucosa interna, se adhiere firmemente al miometrio.

El peritoneo cubre al útero por delante y por encima, excepto por la porción vaginal del cuello uterino. El peritoneo se repliega anteriormente del útero sobre la vejiga y posteriormente sobre la porción posterior del fondo de saco vaginal sobre el recto. El cuerpo uterino inferior (istmo) y el cuello se sitúan en contacto directo con la vejiga sin peritoneo interpuesto. Posteriormente, el cuerpo y la porción supra vaginal del cuello uterino están separados del colon sigmoideo por una capa de peritoneo y la cavidad peritoneal u del recto por el fondo de saco recto uterino.

Anatomía de los ovarios

Con forma de almendra, se localizan más comúnmente cerca de las paredes laterales de la pelvis suspendidos por el mesovario (parte del ligamento ancho). El extremo distal del ovario conecta con la pared lateral de la pelvis mediante el ligamento suspensorio del ovario. Este ligamento transporta los vasos, linfáticos y nervios ováricos hacia y desde el ovario, y constituye la porción lateral del mesovario. El ovario también se fija al útero mediante el ligamento propio del ovario, que se extiende dentro del mesovario. El ligamento conecta el extremo proximal uterino del ovario al ángulo lateral del útero, por debajo de la entrada de la trompa uterina (16)

5.2 Cirugía oncológica

La especialidad de cirugía general es la encargada de las intervenciones del aparato digestivo quedando ubicadas en su gran mayoría en el abdomen (13) así como aquellas que involucran órganos pélvicos.

La cirugía oncológica es la rama de la cirugía general cuyo propósito es el tratamiento quirúrgico de los tumores. De acuerdo a sus objetivos la cirugía oncológica puede ser:

- 1) *Diagnóstica*: Posibilita la obtención de muestras de tejidos que permitirán, previo análisis, el diagnóstico histológico del tumor, condición indispensable para planificar su tratamiento.
- 2) *De estadíaje*: Permite determinar la extensión de la enfermedad en un momento concreto y proporciona información sobre el avance, localización y el pronóstico del tumor.
- 3) *Preventiva*: Consisten en la extirpación de un tumor no maligno que se prevé que, por su evolución natural, puede degenerar en una neoplasia o en la extirpación de un órgano no vital, en aquellas situaciones de alto riesgo (con alteraciones genéticas importantes) para el desarrollo de un cáncer con el objetivo de evitar su génesis.
- 4) *Curativa*: Pretende lograr la resección completa del tumor primario, sin que queden restos macro o microscópicos de la enfermedad tumoral, es lo que se denomina resecciones R0. Esto es posible cuando no existe enfermedad sistémica demostrable.
- 5) *Paliativa*: Cuando la enfermedad tumoral está en un estadio avanzado, bien por extensión loco regional del tumor o por la aparición de metástasis, la cirugía ofrece la opción de intervenir con intención de disminuir el tamaño del tumor, prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y conseguir periodos de supervivencia mayores mejorando la calidad de vida. (1)

5.3 Clasificación de cáncer a nivel abdominal

a) Cáncer de estómago

El cáncer de estómago es un crecimiento de células cancerosas en el estómago. Con mayor frecuencia afecta a adultos mayores de 50 años y es más común en hombres que en mujeres. La mayoría de las personas no tienen síntomas hasta que la enfermedad está avanzada. Algunos de los síntomas en las primeras etapas son: síntomas vagos de indigestión, como saciedad, eructos, náuseas y falta de apetito. En las últimas etapas se presentan diversos signos y síntomas como: pérdida de peso inexplicable, pérdida de apetito, vómitos de sangre, melena, plenitud después de

comer pequeñas cantidades, dolor en el estómago, masa en el estómago que se puede sentir (a veces). (17)

Las neoplasias gástricas son predominantemente malignas, y casi 90 a 95% de estos tumores son adenocarcinomas. Las enfermedades malignas observadas con menos frecuencia incluyen linfomas, especialmente linfoma no Hodgkin, y sarcomas como el leiomioma. Las neoplasias gástricas benignas incluyen leiomiomas, tumores carcinoides y lipomas. (17)

La única posibilidad de cura del cáncer gástrico es la resección quirúrgica, que es posible en 25 a 30% de los casos. Si el tumor se limita al estómago distal, se realiza una gastrectomía subtotal, con resección de los ganglios linfáticos en el porta- hepatis y la cabeza pancreática. Por el contrario, los tumores del estómago proximal requieren gastrectomía total para obtener un margen adecuado y extirpar los ganglios linfáticos; La pancreatectomía distal y la esplenectomía generalmente también se realizan como parte de este procedimiento, que conlleva mayores tasas de mortalidad y morbilidad.

La adición de disección ganglionar para-aorta no mejora la supervivencia. Incluso si un procedimiento curativo no es posible debido a metástasis, la resección gástrica limitada puede ser necesaria para pacientes con sangrado u obstrucción excesiva. Sin embargo, la gastrectomía seguida de quimioterapia no es mejor que la quimioterapia sola para el cáncer gástrico avanzado que no es curable quirúrgicamente. Si el cáncer recurre en el remanente gástrico, puede ser necesaria una resección limitada para la paliación. La mayoría de las recurrencias de cualquier tipo de cáncer gástrico se encuentran en el área local o regional del tumor original. (18)

b) Cáncer de hígado

El cáncer de hígado ocurre con mayor frecuencia en hombres con enfermedad hepática causada por el virus de la hepatitis B o C, consumo de alcohol o

hemocromatosis. Las manifestaciones iniciales son típicamente dolor abdominal, masa abdominal palpable y síntomas constitucionales como anorexia y pérdida de peso. Puede haber compresión de la vena cava inferior y / o la vena porta, edema de las extremidades inferiores, ascitis e ictericia. Los hallazgos de laboratorio reflejan las anomalías asociadas con la enfermedad hepática crónica subyacente. Es probable que los resultados de las pruebas de función hepática sean anormales.

La tomografía computarizada y la resonancia magnética pueden determinar la ubicación anatómica del tumor, aunque la angiografía puede ser más útil para distinguir el cáncer hepatocelular (hipervascular) de las metástasis hepáticas (hipovascular) y para determinar si un tumor es resecable. La hepatectomía parcial es el tratamiento de elección para pacientes con reserva hepática adecuada y tumores únicos. (19)

Los tratamientos curativos son el trasplante hepático, la resección quirúrgica y la destrucción percutánea. (20) Sin embargo, muchos pacientes con cáncer de hígado no son candidatos para la resección quirúrgica debido a una cirrosis extensa, una función hepática alterada y la presencia de enfermedad extrahepática. (20) A pesar de estos tratamientos, el pronóstico del cáncer de hígado sigue siendo malo, con un 4% de supervivencia a los 10 años. (19)

c) Cáncer de páncreas

El cáncer de páncreas suele hacer referencia a los adenocarcinomas ductales del páncreas, ya que más del 90% de los tumores pancreáticos derivan del epitelio ductal. Otros tumores importantes del páncreas son las neoplasias malignas endocrinas, los tumores carcinoides, los linfomas y distintos sarcomas poco frecuentes. (18) No hay evidencia que relacione este cáncer con la ingestión de cafeína, colelitiasis o diabetes mellitus, pero el tabaquismo, la obesidad y la pancreatitis crónica muestran una correlación positiva.

El dolor abdominal, la anorexia y la pérdida de peso son los síntomas iniciales habituales. El dolor sugiere invasión retroperitoneal e infiltración de nervios espláncnicos. La ictericia refleja la obstrucción biliar en pacientes con tumor en la cabeza del páncreas. El cáncer de páncreas puede aparecer como una masa localizada o como un agrandamiento difuso de la glándula. (19)

El único tratamiento potencialmente curativo para el cáncer de páncreas es la cirugía. La cirugía de elección es la pancreatoduodenectomía (técnica de Whipple). La mortalidad operatoria es elevada (entre 15-20%), y presenta además una alta morbilidad, especialmente en pacientes mayores de 70 años. Existe controversia en cuanto al tratamiento adyuvante y neoadyuvante con quimio o quimioradioterapia, aunque en los estudios publicados parece aportar beneficio el tratamiento combinado de 5 fluorouracilo con radioterapia. (21)

d) Cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en varones después del cáncer de próstata y de pulmón y el segundo en mujeres tras el de mama. A pesar del avance experimentado en los últimos años con respecto a su tratamiento, constituye la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer. Este tumor aparece con mayor frecuencia entre la quinta y la séptima década de la vida. En un pequeño porcentaje de casos, el diagnóstico se efectúa en edades inferiores a los 40 años, habitualmente en el contexto de formas hereditarias. El cáncer de recto es más frecuente en varones, mientras que el de colon derecho afecta más a mujeres. (22)

Entre los factores de riesgo conocidos están los factores higiénico-dietéticos (ingesta de carne roja, alcohol, tabaquismo y obesidad), la predisposición familiar (presente en un 15-20% de los casos) y los antecedentes personales de adenomas colorrectales o enfermedad inflamatoria intestinal.

El CCR puede ser asintomático y descubrirse en fase precoz mediante una prueba de cribado, o bien diagnosticarse a partir de signos y síntomas, probablemente en fases más avanzadas. Los síntomas más frecuentes son: dolor abdominal, cambio del ritmo intestinal, rectorragia, anemia ferropénica y pérdida de peso. (23)

El tratamiento de elección del CCR es la resección quirúrgica. El tipo de tratamiento quirúrgico varía según la localización tumoral y la presencia o ausencia de complicaciones asociadas (perforación, obstrucción). En los tumores situados en el ciego y el colon ascendente resulta obligado efectuar una hemicolectomía derecha con ileotransversostomía, mientras que en el hemicolón izquierdo puede efectuarse una resección segmentaria o hemicolectomía izquierda. En el cáncer de recto, la resección del segmento afecto, con escisión total del mesorrecto, y la anastomosis terminal es siempre la intervención deseable, lo cual depende de la distancia que separa el tumor del margen anal. Así, y aunque la seguridad de la anastomosis ha mejorado notablemente con el uso de la sutura mecánica, en ocasiones debe procederse a la amputación anal y a la instauración de una colostomía definitiva (operación de Miles). (23)

e) Cáncer cervicouterino

El cáncer de cérvix es el segundo cáncer femenino más frecuente a nivel mundial y la primera causa de muerte por cáncer en los países en vías de desarrollo, debido a la baja tasa de vacunación y de los programas de cribado. El factor de riesgo más importante es la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), presente en el 90% de los casos. La mayor parte de las pacientes se diagnostican mediante programas de cribado (citología cervical). El síntoma más frecuente es el sangrado vaginal anormal o coitorragia. La estadificación es clínica y se complementa con resonancia magnética pélvica y la tomografía computarizada. (22)

El tratamiento primario del cáncer de cuello uterino localizado depende de su estadio. En general, en estadio precoz es exclusivamente quirúrgico. La técnica apropiada dependerá de la edad de la paciente, de sus comorbilidades, del estadio y del tamaño

del tumor. La técnica más empleada es la histerectomía radical con disección ganglionar, aunque las pacientes más jóvenes con poco riesgo de metástasis pueden someterse a una histerectomía simple o incluso a una cervicectomía radical en casos muy escogidos cuando la paciente desea mantener la fertilidad. Las pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio reducido que presentan determinados rasgos histopatológicos de alto riesgo tras la cirugía pueden beneficiarse de la radioterapia o la quimioterapia. (18)

f) Cáncer de ovario

Los pacientes con cáncer de ovario con síntomas principalmente gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento tienden a ser diagnosticados en una etapa más tardía que los pacientes que presentan síntomas principalmente ginecológicos como sangrado vaginal anormal o dolor. La evaluación diagnóstica implica la consideración de signos y síntomas inespecíficos+.

Las mujeres mayores de 40 años con síntomas persistentes o inexplicables deben someterse a una evaluación de laboratorio que incluya hemograma completo, panel metabólico integral y CA-125. La enfermedad inflamatoria pélvica, la endometriosis, los quistes ováricos funcionales, la menstruación, el embarazo, la ascitis y otras neoplasias malignas pueden causar niveles elevados de CA-125. (24)

El tratamiento para el cáncer de ovario es la cito reducción quirúrgica seguida de quimioterapia. La quimioterapia antes de la cirugía cito reductora se asocia con resultados similares. La radiación se puede usar para terapia paliativa o enfermedad localizada posquimioterapia. La estadificación quirúrgica incluye histerectomía abdominal total y extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos y el epiplón. (25)

Incluso para que el procedimiento sea completo, el cirujano puede verse obligado a hacer resecciones amplias: peritonectomía extensa, resecciones digestivas múltiples, esplenectomía, cirugía hepática, etc. Con el fin de reducir el número de acciones y, sobre todo, la morbilidad y la mortalidad, algunos autores proponen la asociación de quimioterapia neoadyuvante y cirugía de intervalo. Aquí se presentará la estrategia terapéutica necesaria para el tratamiento de este tipo de cáncer en función del grado de evolución de la enfermedad. (24)

Derivado de las anteriores patologías ocasionadas por el cáncer y en las cuales la intervención quirúrgica resulta ser parte del tratamiento para tratar las mismas cabe destacar el principal síntoma que manifestara el paciente posterior a la cirugía, el dolor, y del cual es importante conocer a profundidad con la finalidad de proporcionarle un adecuado plan de cuidados para minimizar o eliminarlo al máximo.

5.4 Dolor

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial o descrita en términos de tal daño”.

Es importante tener en cuenta que el dolor es, en principio, un mecanismo de defensa, cuya función es detectar y localizar los procesos que dañan las estructuras corporales, pero es también un fenómeno subjetivo que puede estar o no vinculado a una lesión o patología. No se debe olvidar que tiene una parte de sensación, que se describe a menudo como un proceso que penetra o destruye los tejidos, y otra emocional (ansiedad, excitación, miedo) en la que influyen aspectos físicos, psicológicos y sociales, lo que con frecuencia complica su tratamiento terapéutico. (26)

5.4.1 Tipos de dolor

La clasificación del dolor puede hacerse en función de diversos criterios (Cuadro 2):

Cuadro 2. Clasificación del dolor.

Duración	Origen	Localización	Curso	Intensidad	Sensibilidad al tratamiento
Agudo	Nociceptivo	Nociceptivo -Somático -Visceral	Continuo	Leve	En respuesta a opioides (buena, parcial, escasa)
Crónico	Neuropático	Neuropático -Central -Periférico	Irruptivo -Incidental -Idiopático o espontaneo	Moderado	Dolor difícil
				Intenso	

Fuente: Del Arco J. Curso Básico sobre el Dolor. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. Rev Farmac Profe. 2015; 29(1).

a) Según su duración

- *Dolor agudo.* Es un fenómeno de corta duración que generalmente se asocia a un daño tisular y desaparece con la curación de este último. Suele estar claramente localizado y su intensidad se relaciona con el estímulo que lo produce. Se acompaña de reflejos protectores, como la retirada de la extremidad dañada o espasmos musculares y produce un estado de excitación y estrés que conlleva un incremento de la presión arterial.
- *Dolor crónico.* Tiene una duración de más de 3 o 6 meses, se prolonga más allá de la curación de la lesión que lo originó o se asocia a una afección crónica. Tanto la intensidad como la etiología y el patrón de evolución son muy variables. No tiene una acción protectora y está especialmente influenciado por los factores psicológicos, ambientales y afectivos. (26)

b) Según su origen

- *El dolor nociceptivo* es el causado por la activación de los receptores del dolor (nociceptores) en respuesta a un estímulo (lesión, inflamación, infección, enfermedad). Como ocurre con el dolor agudo, suele haber una relación directa entre su intensidad y la gravedad de la agresión.
- *El dolor neuropático* se origina por un estímulo directo del sistema nervioso central (SNC) o una lesión de los nervios periféricos. No se relaciona, por tanto, con la estimulación de las terminales sensitivas y suele acompañarse de disestesias y parestesias. Es habitual que sea desproporcionado para el estímulo que lo produce y que aparezca sin que haya una causa identificable. Se considera un dolor patológico, ya que no tiene ninguna utilidad como mecanismo de alerta o defensa. Aunque se debe a causas muy diferentes, presenta características comunes a la mayoría de los pacientes, como hormigueo, picazón, quemazón, opresión, punzadas o descargas eléctricas.
- *El dolor psicógeno* no se debe a una estimulación nociceptiva ni a una alteración neuronal, sino que tiene una causa psíquica (depresión, hipocondría) o bien se trata de la intensificación desproporcionada de un dolor orgánico que se debe a factores psicológicos. (26)

c) Según su localización

El dolor nociceptivo se divide en:

- *Dolor somático*, cuando se estimulan los receptores de la piel, el sistema musculoesquelético o vascular. Se caracteriza por estar bien localizado y aunque con frecuencia es punzante, su tipología varía de unos pacientes a otros.
- *Dolor visceral*, que se debe a lesiones o disfunciones de los órganos internos, aunque hay vísceras que no duelen, como el hígado o el pulmón. Es profundo, continuo y mal localizado e irradia incluso a zonas alejadas del punto de origen. Suele acompañarse de síntomas vegetativos (náuseas, vómitos, sudoración).

Por su parte el dolor neuropático se divide en *central y periférico*, según en qué parte del sistema nervioso se localiza la lesión o enfermedad que lo causa.

d) Según su curso

El dolor que persiste a lo largo del día sin aliviarse se denomina continuo y sus exacerbaciones repentinas y transitorias, dolor irruptivo. Este último se puede clasificar a su vez en incidental (cuando existe un factor desencadenante como el movimiento, la ingesta o la defecación) e idiopático o espontáneo.

e) Según su intensidad

Se considera leve si no interfiere en la capacidad para realizar las actividades diarias, moderado cuando dificulta estas actividades, e intenso cuando interfiere incluso en el descanso.

f) Según su sensibilidad al tratamiento

Se emplean clasificaciones como la que se basa en su respuesta a los opioides (buena, parcial o escasa) y términos como dolor difícil (cuando no responde a la terapia analgésica). (26)

5.4.2 Fisiología del dolor

Existen dos tipos de receptores del dolor o nociceptores: los que responden a estímulos térmicos y mecánicos y transmiten con rapidez la señal a través de fibras mielinizadas (A δ) y los que están conectados a las fibras amielínicas (C), de conducción más lenta, que responden a la presión, temperatura y otro tipo de estímulos.

En los tejidos lesionados o inflamados, la presencia de sustancias como la bradicinina, histamina, prostaglandinas, leucotrienos o la serotonina provocan que los nociceptores aumenten su sensibilidad, de manera que estímulos de muy poca intensidad (por ejemplo, un leve roce) son suficientes para generar una señal dolorosa. A este fenómeno se le conoce como sensibilización y se produce tanto a nivel somático como

visceral. De hecho, en las vísceras existe un gran número de neuronas aferentes, que en ausencia de lesión o inflamación no responden a estímulos mecánicos o térmicos (por lo que se denominan nociceptores silenciosos) y se vuelven sensibles a estos estímulos en presencia de los mediadores químicos.

Esto explica el fenómeno de que las estructuras profundas sean relativamente insensibles en condiciones normales y se conviertan en una fuente de intenso dolor cuando se encuentran inflamadas. (26)

Los nociceptores, además de desencadenar la señal, liberan mediadores, como la sustancia P, que produce vasodilatación, desgranulación de mastocitos e induce la producción y liberación de mediadores inflamatorios.

Las fibras aferentes penetran en la médula espinal a través de las raíces dorsales y terminan en las astas posteriores de la sustancia gris. Ahí contactan con neuronas medulares que llevan la señal a las regiones cerebrales encargadas de la percepción del dolor. El hecho de que con una neurona medular contacten numerosas aferentes, provoca que el cerebro pueda localizar erróneamente la fuente del dolor, dando lugar así al fenómeno del dolor referido.

Las neuronas medulares transportan la señal al tálamo contralateral, desde donde es conducida a la corteza frontal y a la somatosensitiva. Además de estos, existen otros circuitos neuronales que intervienen en la modulación del dolor y que están implicados en sus factores afectivos y emocionales. Las estructuras de estos circuitos moduladores poseen receptores sensibles a los opioides endógenos (encefalinas, endorfinas) y exógenos.

Las lesiones y los trastornos funcionales de los nervios periféricos producen dolores intensos (como la neuropatía diabética o el dolor postherpético). Ese tipo de dolores aparecen también cuando se afectan el tálamo y el haz espinotalámico y son bastante difíciles de tratar. Estos fenómenos se deben a que las neuronas lesionadas se vuelven muy sensibles a los estímulos e incluso se activan espontáneamente, generando impulsos dolorosos. (26)

Resulta imprescindible para el personal de salud, así como para el paciente utilizar una herramienta que permita describir la intensidad del dolor que se encuentra experimentando apoyándose de escalas que ayudan a detectarlo. En el ámbito hospitalario existen diferentes tipos de pacientes y por tanto las escalas de evaluación deben ser apropiadas para cada uno de ellos. Algunas consideraciones que se deben tomar a la hora de evaluar el dolor son: explicar al paciente la utilidad de estar evaluando constantemente los síntomas que presenta, determinar el estado de conciencia y su deseo de colaborar y explicar de manera clara y sencilla el uso de la escala.

5.4.3 Escalas de evaluación del dolor

Las escalas ayudan a detectar el dolor. En el ámbito hospitalario existen diferentes tipos de pacientes y por tanto las escalas de evaluación deben ser apropiadas para cada uno de ellos.

En los pacientes conscientes y comunicativos podemos utilizar:

- a) Escala visual Análoga (EVA)
- b) Escala numérica (Numerical Rating Scale, NRS)
- c) Escala visual análoga de Wong- Baker

Y en pacientes no comunicativos podemos usar:

- d) Escala de PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)

a) Escala visual analógica (EVA).

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable” (Figura 3). La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión.

La EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes. Aunque la escala no ha sido específicamente testada para pacientes en terapia intensiva, ésta es frecuentemente utilizada con esta población. Es una herramienta válida, fácilmente comprensible, correlaciona bien con la escala numérica verbal.

Los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de ± 2 mm. Por otro lado tiene algunas desventajas: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado. Para algunos autores, la forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Para otros, una escala vertical presenta menores dificultades de interpretación para los adultos mayores, porque le recuerda a un termómetro.

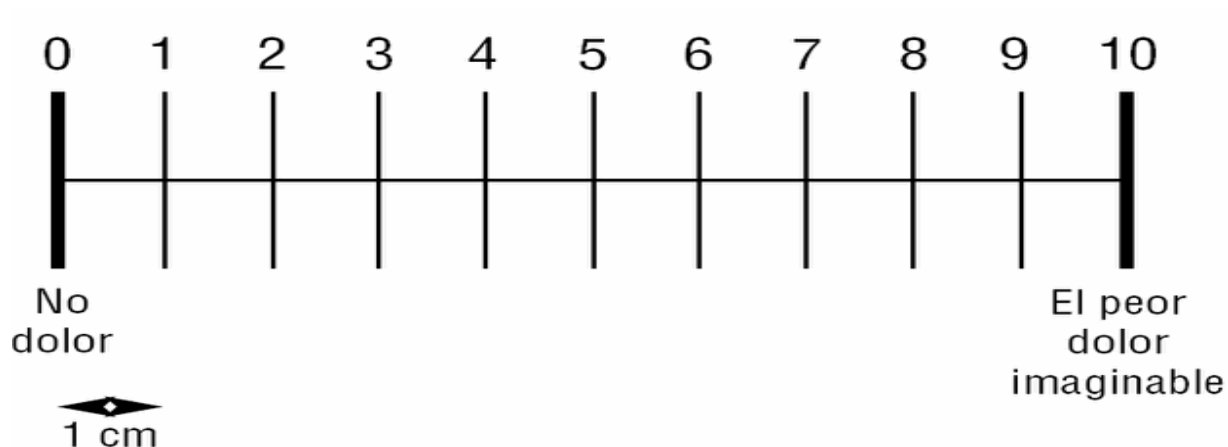
Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso.

En algunos estudios definen la presencia de Dolor cuando la EVA es mayor a 3.

Graduación del dolor:

1-3: leve-moderado
4-6: moderado-grave
> 6: muy intenso (27)

Figura 3. Escala Visual Análoga (EVA): Graduación del dolor: de 1 a 3 dolor leve-moderado, de 4 a 6 dolor moderado-grave y más de 6 dolor muy intenso.



Fuente: Clarett M , Pavlotsky P. Escalas de Evaluación de Dolor y Protocolo de Analgesia en Terapia Intensiva. Instituto Argentino de Diagnostico y Tratamiento.

b) Escala numérica (Numerical Rating Scale, NRS)

La NRS fue descrita por Downie en 1978. Es una de las escalas más utilizadas tanto en el ámbito clínico como en la investigación. Esta escala no es solamente muy fácil de utilizar, sino que se puede reproducir con suma facilidad en cualquier momento. Para ello, únicamente hace falta trazar una línea de 10 cm en un folio de papel. En los extremos de la línea se colocan los números 0 y 10 (0 –100). Esta línea ha de estar dividida en 10 partes iguales. Cada parte corresponde a un nivel mayor de dolor.

La NRS también puede emplearse como una escala verbal y entonces se pide al paciente que nos de su valoración del dolor de 1 a 10, siendo uno el dolor más leve y 10 el dolor insoportable (Figura 4). Es una buena alternativa a la VRS cuando se desea cuantificar más el dolor, pero nunca debe olvidarse que, aun así, es una escala categórica y el tratamiento estadístico debe emplear pruebas no paramétricas. (28)

Figura 4. Escala Numérica (Numerical Rating, NRS): Valoración del dolor de 1 a 10, siendo uno el dolor más leve y 10 el dolor insoportable



Fuente: Malouf J, Baños J. La evaluación clínica del dolor. Rev Clinc Elect en Aten Prim. 2013.

c) Escala visual análoga de Wong- Baker.

Está compuesta por seis caras dibujadas con calificaciones que van del 0 al 10, la identificación de acuerdo a la sensación de dolor se representa gráficamente con las caras y cuantitativamente con los valores que representa cada una de ellas. Muestra un autoinforme del dolor, que es fácil de usar, económico y muy bien aceptado (Figura 5).

La validación de este tipo de escalas que miden el dolor pediátrico se basa en la evaluación de contenido, forma y fiabilidad en cómo se construyó la misma. Su fiabilidad se basa en su uso continuo y la posibilidad de repetirlas, en un método de re-test, por la capacidad de respuesta que existe en este tipo de pruebas y la posibilidad de quien las aplica de cambiar la respuesta (modificar la interpretación), lo cual se considera algo crítico desde el punto de vista del clínico tratante. Por ello, una manera de valorar la fiabilidad del instrumento, es que la respuesta del clínico a partir del uso del instrumento pueda ser específica.

Los niveles de medición sobre la evaluación del dolor son considerados subjetivos, pueden ser simplemente ilustrativos. Al considerar la comparación de la intensidad del dolor este se interpreta entre las personas como absoluta, se necesitarían medidas intermedias entre el cero absoluto y una unidad común; en la actualidad un instrumento con tales características aún no existe. (29)

Figura 5: Escala Visual Análoga de Wong Baker



Fuente: Orellana J, Morales V , González M. Escala Visual Análoga Wong-Baker FACES y su aplicación en odontología infantil. Salud y Administración. 2018 septiembre; 5(15)

d) Escala de PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)

La escala PAINAD es un instrumento simple, válido y confiable para medir el dolor en pacientes no comunicativos. Consta de 5 ítems que se puntúan con 0, 1 o 2 cada uno: respiración, vocalización-verbalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal y consolabilidad (Cuadro 3). Finalmente se suma la puntuación de cada ítem. La puntuación total varía entre 0 a 10 puntos que se asocian con un grado de severidad del dolor de la siguiente manera:

1 a 3 puntos: dolor leve.

4 a 6 puntos: dolor moderado.

7 a 10 puntos: dolor severo (30)

Cuadro 3. Escala de PAINAD

Elemento/ Valor en puntos	0	1	2
Respiración independiente de la vocalización	Normal	Respiración laboriosa esporádica; periodos de desaprobación	Respiración laboriosa y ruidosa; largos periodos de hiperventilación; respiraciones de Cheyne Stokes
Vocalización negativa	Ninguna	Gemidos o lamentos esporádicos; habla de tipo bajo con una calidad negativa o de desaprobación	Llamadas problemáticas repetidas; gemidos o lamentos altos; llanto
Expresión facial	Sonriente o inexpresiva	Triste asustada, ceñuda	Muecas faciales
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso, de sufrimiento, anda de un lado a otro, no deja de moverse	Rígido, puños cerrados, rodillas levantadas se aparta o la aparta, la golpea
Capacidad de alivio	No necesita alivio	Se distrae o se tranquiliza por la voz o el contacto	No es posible aliviarlo, distraerlo o tranquilizarlo

Fuente: García J , Plaza E. Uso de la escala PAINAD para la valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo. Zona Tes. 2017 junio.

5.5 Dolor Postoperatorio

El dolor postoperatorio es un tipo de dolor agudo causado por un tratamiento quirúrgico que desencadena una reacción inflamatoria y una descarga neuronal aferente, aunque puede llegar a cronificarse. En este tipo de dolor intervienen diversos mecanismos fisiológicos nociceptivos sobre los que influyen factores psicológicos, de conducta y emocionales.

5.5.1 Factores que influyen en el dolor postoperatorio

Los principales factores que influyen sobre el dolor postoperatorio tanto en su aparición como en la intensidad, cualidad y duración del mismo, dependen del propio paciente y de algunos aspectos de la intervención quirúrgica. (31)

a) Factores relacionados con el paciente

Por lo que respecta al paciente, se han relatado componentes relacionados con la personalidad como los emocionales y psicológicos, y los componentes sociales y culturales. Además, también se han referido algunos otros aspectos como las experiencias previas del paciente sometido a intervención respecto al dolor o el sexo y la edad del paciente. (31)

Resultan de especial interés para las enfermeras los elementos conectados al estado emocional del paciente. En este sentido vale la pena comentar que mientras no es posible actuar sobre algunas circunstancias como el tipo de personalidad del paciente, el nivel cultural o la historia familiar previa otros factores pueden ser modificados antes de la cirugía.

Otros factores predictivos de la severidad del dolor postoperatorio relacionados con el paciente que deben ser tomados en cuenta de cara a la planificación de la analgesia son:

- Presencia de dolor intenso en el postoperatorio por la enfermedad que motiva la intención
- Dolor preoperatorio superior a 6 meses
- Dolor intenso en intervenciones previas
- Alta expectativa de sufrir dolor en la intervención

- Presencia de dolor crónico (11)

b) Factores relacionados con la intervención

Se han descrito como factores determinantes relacionados con la intervención quirúrgica la localización, la naturaleza del mismo y la cuantía de la agresión intraoperatoria, el tipo de incisión, la presencia de complicaciones postoperatorias y la técnica anestésica. (31)

La localización

Se ha constatado que el dolor postoperatorio es más intenso en determinadas localizaciones como la cirugía torácica, abdominal, renal y en la cirugía de la columna vertebral, huesos largos y articulaciones mayores. (31)

La naturaleza de la intervención

La agresión quirúrgica, la técnica realizada y la duración de la intervención están relacionadas con la severidad del dolor postoperatorio. Al respecto existen numerosas publicaciones que relacionan estos hechos con un aumento de la hiperactividad de sistema nervioso autónomo (SNA), irritación de determinados nervios como el frénico, inflamación postoperatoria, incremento de la producción de mediadores del dolor, contracciones y espasmos musculares, imposibilidad de movilización postoperatoria, etc.

Los traumatismos quirúrgicos asociados son las traducciones, las válvulas que pueden provocar algias, las posiciones extremas en determinadas intervenciones que provocan aplastamientos, etc. (31) En función de la intensidad y duración del dolor, las intervenciones quirúrgicas pueden agruparse en dolor intenso, moderado y leve. (26)

El tipo de incisión quirúrgica

La incisión postoperatoria desempeña un papel importante en el dolor postoperatorio. Las incisiones en zonas de tensión o en determinados pliegues pueden producir tumefacción o zonas de inflamación. A nivel abdominal se ha observado menos dolor en las incisiones subcostales que en las medias y mayor dolor en la supraumbilicales (abdomen superior). (31)

La técnica anestésica

Tanto pre como intra o postoperatoria va a influir en la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio. Los bloqueos loco regionales suelen mejorar y retrasar la aparición de dolor. (31) La analgesia postoperatoria alcanza una mejor efectividad si se inicia durante el intraoperatorio. La infiltración de anestésicos locales (tipo bupivacaina) en la herida quirúrgica asociada a los analgésicos proporcionan buenos resultados en el control del dolor. (32)

5.5.2 Complicaciones del dolor postoperatorio

La identificación y el control del dolor requieren una atención muy especial por parte del personal encargado del cuidado de los pacientes operados, dadas las importantes repercusiones en la morbilidad y la mortalidad que tiene a correcta recuperación del paciente tras la intervención quirúrgica.

El organismo reacciona frente a la agresión por los impulsos nociceptivos (de dolor) originados a distintos niveles que alcanzan el sistema nervioso central (SNC), dando lugar a respuestas de carácter segmentario, supra segmentario y cortical. Estas respuestas son las que definen la reacción del organismo frente a la agresión y forman la base para explicar los problemas quirúrgicos ligados a la presencia del dolor. (26)

Los reflejos segmentarios son el resultado de la hiperactividad neuronal en el asta anterior y anterolateral modular y dan lugar a una serie de influjos vehiculizados por los axones de estas neuronas que provocan la aparición de espasmos musculares y vasculares en diversas zonas del organismo.

Las respuestas supra segmentarias producen la reacción de las neuronas del tallo cerebral y centros superiores de la estimulación nociceptiva. Estas respuestas provocan hiperventilación, incremento del tono simpático, hiperactividad endocrina (catecolaminas, corticotropinas (ACTH), cortisol, aldosterona, etc.). Las repercusiones corticales por integración de los impulsos nociceptivos a nivel de los centros corticales superiores provocan una respuesta de tipo fisiológico y psicológico como la inmovilización, el miedo o la angustia. (31) La traducción clínica de estas respuestas puede provocar complicaciones a distintos niveles.

a) Complicaciones respiratorias

El deterioro de la función respiratoria es una de las complicaciones más importantes en el periodo postoperatorio inmediato con una incidencia que oscila entre el 5 y el 25%, incrementándose hasta el 6 y el 65% cuando la intervención afecta a la región torácica o el hemiabdomen superior. Se ha estimado que las complicaciones respiratorias son causa del 25% de mortalidad postoperatoria. Estas complicaciones se manifiestan por la presencia de cambios radiológicos como atelectasias, neumonías y derrame, así como por signos físicos evidentes como taquipnea, tos, expectoración, fiebre o cianosis.

Otros factores asociados a la presencia de complicaciones respiratorias que deben ser considerados para un especial seguimiento son: edad superior a 70 años, el tabaquismo, un estado nutritivo deficiente, la presencia de patologías asociadas, el tipo de cirugía, la técnica quirúrgica y la duración de la intervención, la difusión de la musculatura, la distensión abdominal, la estructura refleja de los músculos toraco

abdominales y las alteraciones en la ventilación/ perfusión generados por el acto anestésico-quirúrgico. (31)

El dolor por sí mismo puede proporcionar complicaciones respiratorias además de exacerbar la mayor parte de los distintos factores implicados sobre todo en pacientes de alto riesgo disminuyendo que comporta la agresión anestésica y quirúrgica sobre el funcionalismo respiratorio.

b) Complicaciones cardiocirculatorias

Las alteraciones cardiovasculares son otras de las causas importantes de mortalidad postoperatorias (alrededor del 23% de las muertes en el postoperatorio se asocian a complicaciones cardiovasculares) la aparición de dolor provoca liberación de catecolaminas que inducen la elevación de la frecuencia cardiaca y un aumento de las resistencias vasculares periféricas con incremento de la presión arterial media, del índice cardiaco y del consumo de oxígeno por el miocardio. Esta situación con pacientes con patologías previas puede desencadenar la aparición de infarto de miocardio o insuficiencia cardiaca.

A nivel periférico también se han descrito mecanismo asociados a la aparición de trombosis venosas profundas y elevación del riesgo de tromboembolismo pulmonar, que constituye la causa más frecuente de muerte súbita en los primeros diez días de postoperatorio. (31)

c) Complicaciones endocrino- metabólicas

El dolor postoperatorio es uno de los factores implicados en la activación del sistema simpático y la estimulación del eje endocrino hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, provocando un aumento de la secreción de catecolaminas, hormonas de la hipófisis anterior, de la hipófisis posterior, péptico natriurético atrial y beta- endorfinas.

Esto se acompañan de un incremento en la liberación periférica de cortisol, aldosterona y glucagón, estimulación del sistema renina angiotensina, incremento de la lipólisis con la liberación de ácidos grasos, aumento de los cuerpos cetónicos, del ácido láctico, del metabolismo y el consumo de oxígeno con hipercatabolismo proteico y negativización del balance nitrogenado, alteración de la inmunidad por disminución de la quimiotaxis, aumento de la capacidad fagocitaria y disminución de la función de los linfocitos B y T.

Con objetivo de prevenir o minimizar la respuesta endocrino metabólica ante la agresión quirúrgica se han creado diversas estrategias terapéuticas, aunque los resultados obtenidos son poco satisfactorios. (31) Por otra parte, el tratamiento adecuado del dolor postoperatorio no asegura por sí mismo la inhibición de la respuesta endocrino metabólica frente a la agresión quirúrgica por lo que el control de dicha respuesta exige un abordaje terapéutico muy amplio dentro del cual el tratamiento del dolor es solo una de las medidas que se deben de tomar.

d) Complicaciones digestivas

Vienen determinadas por un descenso en la actividad digestiva e incluyen alteraciones como distensión abdominal, náuseas, vómitos o íleo paralítico, provocando una mala asimilación de la ingesta alimenticia o intolerancia digestiva, todo ello motivado por un aumento del tono de los esfínteres y de las secreciones intestinales, con inhibición y disminución de la motilidad gastrointestinal, en particular estómago y colon. (31)

Por otra parte, es bien sabido que la mayoría de los opioides deprimen el funcionamiento gastrointestinal independientemente de la vía de administración, aunque la vía epidural suele comportar menor afectación que la sistémica. Por tanto, es necesario vigilar con especial cuidado la aparición de complicaciones derivadas del descenso de la actividad digestiva en aquellos casos en los que se utilizan analgésicos opioides en determinados periodos del postoperatorio. (33)

La incidencia de náuseas y vómitos en el postoperatorio se estima entre 25- 30% y suelen ser episodios autolimitados que no duran más de 24 horas con una incidencia de secuelas graves del 0.1%. (31)

e) Complicaciones Urológicas

Igual que ocurre en el sistema digestivo, el aumento del tono simpático provoca una inhibición de la motilidad del tracto urinario con disminución de la movilidad ureteral y vesical que conduce hacia la retención urinaria. (31)

f) Complicaciones psicológicas

Las reacciones de tipo psicológico ante el dolor se corresponden con emociones tales como la angustia, el miedo, la depresión y aprensión, siendo el resultado de una respuesta cortical al dolor. Las emociones que pueden aparecer más frecuentemente son la ansiedad, el miedo y la depresión. (31) Aunque la ansiedad es uno de los condicionantes más frecuentes, y se acepta que a nivel mayor de ansiedad se produce más dolor, mas no está clara dicha relación ya que son muchas las circunstancias que pueden condicionarla en uno u otro sentido.

5.5.3 Terapias de relajación

a) Técnica de liberación emocional

La Emotional Freedom Technique (EFT) es una forma de acupresión psicológica. Consiste en aplicar suaves golpes con las yemas de los dedos en meridianos específicos de la cabeza y en el pecho con el fin de transferir la energía cinética, poniendo el foco en el problema específico del paciente y en las afirmaciones positivas de voz. Con esto se busca desactivar el “cortocircuito” (bloqueo emocional) del sistema bioenergético del cuerpo, restaurando así el equilibrio mental y físico, esencial para una óptima curación de la enfermedad.

b) Masaje

El masaje actúa sobre el sistema nervioso del paciente a través de las terminaciones nerviosas de la piel, estimulando la liberación de endorfinas. Recibir un masaje ha demostrado ser eficaz para aliviar el dolor de las migrañas, dolor de parto, fibromialgia e incluso algunos tipos de cáncer. También reduce el estrés, la ansiedad y la depresión, disminuye los síntomas del síndrome premenstrual y puede proporcionar alivio en casos de artritis al aumentar la flexibilidad articular.

c) Relajación muscular progresiva

Consiste en tensar y relajar todos los grupos musculares principales, uno cada vez, de la cabeza a los pies. Al aprender a sentir la diferencia entre tensión y relajación, se puede llegar a desconectar de forma más activa la respuesta de lucha o huida del cuerpo del paciente frente al dolor, que es la causa de casi todas las dolencias, la depresión y el estrés.

d) Técnicas de respiración

La respiración profunda ayuda a activar el sistema nervioso parasimpático, induciendo a la relajación. La técnica de respiración denominada 4, 7, 8 del Dr. Weil funciona como un tranquilizante natural para el sistema nervioso.

¿Cómo funciona?

- Tome aire por la nariz durante 4 segundos.
- Mantenga ese aire en los pulmones durante 7 segundos.
- Expulse todo el aire durante 8 segundos.
- Repita este proceso hasta que se quede dormido.

Se recomienda que durante el procedimiento se mantenga la punta de la lengua tocando el paladar de la boca.

Por su parte, el método de respiración Buteyko ayuda a mejorar la oxigenación de los tejidos y órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro, y puede ser particularmente útil para tranquilizar ataques de pánico o controlar la ansiedad.

e) Técnica de integración neuroestructural (TIN)

Consiste en utilizar una serie de movimientos suaves en músculos específicos o en puntos precisos sobre el cuerpo, creando un flujo de energía y vibraciones entre estos puntos y permitiendo de este modo que el cuerpo recupere su propio equilibrio. El objetivo principal es eliminar el dolor y las condiciones fisiológicas disfuncionales mediante la restauración de la integridad estructural del cuerpo. En esencia, la TIN proporciona al cuerpo una oportunidad de reintegrarse en muchos niveles y así recobrar y mantener regularmente los límites homeostáticos normales de una forma natural. (34)

5.6 Atención de Enfermería en el Paciente Quirúrgico

El proceso de llevar a cabo el procedimiento quirúrgico inicia desde el momento en que el cirujano decide que su paciente requiere una cirugía. Desde ese momento se prepara a dicho paciente para su intervención desde un aspecto multidisciplinario en el que distintos profesionales llevaran a cabo un rol en específico con la finalidad de ofrecer calidad de vida y una mejora en su estado de salud en general.

En dicho proceso enfermería juega un papel muy importante ya que es quien vivirá de cerca esta experiencia tan particular para el enfermo y es por eso que deberá disponer de los conocimientos y habilidades necesarias para el adecuado manejo y cuidados necesarios que tendrá el paciente en cada una de sus etapas; desde su ingreso al hospital, su preparación física y psicológica así como una apropiada recuperación de la cirugía para finalizar con la educación que deberá tener en casa para continuar manteniendo las medidas necesarias.

Las fases del proceso quirúrgico son:

Periodo preoperatorio: Comienza cuando se toma la decisión de someter al paciente a una intervención quirúrgica. Durante esta fase la enfermera identifica las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales del paciente, así como los problemas potenciales (13) En forma de una valoración individualizada del paciente enfermería será capaz de identificar las intervenciones que se llevaran a cabo en dicha fase la cual se dará por concluida una vez que el paciente se encuentre en la mesa quirúrgica.

Periodo transoperatorio: Empieza con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica. Todas las actividades se enfocan con el único fin de cubrir sus necesidades y de procurar su bienestar durante todo el proceso; el paciente reconoce a la enfermera que ha realizado la visita preoperatoria y establece con ella una relación paciente-enfermera. (13) La enfermera logra con la suficiente habilidad y destreza desempeñar sus actividades fundamentales dentro del quirófano para concluir con el plan recomendado para el paciente, este periodo culmina al trasladar al enfermo a la sala de recuperación.

Periodo postoperatorio: Inicia con la admisión del paciente en la unidad de recuperación posanestésica (URPA) y finaliza cuando el cirujano suspende la vigilancia. (13) La enfermera a cargo del paciente en el postoperatorio deberá tener especial y minucioso cuidado ya que se encuentra dentro de un periodo crítico por la situación a la cual se vio sometido, es por eso que los cuidados se ejecutaran de acuerdo a las necesidades del paciente y en búsqueda de su estabilidad hemodinámica.

5.6.1 Cuidados de Enfermería en el Periodo Preoperatorio

El paciente será preparado de forma adecuada para minimizar el impacto y los riesgos potenciales de la intervención (13) para lo cual recibirá una valoración preoperatoria realizada por el médico anesthesiólogo que tendrá como objetivo asegurar que el paciente sea intervenido en las mejores condiciones posibles. A su vez también es posible una visita por parte de la enfermera quirúrgica quien le brindará confianza ante este proceso y lo ayudará a facilitar su recuperación.

En cualquier caso, la enfermera de planta debe elaborar una historia de enfermería la cual le permitirá elaborar un plan de cuidados adaptado al paciente, y complementa la recogida de datos con la historia médica garantizando así una atención de calidad. En ese sentido podemos identificar el siguiente bloque de información, que posibilitará a la enfermera identificar los diagnósticos de enfermería y la elaboración de un plan de cuidados. (35)

- Identificación correcta del paciente, estado de consciencia, información recibida sobre su intervención y dudas al respecto.
- Identificar al cuidador principal tras la cirugía.
- Antecedentes quirúrgicos y heredofamiliares
- Toxicomanías
- Enfermedades actuales
- Medicaciones que toma en la actualidad
- Comprobar si tiene firmado consentimiento para su cirugía, para la anestesia, así como ordenes preoperatorias. Se incluyen también valoración de medicina interna si así lo requiere
- Comprobar si fuese necesario consentimiento para realizar transfusión sanguínea
- Comprobar si están realizadas todas las pruebas complementarias

Estas pruebas o estudios diagnósticos indicadas por el medico de forma general son:

- Electrocardiograma (ECG)
- Placa de tórax
- Analítica de sangre, que según la intervención podría ser:
 - ✓ Hemoglobina, hematocrito
 - ✓ Recuento de leucocitos
 - ✓ Tiempo de protombina
 - ✓ Plaquetas
 - ✓ Glucemia en ayunas
 - ✓ Bioquímica
 - ✓ Pruebas cruzadas
 - ✓ Grupo sanguíneo y RH
- Análisis de orina: sistemático y sedimento (35)

A su vez el profesional enfermero será el encargado de:

- Administrar alguna medicación antes de la intervención si así estuviera indicado.
- Administrar medicamentos orales que el paciente toma de forma habitual, si el medico así lo prescribe.
- Aplicar medidas específicas para la preparación de cada intervención (tratamiento antibiótico preventivo, profilaxis antitrombótica, preparación de colon, extracción de analíticas, etc.)
- Informar al paciente que no debe tomar nada por vía oral desde 6- 8 horas antes de la intervención. En algunas ocasiones será necesaria la canalización de vía periférica para administrar fluidos, como en el caso de pacientes con diabetes, personas ancianas propensas a la deshidratación, etc.
- Enseñar al paciente como realizar un aseo completo con jabón antimicrobiano la noche anterior y la misma mañana de la intervención. En el caso de los

pacientes que no puedan asearse solos, el lavado personal lo llevara a cabo la enfermera junto con el auxiliar de enfermería.

- Advertir a los pacientes que tienen que retirarse todas las joyas y los elementos metálicos que lleven.
- Mantener libre de esmalte las uñas del paciente.
- Proporcionar apoyo emocional y espiritual que ayudara a la enfermera quirúrgica a preparar al paciente para afrontar positivamente el proceso quirúrgico hasta el traslado a la zona de intervenciones.
- Cumplimentar el registro preoperatorio de la Unidad de Hospitalización. (13)

5.6.2 Cuidados de Enfermería en el Periodo Transoperatorio

El equipo del área quirúrgica se divide en enfermera circulante y enfermera instrumentista, piezas claves para desarrollar el acto quirúrgico satisfactoriamente. A continuación, se describen las funciones de cada una.

Enfermera Circulante

La enfermera circulante ayuda a la instrumentista a proporcionarle los materiales estériles que necesita tener preparados para cuando lleguen el cirujano y los ayudantes; no usa bata ni guantes estériles.

- Mantener al paciente cubierto con una sábana para proteger su intimidad y proporcionarle calor en la mesa de operaciones, asegurándose que se encuentre cómodo.
- Ofrecer apoyo emocional al paciente antes y durante la inducción de la anestesia y permanecer cerca de él.
- Asistir al anestesiólogo en la monitorización y en la preparación del paciente para su inducción
- Colaborar en proporcionar al paciente la posición quirúrgica una vez que la profundidad de la anestesia permita movilizarlo.

- Colocar la placa de electrodo inactivo en contacto con el paciente para conectarlo a la tierra (aparato de electrocirugía).
- Asistir al cirujano, a la enfermera instrumentista y a los ayudantes al vestido quirúrgico, anudando las cintas de la bata.
- Proporcionar a uno de los médicos un equipo de aseo para efectuar la preparación de la región quirúrgica, así como la colocación de sondas, catéteres y drenes urinarios.
- Dirigir la luz de la lámpara de techo hacia el sitio de incisión.
- Proporcionar el material e instrumental necesarios para la enfermera instrumentista.
- Dirigir y participar con la enfermera instrumentista en el conteo inicial y los recuentos posteriores de gasas, compresas, instrumental y material necesario.
- Sacar de la sala de operaciones toda la basura de las cubetas previamente clasificada, así como la ropa innecesaria.
- Restringir la entrada y salida del personal ajeno al procedimiento quirúrgico de la sala de operaciones.
- Estimar la pérdida aproximada de volumen sanguíneo en el recipiente del aspirador, en las gasas y compresas salientes del campo quirúrgico.
- Obtener hemoderivados, según se requieran, del banco de sangre, verificando datos completos de compatibilidad del donador con el receptor.
- Preparar y rotular los especímenes patológicos; además identificar tipo y ubicación de todo material, fluidos, cuerpos extraños o proteicos preservando las muestras.
- Solicitar el apoyo del equipo interdisciplinario, como técnico radiólogo, personal de patología, electrografista y cualquiera otro que se requiera en la sala de operaciones.
- Registrar cualquier irregularidad o incidente que ocurra durante la cirugía y mantener informado al jefe inmediato de cualquier cambio de procedimientos no anticipados.

- Realizar cuenta de gasas, compresas e instrumental, incluyendo agujas y material, cuantas veces sea necesario, notificando si el conteo es correcto o no y procediendo a actuar de acuerdo con las normas establecidas por la institución.
- Realizar los registros de cada uno de los eventos que se hayan presentado durante la intervención quirúrgica, así como las notas de enfermería y consumo de material en cada uno de los instrumentos administrativos que existan para tal fin, y de acuerdo con las políticas establecidas en cada institución. (36)
- Una vez finalizada la intervención debe colaborar con la instrumentista para poner el apósito, conectar drenajes, sondas, bolsas colectoras y realizar la limpieza y aseo del paciente cubriéndole con una sábana limpia.
- Ayuda al equipo estéril a quitarse las batas y a la enfermera instrumentista a recoger el material
- Comprueba que todos los registros estén cumplimentados y que la historia clínica acompañara al paciente a la unidad de recuperación posanestésica (URPA). (35)

Enfermera Quirúrgica

- La enfermera quirúrgica prepara el quirófano de manera adecuada para recibir al paciente
- Solicita el instrumental necesario de acuerdo al procedimiento quirúrgico
- Una vez que da inicio a la inducción anestésica del paciente, procede a abrir sus bultos y demás material necesario de acuerdo a las normas y procedimientos institucionales
- Realiza el lavado, secado y vestido quirúrgico
- Lleva a cabo el arreglo de la mesa mayo y la mesa riñón para realizar el procedimiento
- Asistir en el vestido y calzado de guantes al cirujano y sus ayudantes
- Participar en el conteo inicial de gasa, compresas e instrumental con la enfermera circulante

- Asistir en el vestido quirúrgico en el paciente una vez que se le da posición
 - Participa en el recuento de los elementos, antes, durante y después del procedimiento para asegurarse que no se dejen olvidados en el campo quirúrgico
 - Anticipa los requerimientos del cirujano, observando del curso de la operación y siguiendo los pasos del procedimiento quirúrgico
 - Realiza la entrega del instrumental y otros elementos de manera apropiada de tal modo que el cirujano no salga del campo operatorio para recibirlos
 - Asiste al cirujano o a los ayudantes para aspirar líquidos corporales, secar la herida o separar tejidos cuando sea necesario
 - Retira el instrumental pesado o filoso del campo evitando que se dañe el paciente o algún otro miembro del equipo quirúrgico
 - Debe estar atenta de cualquier incidente o accidente transoperatorio que pueda afectar al paciente y solicitara, el instrumental, material o algún otro equipo que pueda requerir el cirujano.
 - Es responsable de mantener el orden en el campo quirúrgico
 - Debe tener la mesa de trabajo limpia y en orden de acuerdo con el campo quirúrgico del procedimiento de tal modo que pueda entregar los materiales solicitados en forma rápida y eficiente
 - Permanece alerta para evitar cualquier transgresión a la técnica quirúrgica, la aséptica o ambas
 - Realiza el recuento del material, gasas, compresas e instrumentos cuantas veces sea necesario con la enfermera circulante y se le informara al cirujano.
- (35)

5.6.4 Cuidado de Enfermería en el Periodo Postoperatorio

Al término de la intervención quirúrgica el paciente será trasladado al área de recuperación anestésica en donde se estabilizarán sus funciones vitales afectadas por el acto anestésico.

El tiempo de recuperación varía en función de:

- ✓ Los medicamentos utilizados
- ✓ El nivel de ventilación alveolar
- ✓ La concentración de anestésicos inhalados, la dosis en que hayan sido suministrados, etc. (13)

La enfermera de recuperación enfrenta al cuidado de un paciente recién intervenido, que se está recuperando de una anestesia, y que, por tanto, tiene abolidos parcialmente sus reflejos, y que está recuperando el normal funcionamiento de todos sus sistemas corporales. (35)

En este periodo la enfermera es un miembro importante dentro del equipo, ya que el anestesista puede requerir de su ayuda para colaborar en la ventilación manual del enfermo, mantener permeable la vía aérea, preparar sondas de aspiración, desinflar el neumó del tubo endotraqueal, etc. (13)

La valoración focalizada de este tipo de pacientes requiere centrarse en las siguientes necesidades básicas: respirar normalmente, evitar peligros, hidratación y eliminación y termorregulación. Por lo tanto, la vigilancia se centra en:

- ✓ La oxigenación y ventilación.
- ✓ La circulación del paciente.
- ✓ El nivel de consciencia.
- ✓ El sistema nefro urinario.
- ✓ La termorregulación.

Para ello se desarrollan las siguientes actividades:

- Recibir el reporte verbal del enfermero circulante que le informe de la situación en la que le llega el paciente (aunque este anotado).
- Conectar al monitor para control cardiológico o respiratorio.

- Conectar el aparato de pulsioximetría.
- Colocar el manguito de tensión arterial.
- Monitorizar las entradas y salidas (sueros que han sido administrados, drenajes, diuresis, pérdidas insensibles).
- Valoración de la piel y mucosas.
- Realizar la valoración neurológica del paciente
- Tomar temperatura. (35)
- Las constantes deberán ser verificadas cada 15 minutos durante la primera hora y posteriormente cada 30 minutos y se registrará mediante una escala de puntuación en la que se pueda observar la recuperación del paciente (Escala de Aldrete) al realizar estos procedimientos se detectarán las necesidades del paciente de acuerdo con los parámetros establecidos para los signos vitales.
- Aliviar el dolor administrando la dosis más pequeña de manera que lo mitigue, pero que no ocasione somnolencia ni deprima el centro respiratorio
- Si el paciente tose brindarle soporte con la mano sobre la herida la cual le dará seguridad y evitará el dolor cuando respire
- Comprobar que los drenajes que tenga el paciente se encuentren fijos y drenando
- Verificar que los apósitos cubran la herida
- Brindar apoyo psicológico y proporcionar la información que solicite el paciente (esto contribuye a disminuir el estrés posquirúrgico)
- Revisar las indicaciones post operatorias con el fin de continuar el tratamiento
- Realizar un registro minucioso de todas las actividades realizadas, así como de la evaluación del paciente durante el postoperatorio inmediato. (36)

El paciente es dado de alta cuando las constantes se estabilizan, recupera la consciencia, las posibles complicaciones están controladas y en caso de anestesia regional, la zona anestesiada ha recuperado la función motora y parcialmente la sensitiva. (35)

VI. RESULTADOS: PLAN DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE POSTOPERADO POR CIRUGIA ONCOLOGICA ABDOMINAL

6.1 Valoración de enfermería

La presente valoración al paciente post operado por cirugía oncológica estará centrada en el dolor ocasionado por la cirugía mayor abdominal por la cual fue intervenido sin embargo es importante llevar a cabo a su vez una valoración por patrones funcionales principalmente afectados con la finalidad de satisfacer sus necesidades básicas las cuales nos llevaran a evitar complicaciones en su recuperación.

Una vez que el paciente es trasladado a la sala de recuperación se recibe la información necesaria para su atención, se realiza una evaluación rápida en donde se usara la escala de Aldrete de valoración posanestésica.

6.1.1 Valoración del dolor

La valoración del dolor se efectuará al ingreso dentro de la valoración inicial de enfermería. Para valorar la intensidad del dolor se utilizará una herramienta sistemática y validada para lo cual utilizaremos la Escala Numérica (NRS), la Escala Visual Análoga (EVA), Escala Facial o de Wong- Beker y la Escala de PAINAD (Paint Assessment in Advanced Dementia) de acuerdo a las características de cada una de ellas, el estado cognitivo, emocional y de lenguaje del paciente. (37)

Dichos resultados serán registrados en la hoja de enfermería respectiva del servicio y el personal de enfermería determinara la agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor en función de la valoración que el mismo ejerció.

Se comunicará al equipo interdisciplinar las conclusiones de la valoración del dolor, el alivio o la ausencia de este, obtenido con el tratamiento, los objetivos de dicho

tratamiento y los efectos que el dolor está causando en el paciente mediante la descripción de los parámetros obtenidos con una herramienta de valoración estructurada.

Se establecerá entonces, un plan de cuidados compatible con los objetivos del paciente en lo que concierne al alivio del dolor y teniendo en cuenta los siguientes factores.

- Los resultados de la valoración
- Las características basales del dolor
- Los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor
- El tipo de intervención por la cual acaba de atravesar
- El tipo de anestesia utilizada durante el procedimiento
- Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas obtenidas en el transcurso de su enfermedad previo a la cirugía y durante la misma
- Los principales planes de cuidado señalados actuales y futuros
- La intervención para el manejo del dolor. (37)

La valoración y revaloraciones periódicas del dolor tras la intervención quirúrgica se realizará a su llegada a la unidad de cuidados post anestésicos y durante su estancia en el mismo. Posteriormente al arribar al área de hospitalización y cada 6 horas posteriores. La enfermera encargada del paciente en hospitalización llevará a cabo la valoración al recibirlo, registrará la misma y desarrollará el plan de cuidados de acuerdo a las necesidades del paciente con la finalidad de aliviar su dolor.

Este dolor agudo posterior a la cirugía deberá evaluarse regularmente en función de la operación y de la intensidad del dolor, cada que se presente un episodio nuevo de

dolor y después de administrar el analgésico indicado teniendo en cuenta el punto máximo de efectividad de este.

Se tomarán en cuenta ciertos parámetros en las valoraciones periódicas del dolor como lo son los siguientes:

- Intensidad del dolor
 - Grado de alivio del dolor conseguido o bien la respuesta de acuerdo a la escala de intensidad utilizada con el paciente
 - Los efectos del dolor que afectan el patrón del sueño y el estado de animo
 - Los efectos adversos de los medicamentos para tratar el dolor como pueden ser nauseas, estreñimiento, entre otros.
 - El nivel de sedación
 - Las estrategia farmacológicas y no farmacológicas utilizadas para aliviar el dolor
- (37)

Se debe valorar de forma inmediata todo dolor intenso asociado a la intervención quirúrgica ya que podría venir acompañado con alteración de los signos vitales como lo puede ser la hipotensión, taquicardia o fiebre y así ponerlo en conocimiento del médico responsable.

Es importante confirmar con el paciente y sus familiares o cuidadores que las conclusiones reflejan realmente la experiencia vivida por el propio paciente.

A continuación se detallara la valoración pertinente y recomendada para desarrollar en el paciente oncológico recién intervenido por cirugía abdominal la cual se encuentra dividida por patrones funcionales de Marjorie Gordon en donde se narra de manera breve una descripción de cada uno de ellos y los aspectos relevantes a valorar desde el punto de vista de enfermería quirúrgica de manera que esta herramienta sea

aplicable y adaptable para el resto del personal de enfermería a cargo del paciente en el servicio de hospitalización a fin de brindar una atención de calidad de una forma holística la cual favorecerá el alivio del dolor ocasionado por la cirugía mayor por la cual fue intervenido.

6.1.2 Descripción de los Patrones Funcionales de salud y Valoración: Enfocado al Dolor Postoperatorio

Patrón	Descripción	Aspectos a valorar
Percepción manejo de la salud	Este patrón valora la percepción del propio individuo hacia su salud y bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con ella, respecto a su mantenimiento o recuperación. (38) De igual forma se indagará en la evolución de la enfermedad, el tratamiento que ha tenido al respecto para lograr resolver las complicaciones que se puedan presentar.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alergias ❖ Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido ❖ Conductas de salud: interés y conocimiento ❖ Cuidados, conocimiento y disposición que ha tenido con respecto al cáncer. ❖ Antecedentes heredofamiliares y/o padecimiento actual de alguna otra patología. ❖ Tratamiento médico actual ❖ Ingresos hospitalarios ❖ Tratamiento con radioterapia y quimioterapia ❖ Transfusiones sanguíneas ❖ Existencia habitual de toxicomanías (38) (39)
Nutricional- metabólico	Es probablemente al patrón más afectado en el que se buscará determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Talla, peso, IMC ❖ Temperatura corporal ❖ Dieta indicada y vía de ingesta (gastrostomía, yeyunostomía, SNG, NPT) ❖ Presencia de náuseas, vomito, pirosis, anorexia ❖ Pérdida de peso

	<p>metabólicas del paciente oncológico. También se evaluarán los posibles problemas en su ingesta después de la cirugía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteraciones en el gusto y sabor de los alimentos ❖ Disfagia ❖ Cambios en hábitos alimenticios ❖ Valoración y alteraciones de la piel (coloración, turgencia, estado de hidratación). ❖ Estado de hidratación de mucosas. ❖ Inspección de abdomen y ruidos peristálticos, si es posible. ❖ Herida quirúrgica de la cual se valorará: localización, tamaño, fase y tipo de cicatrización, dolor, datos de infección, estado de la piel. ❖ Fluidoterapia parenteral (estado de venoclisis o catéter venoso central, líquidos administrados) ❖ Indicación de transfusión de hemoderivados. (38) (39)
Eliminación	<p>Describe la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados (38) que se podrán ver</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Función urinaria: frecuencia, cantidad, olor, color ❖ Disuria, polaquiuria, nicturia, oliguria, nicturia ❖ Uso de sonda vesical: calibre, fecha de inserción,

	<p>afectados posterior al procedimiento realizado con especial cuidado en colostomías que son recurrentes en neoplasias abdominales.</p>	<p>características de la orina, volumen, globo vesical.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Función intestinal: estreñimiento, tratamiento o habito para contrarrestarlo, características. ❖ Diarrea: frecuencia, características. ❖ Vómitos ❖ Diaforesis ❖ Drenajes ❖ Uso de colostomías: localización y características. (38) (39)
<p>Actividad ejercicio</p>	<p>Generalmente el estado de salud del paciente oncológico se vea perjudicado considerablemente después de la cirugía (40) lo que lo llevara a necesitar ayuda para realizar actividades básicas. Se valorarán los factores que interfieren en el patrón deseado del individuo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Signos vitales y alteración de estos: Presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, oximetría de pulso. ❖ Llenado capilar ❖ Oxigenoterapia: vía de administración, litros por minuto. ❖ Disnea ❖ Tos (características) ❖ Tipo de respiración ❖ Ruidos adventicios ❖ Movilidad física (astenia, adinamia) ❖ Capacidad para realizar

		<p>actividades de la vida diaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tono muscular (38) (39)
Sueño- descanso	<p>Describirá la capacidad de la persona para efectuar el descanso (38), el cual se podrá ver afectado a causa del dolor y la ansiedad provocado por el procedimiento y la enfermedad actual. (40)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Patrón habitual de sueño ❖ Prácticas para dormir ❖ Trastornos del sueño ❖ Sueño interrumpido o invertido ❖ Medicación para dormir (38)
Cognitivo- perceptual	<p>En este patrón se hará hincapié en el dolor (valoración específica mencionada en el apartado anterior) percibido en el paciente que incide en la capacidad y se convierte en un problema prioritario, también podrá referir alteraciones visuales auditivas y neurológicas como consecuencia de la enfermedad y los tratamientos neoplásicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nivel de consciencia y orientación. ❖ Alteraciones cognitivas: problemas para expresar ideas o de memoria, dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje, de concentración, comprensión o dificultades en el aprendizaje. ❖ Alteraciones perceptivas: problemas de visión, de audición, de olfato de gusto o sensibilidad táctil. ❖ Sensación de dolor: tipo, localización, intensidad y repercusión en las actividades que realiza. (39)

		(40)
Autoconcepción- Autoconcepción	Es de particular importancia hacer relevancia al valorar este patrón en el paciente oncológico recién intervenido por cirugía como tratamiento para tratar el cáncer ya que los cambios físicos producidos por esta como las cicatrices o la colocación de alguna ostomía repercutirá en como el paciente percibe su autoimagen.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Descripción de sí mismo ❖ Cambios en su imagen corporal: alopecia, pérdida de peso, cicatrices, ostomías, problemas de equilibrio. (40) ❖ Mecanismos de afrontamiento: espíritu de lucha, evitación, negación, impotencia, desesperanza, preocupación, ansiedad, miedo. (40) ❖ Se evaluarán datos de imagen corporal: postura, patrón de voz, contacto visual.
Rol- relaciones	La percepción del individuo los principales roles y responsabilidades en la actual situación de vida. (38) Este patrón sufrirá de repercusiones importantes en la vida del paciente que alterará su vida	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Núcleo familiar ❖ Rol que lleva en la familia ❖ Aislamiento, retraimiento social, problemas familiares etc. ❖ Problemas de comunicación. ❖ Dificultades y limitaciones de la familia para comprender lo sucedido. ❖ Percepción de relaciones laborales: ausencia transitoria, larga o perdida del

	familiar, laboral y social. (40)	estatus.
Sexualidad-reproducción	Se ve alterado en situaciones de pareja encontrando sentimientos de culpa, vergüenza y rechazo por los cambios corporales. (40) También en las pacientes sometidas por ginecológica oncológica.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoconcepto sexual (identidad del rol, percepción realista y aceptación de la imagen corporal. ❖ Cambios percibidos en la sexualidad, relaciones sexuales. ❖ Antecedentes gineco obstétricos.
Adaptación tolerancia al estrés	Se incluyen las capacidades de afrontamiento que el paciente suele emplear para manejar y comprender su enfermedad. (38)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estrategias de afrontamiento y manejo de la tensión. ❖ Abandono de actividades por apatía, malestar general, ansiedad. ❖ Personas que le apoyo durante el proceso-recuperación del cáncer.
Valores-creencias	La crisis del impacto de la enfermedad puede llevar al paciente a sufrir cambios en donde se pueda sentir guiado espiritualmente o al contrario con necesidad de	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Impacto de la enfermedad sobre sus prácticas religiosas o espirituales ❖ Percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud. ❖ Decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de

	satisfacer sus creencias. (40)	salud, vida o muerte.
--	--------------------------------	-----------------------

6.2 Diagnósticos de Enfermería

Se realizó un listado de los diagnósticos de enfermería presentes en este tipo de pacientes priorizados con la finalidad de aliviar el dolor postoperatorio, que es considerado como el máximo representante del dolor agudo que se genera tanto por mecanismos directos; como la sección de terminaciones nerviosas a nivel de las diferentes estructuras afectadas por la manipulación quirúrgica, como indirectos; por liberación de sustancias químicas con capacidad alógena en el entorno inmediato de las terminaciones periféricas de los nociceptores.

Entre estas sustancias podemos incluir: iones (H^+ y K^+), neurotransmisores (serotonina, noradrenalina), mediadores (bradicinina, prostaglandinas, citocinas) y péptidos (sustancia P), entre otras. Algunas de estas sustancias excitan directamente la membrana del nociceptor, mientras otras actúan de forma sinérgica sobre el nociceptor o células de su entorno modulando su sensibilidad nociceptiva.

Los impulsos nociceptivos, al alcanzar los centros nerviosos, van a dar lugar a respuestas de carácter segmentario, supra segmentario y cortical. Estas respuestas definen la reacción del organismo frente a la agresión y constituyen la base que explica los problemas postquirúrgicos ligados a la presencia del dolor (41).

Una de las principales complicaciones del dolor agudo se encuentra relacionado con la función respiratoria la cual se verá deteriorada especialmente cuando la lesión afecta el abdomen superior. En primer lugar, aparece contractura refleja de la musculatura toraco-abdominal y disfunción diafragmática, factores que limitan la expansibilidad de la caja torácica. Hay una inhibición voluntaria del reflejo de la tos y la respiración profunda, lo que favorece la retención de secreciones y la consecuente aparición de infecciones respiratorias.

También aparece bronquiolo constricción de origen segmentario; de manera general hay una disminución de la función pulmonar global que se expresa con disminución de los volúmenes pulmonares estáticos y dinámicos y alteración de la relación ventilación - perfusión que conllevan a hipoventilación alveolar. (42) Todos estos elementos se manifiestan clínicamente a través de atelectasias, neumonías, hipoxemia, hipercapnia y falla respiratoria aguda por lo que resulta imprescindible llevar una vigilancia estrecha del estado respiratorio del paciente.

La respuesta cortical al dolor define una serie de reacciones de tipo psicológico como la angustia, el miedo o la aprensión, que con toda probabilidad tienden a facilitar el influjo nociceptivo exacerbando de este modo el dolor. Estas reacciones pueden desencadenar situaciones de agresividad y de agitación, de postración o desorientación temporo espacial, lo cual puede dificultar su recuperación y prolongar su estancia hospitalaria.

De acuerdo a dichas posibles manifestaciones y en búsqueda del bienestar del paciente oncológico se desarrollaran las tres principales etiquetas diagnósticas haciendo énfasis en el manejo adecuado del dolor postquirúrgico, que aunque se verá manifestado como en cualquier otro paciente intervenido por cirugía abdominal, los cuidados se verán centrados en ofrecer el alivio oportuno, a pesar de las circunstancias de lo que significa hacer frente ante una enfermedad tan angustiosa como lo es el cáncer y el dolor que de por sí, ya lleva consigo.

Principales Diagnósticos de Enfermería

Dominio 12: Confort

Clase 4: Confort físico

1. **Dolor agudo (00132)** R/C lesión por agentes físicos (cirugía) y/o M/P cambio de parámetros fisiológicos, autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas de dolor, expresión facial de dolor.

Dominio 4: Actividad/ reposo

Clase 4: Respuestas

cardiovasculares/ pulmonares

2. **Patrón respiratorio ineficaz (00032)** R/C dolor M/P disminución de la capacidad vital, taquipnea, uso de los músculos respiratorios para respirar.

Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de

afrontamiento

3. **Ansiedad (00146)** R/C amenaza para el estado actual M/P angustia, debilidad, preocupación.

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

4. **Deterioro de la integridad tisular (00044)** R/C procedimiento quirúrgico M/P dolor agudo, daño tisular, destrucción tisular.

Dominio 4: Actividad/ reposo

Clase 2: Actividad/ ejercicio

5. **Deterioro de la movilidad física (00085)** R/C dolor M/P disconfort, movimientos lentos, dificultad para girarse

Dominio 4: Actividad/ reposo

Clase 1: Sueño/reposo

6. **Insomnio (00095)** R/C ansiedad M/P alteración del estado de ánimo, disminución de la calidad de vida, estado de salud comprometido.

Dominio 6: Autopercepción

Clase 3: Imagen corporal

7. **Trastorno de la imagen corporal (00118)** R/C alteración de la autopercepción M/P alteración en el funcionamiento del cuerpo, preocupación por el cambio, sentimientos negativos sobre el cuerpo. Condición asociada: Enfermedad

Dominio 4: Actividad/ reposo

Clase 5: Autocuidado

8. **Déficit de autocuidado: alimentación (00102)** R/C dolor M/P deterioro de la capacidad para deglutir los alimentos, deterioro de la capacidad para ingerir alimentos suficientes, deterioro de la capacidad para autoalimentarse de una manera aceptable.

Dominio 4: Actividad/ reposo

Clase 5: Autocuidado

9. **Déficit de autocuidado: uso del sanitario (00110)** R/C dolor M/P deterioro de la capacidad para llegar al sanitario, deterioro de la capacidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación, deterioro de la capacidad para levantarse del sanitario.

Dominio 4: Actividad/ reposo

Clase 5: Autocuidado

10. **Déficit de autocuidado: baño (00108)** R/C dolor M/P deterioro de la capacidad para acceder a una fuente de agua, deterioro de la capacidad para acceder al cuarto de baño, deterioro de la capacidad para lavarse el cuerpo.

Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés **Clase 2:** Respuestas de afrontamiento

11. **Impotencia (00125)** R/C dolor M/P dependencia, frustración por la incapacidad para realizar las tareas que se realizaban previamente, inadecuada participación en el cuidado.

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 3: Desempeño del rol

12. **Desempeño ineficaz del rol (00055)** R/C dolor M/P ansiedad, incertidumbre, cambio en los patrones habituales de responsabilidad

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

13. **Disconfort (00214)** R/C control insuficiente de la situación M/P ansiedad, sensación de incomodidad, intranquilidad en la situación.

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

14. **Riesgo Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002)** R/C ingesta insuficiente de alimentos M/P dolor abdominal, aversión a la comida, palidez de mucosas

Dominio 2: Nutrición

Clase 4: Metabolismo

15. **Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)** R/C ingesta insuficiente de alimentos

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 1: Infección

16. **Riesgo de infección de la herida quirúrgica (00266)** R/C procedimiento invasivo

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 1: Infección

17. **Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246)** R/C dolor

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 4: Función gastrointestinal

18. **Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197)** R/C cambios en los hábitos alimentarios. Condición asociada: Alimentación enteral

Dominio 1: Promoción a la salud

Clase 2: Gestión de la salud

19. **Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)** M/P expresa deseos de mejorar el manejo de los síntomas.

6.3 Planes de Cuidado

Dominio 12: Confort Clase 4: Confort físico				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (43)	RESULTADO (NOC) (44)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<p>Etiqueta: <u>Dolor Agudo (00132)</u></p> <p>Definición: Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de 3 meses.</p> <p>Factores relacionados: Lesiones por agentes físicos (cirugía)</p> <p>Características Definitorias: Cambio de parámetros fisiológicos, autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas de dolor, expresión facial de dolor.</p>	<p>Control del dolor (1605)</p> <p>Definición: Acciones personales para eliminar o reducir el dolor.</p> <p>Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase: Q Conducta de salud</p>	<p>[160501] Reconoce los factores causales primarios</p> <p>[160502] Reconoce el comienzo del dolor</p> <p>[160507] Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario</p> <p>[160509] Reconoce los síntomas asociados del dolor</p> <p>[160513] Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario</p> <p>[160516] Describe el dolor</p>	<p>Nunca demostrado (1)</p> <p>Raramente demostrado (2)</p> <p>A veces demostrado (3)</p> <p>Frecuentemente demostrado (4)</p> <p>Siempre demostrado (5)</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INTERVENCION: Administración de analgésicos [2210] (45)

Dominio: 2 Fisiológico: Complejo

Clase: H Control de fármacos

Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

ACTIVIDAD	FUNDAMENTACION
1. Establecer patrones de comunicación efectivos entre el paciente, la familia y los cuidadores para lograr un manejo adecuado del dolor.	Para fortalecer la relación con el paciente es necesario que la enfermera quirúrgica obtenga el conocimiento relacionado con la patología y la intervención del paciente; así mismo, se mantendrá actualizada, obtendrá habilidades y actitudes que contribuirán al desarrollo óptimo de una buena relación con el paciente. (46)
2. Asegurar un enfoque holístico para el control del dolor (es decir, una consideración adecuada de las influencias fisiológicas, sociales, espirituales, psicológicas y culturales).	Múltiples factores pueden influir en la percepción del dolor, entre los cuales se encuentran la expectativa del mismo (percepción), experiencias dolorosas anteriores, estado emocional y procesos cognitivos; lo anterior hace que el dolor se considere como un problema multidimensional, (47) que se deberá considerar para realizar una valoración integral y mitigar el dolor con medidas no farmacológicas.

<p>3. Registrar el nivel de dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y después de la administración de analgésicos.</p>	<p>Al medir el dolor hay una serie de escalas de medida que son autoaplicables y con las que el propio paciente describe la intensidad de su dolor, siendo además importante que sea así ya que el dolor es un concepto personal, individual y solo la propia persona es capaz de decir que y cuanto dolor siente.</p>
<p>4. Verificar las indicaciones médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</p>	<p>Una función interdependiente de enfermería es colaborar con el medico en la administración de analgésicos quien garantizara que se cumpla con los siguientes criterios, conocidos como Los Diez Correctos:</p> <p>1) Identificar la presencia de alergias, 2) Medicamento correcto, 3) Paciente correcto, 4) Dosis correcta, 5) Vía correcta, 6) Hora correcta, 7) Frecuencia correcta, 8) Orientar y educar al paciente y familiar sobre el fármaco que se administra, 9) Detectar reacciones farmacológicas y 10) Realizar registros conforme lo normado. (48)</p>
<p>5. Comprobar las dosis previas y las vías de administración de analgésicos para evitar el uso excesivo e inadecuado del tratamiento.</p>	<p>Llevar una meticulosa observación y adecuada comunicación con el resto del equipo quirúrgico permitirá al profesional a proporcionar las dosis correctas en tiempo y forma.</p>

<p>6. Administrar los analgésicos de acuerdo a indicación médica y condiciones del paciente de manera que exista una pauta en el intervalo de dosis de acuerdo a la duración del medicamento y a su vez se encuentren también indicadas posibles dosis de rescate.</p>	<p>Se ha podido comprobar que la analgesia unimodal (que consiste en la administración de un solo analgésico durante la intervención quirúrgica) es insuficiente, por lo que se recomiendan actualmente las terapias multimodales, en las que se combinan diferentes vías de administración y diferentes fármacos analgésicos o anestésicos.</p> <p>Actualmente para alcanzar la analgesia posoperatoria se manejan diferentes conceptos, aunque de todos ellos, solo la analgesia multimodal ha demostrado eficacia clínica con un grado de recomendación. Este tipo de analgesia implica la administración combinada de fármacos que actúan a diferentes niveles del sistema nervioso central y periférico para evitar la estimulación y transmisión de la información dolorosa. El objetivo es conseguir un efecto sinérgico, mejorar la biodisponibilidad, disminuir la utilización de anestésicos durante la intervención quirúrgica, minimizar la frecuencia e intensidad de los efectos adversos y utilizar diferentes métodos y vías de administración (49)</p>
<p>7. Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.</p>	<p>El conocimiento de la farmacocinética de los analgésicos por administrar por parte de la enfermera quirúrgica servirá</p>

	para explicar al paciente más ampliamente como actuará el fármaco en su cuerpo para disminuir el dolor
8. Instruir para que se solicite la medicación analgésica para el dolor antes de que sea intenso.	Está comprobado experimentalmente, que la asociación de dos o más compuestos o técnicas analgésicas permite mejorar la calidad de la analgesia o reducir la incidencia de los efectos indeseables en comparación con el uso aislado de uno de ellos. Para que se lleve a cabo la modulación del dolor es necesaria la integridad de determinados sistemas neurotransmisores que conectan el sistema inhibitor del dolor en el cerebro con la médula. Además de la inhibición descendente, existen otros mecanismos para acentuar la analgesia, ejemplo de ello es la terapia farmacológica. (49)
9. Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.	La sensación dolorosa es algo individual y percibida de manera distinta por cada persona por lo que es importante mantener una fluida relación con el paciente para reevaluar los tratamientos, reajustar la dosis y paliar con los efectos secundarios.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INTERVENCION: Manejo ambiental: confort [6482] (45)

DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico

CLASE: E Fomento de la comodidad física

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

ACTIVIDAD	FUNDAMENTACION
<p>1. Evitar interrupciones innecesarias y permitir reposo durante las primeras horas, posteriormente motivar la movilización fuera de cama.</p>	<p>Favorecer un periodo de reposo ayudara a evitar la fatiga innecesaria ya que esta disminuye el umbral del dolor. Sin embargo, el reposo en cama no es aconsejable porque aumenta el riesgo de neumonía y tromboembolismo, la resistencia a la insulina y la debilidad muscular. Por ello, la movilización del paciente quirúrgico debe ser lo más precoz posible.</p> <p>Tomando en cuenta un entorno de cuidados que faciliten la movilización precoz. Para ello son necesarios una analgesia óptima, el uso limitado de sondas y drenajes y la coordinación del personal sanitario. (50)</p>

<p>2. Proporcionar un ambiente limpio y seguro.</p>	
<p>3. Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.</p>	<p>La actitud del profesional de enfermería que establece con el paciente influye en la experiencia del dolor y otros síntomas. En la medida en que se transmite una actitud de seguridad, confianza, apoyo, aceptación, empatía, autenticidad, disponibilidad, información, etc. así como ofrecer un entorno en agradables condiciones, influyen positivamente en la experiencia del paciente.</p>
<p>4. Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.</p>	<p>Resulta imprescindible no dejar pasar los detalles alrededor del paciente que pudiesen afectar su grado de incomodidad al despertar del efecto anestésico y así evitar el dolor. Esto es posible tomarlo en cuenta desde el momento en que termina la cirugía y el paciente es colocado en su camilla; apoyar y verificar que se le estará dando un entorno adecuado.</p>
<p>5. Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona</p>	<p>Ofrecer simples medidas de higiene personal como limpieza del excedente de la asepsia en el área intervenida, sangre o algún otro tipo de secreción posterior a la cirugía mantendrá cómodo al paciente y sin molestias.</p>

6. Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo).

Los cambios posturales son necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor en los que el paciente tiende a la inmovilidad. Algunas posturas como: Flexión de caderas y anteflexión del tronco ayudan a mejorar el dolor. (37) Cabe destacar el permanecer con el paciente una vez que despierta del efecto anestésico para apoyarlo a tomar alguna de estas posturas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INTERVENCION: Vigilancia [6650] (45)

Dominio: 4 Seguridad

CLASE: V Control de riesgos

Definición: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

ACTIVIDAD	FUNDAMENTACION
1. Determinar los riesgos de salud del paciente	El equipo quirúrgico debe reconocer que el dolor postoperatorio es un tipo de dolor agudo causado por un traumatismo quirúrgico que desencadena una reacción inflamatoria y una descarga neuronal aferente, aunque puede llegar a cronificarse y en él intervienen diversos mecanismos fisiológicos nociceptivos sobre los que influyen factores psicológicos, de conducta y emocionales. (31)
2. Seleccionar los índices adecuados del paciente para la vigilancia continuada, en función de la condición del paciente.	Dos factores que revelan un aumento en el dolor postoperatorio son el tipo de intervención en donde encontramos la cirugía abdominal abierta y también se involucra el tiempo de la misma. Ambos son de gran importancia para prever su intensidad según el procedimiento para poder optimizar el manejo del dolor. (32)

3. Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica.

Mediante la vigilancia continua por parte del profesional de enfermería en el postoperatorio inmediato se podrá comunicar con el resto del equipo multidisciplinario en donde todos tomaran decisiones de acuerdo al estado actual del paciente y se realizaran las medidas necesarias en búsqueda del bienestar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INTERVENCION: Terapia de relajación [6040] (45)

Dominio: 3 Conductual

Clase: T Fomento de la comodidad psicológica

Definición: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

ACTIVIDAD	FUNDAMENTACION
1. Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).	La relajación tiene como objetivo aliviar el dolor, favorecer la aproximación del cuidador al enfermo y buscar formas de comunicación a través de la comunicación corporal. Entre las medidas físicas más comunes están aquellas en que se utilizan las manos y el contacto físico.
2. Evaluar el nivel de energía actual disminuido, la incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan interferir con la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación.	Las primeras horas seguidas de la intervención son primordiales para identificar datos y sintomatología de dolor que pueda estar experimentando el paciente oncológico motivo por el cual se valorara la capacidad y energía que este tenga para poder implementar alguna terapia de relajación.

<p>3. Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.</p>	<p>El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en el cáncer por lo que es posible que nuestro paciente ya sea conocedor de alguna técnica específica para aliviar el dolor por eso es importante que la enfermera de quirófano tenga en cuenta estos aspectos y desarrolle competencias que le permitan mejorar su desempeño y calidad de cuidados a este tipo de pacientes.</p>
<p>4. Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.</p>	<p>Con la finalidad de demostrar que los beneficios que la técnica ofrece están relacionados con la interacción entre dolor, tensión muscular y ansiedad. Puesto que el paciente con dolor va a presentar sentimientos de ansiedad, aprensión y miedo y cierta tensión muscular para restringir movimientos e intentar proteger la zona dolorida. Con la relajación se evitará eso, ya que, al relajar los músculos esqueléticos, mejorará la sensación de autocontrol y disminuirá la fatiga y ayudará a distraer al paciente de la sensación de dolor. (33)</p>
<p>5. Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</p>	<p>Una vez que el paciente haya comprendido dichas técnicas se fomentara que por sí solo realice el ejercicio y lo repita constantemente para ayudar a mitigar el dolor o bien como medida de distracción mientras cesa la molestia actual.</p>
<p>6. Alentar la demostración de la técnica de relajación por parte del paciente, si fuera posible.</p>	<p>Una vez que el paciente haya comprendido dichas técnicas se fomentara que por sí solo realice el ejercicio y lo repita constantemente para ayudar a mitigar el dolor o bien como medida de distracción mientras cesa la molestia actual.</p>
<p>7. Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).</p>	<p>Una vez que el paciente haya comprendido dichas técnicas se fomentara que por sí solo realice el ejercicio y lo repita constantemente para ayudar a mitigar el dolor o bien como medida de distracción mientras cesa la molestia actual.</p>

8. Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede.	La terapia de relajación consiste en conseguir un nivel normal de funcionamiento fisiológico. Las características fisiológicas de respuesta a la relajación son la disminución del consumo de oxígeno, de la frecuencia respiratoria, de la cardíaca, de la tensión muscular y una tensión arterial normal.
---	---

EVALUACION:

Se evaluará el alivio o disminución del dolor con base a los indicadores utilizados en el plan de cuidados haciendo uso de alguna escala del dolor apropiada para el paciente, por ejemplo, escala de EVA o las ya mencionadas en el apartado del dolor en el marco teórico; estado hemodinámico estable y observando a su vez datos clínicos de bienestar general.

Dominio 4: Actividad/ Reposo		Clase 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (43)	RESULTADO (NOC) (44)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<p>Etiqueta: <u>Patrón respiratorio ineficaz (00132)</u></p> <p>Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.</p> <p>Factores relacionados: Dolor</p> <p>Características Definitivas: Disminución de la capacidad vital, taquipnea, uso de los músculos respiratorios para respirar.</p>	<p>Nivel del dolor (2102)</p> <p>Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado.</p> <p>Dominio: 5 Salud percibida</p> <p>Clase: V Sintomatología</p>	<p>[210201] Dolor referido</p> <p>[210206] Expresiones faciales de dolor</p> <p>[210208] Inquietud</p> <p>[210209] Tensión muscular</p> <p>[210210] Frecuencia respiratoria</p> <p>[210222] Agitación</p>	<p>Grave (1)</p> <p>Sustancial (2)</p> <p>Leve (3)</p> <p>Moderado (4)</p> <p>Ninguno (5)</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INTERVENCION: Monitorización respiratoria [3350] (45)

Dominio: 2 Fisiológico: Complejo

Clase: K Control respiratorio

Definición: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.

ACTIVIDAD	FUNDAMENTACION
1. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.	El deterioro de la función respiratoria es una de las complicaciones más importantes en el periodo postoperatorio inmediato y este tipo de complicaciones son causa de una alta mortalidad por que lo que mantener bien vigilado este patrón ayudara a evitar dificultades.
2. Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.	Estas complicaciones se manifiestan por la presencia de cambios radiológicos como atelectasias, neumonías y derrame, así como por signos físicos evidentes como taquipnea, tos, expectoración, fiebre o cianosis.
3. Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación.	Otros factores asociados a la presencia de complicaciones respiratorias que deben ser considerados en pacientes oncológicos para un especial seguimiento son: edad superior a 70 años, el tabaquismo, un estado nutritivo deficiente, patologías asociadas, el tipo de cirugía, la técnica quirúrgica y la duración de la intervención, la
4. Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran.	

	<p>difusión de la musculatura, la distensión abdominal, la estructura refleja de los músculos toraco abdominales y las alteraciones en la ventilación/ perfusión generados por el acto anestésico-quirúrgico.</p> <p>El dolor por sí mismo puede proporcionar complicaciones respiratorias además de exacerbar la mayor parte de los distintos factores implicados sobre todo en pacientes de alto riesgo disminuyendo la agresión anestésica y quirúrgica sobre el funcionalismo respiratorio. (31)</p>
<p>5. Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea.</p>	<p>La ansiedad se caracteriza por síntomas como mareos, taquicardia, debilidad o falta de aire (disnea) que puede llegar a complicar el estado del paciente.</p>

EVALUACION:

Se evaluará el patrón respiratorio causado por el aumento del dolor mediante los indicadores obtenidos del plan de cuidados en donde la monitorización y vigilancia adecuada del estado respiratorio proporcionará los datos de estabilidad necesarios para dar a conocer un correcto funcionamiento del mismo y sin repercusiones ante la ausencia del dolor.

Dominio 4: Afrontamiento/ tolerancia al estrés		Clase 4: Respuestas de afrontamiento		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (43)	RESULTADO (NOC) (44)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<p>Etiqueta: <u>Ansiedad (00146)</u></p> <p>Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.</p> <p>Factores relacionados: Amenaza para el estado actual</p> <p>Características Definitivas: Angustia, debilidad, preocupación</p>	<p>Nivel de ansiedad (1211)</p> <p>Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</p> <p>Dominio: 5 Salud psicosocial</p> <p>Clase: M Bienestar psicológico</p>	<p>[121108] Irritabilidad [121121] Aumento de la frecuencia respiratoria [121133] Nerviosismo [121138] Dolor</p>	<p>Grave (1) Sustancial (2) Leve (3) Moderado (4) Ninguno (5)</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente augmentarla.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

INTERVENCION: Disminución de la ansiedad [1820] (45)

Dominio: 3 Conductual

Clase: T Fomento de la comodidad psicológica

Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

ACTIVIDAD	FUNDAMENTACION
1. Utilizar un enfoque sereno que proporcione seguridad.	Se deben explicar los pasos del procedimiento, proporcionar información sobre la percepción sensorial y la importancia de informar de la percepción de dolor. Esta medida reduce el miedo y la ansiedad del paciente y facilita su colaboración. (37)
2. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.	Al practicar la empatía con el paciente nos permitirá tener el tacto necesario para visualizar las adversidades por las que se enfrenta y acompañarlo en parte del proceso de su enfermedad.
3. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la ansiedad, el miedo y la depresión, lo cual enfatiza la importancia de prestar apoyo psicológico a los pacientes, en especial después de intervenciones agresivas y/o de pronóstico vital incierto.

<p>4. Crear un ambiente que facilite la confianza.</p>	<p>Para conseguir una buena relación es necesario que la enfermera involucre su propia experiencia, para ayudarla a transformarse en una persona genuina dentro de la interacción, y pueda ser percibida por el paciente como un profesional totalmente involucrado. La comunicación con el paciente propiciará una relación de ayuda con cuidados holísticos. (46)</p>
<p>5. Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda.</p>	<p>Conforme se vayan presentando las situaciones que le puedan ocasionar estrés, ansiedad o preocupación post quirúrgica al paciente con cáncer se explicará paso a paso y se permanecerá a su lado hasta encontrar una estabilidad física y psicológica.</p>

EVALUACION:

El nivel de ansiedad será evaluado mediante un estado de tranquilidad y reposo del paciente o, según sea el caso, una disminución de su nerviosismo e irritabilidad observados al estar valorando continuamente los indicadores encontrados en este diagnóstico.

VII. CONCLUSIONES

El dolor representa el factor común que existe entre el paciente que se encuentra luchando contra el cáncer y que a su vez recién se encuentra operado de cirugía por el mismo padecimiento. Cuando la neoplasia es localizada por un tumor en el área abdominal una intervención es necesaria para ayudar a eliminar y/o reducir el cáncer, este tipo de procedimiento quirúrgico es uno de los más dolorosos por la afectación a los órganos y las posibles complicaciones que este conlleve. Es por eso que, la presencia del dolor, es clave sustancial para identificarlas, y a su vez atenuar dicha sensación para proporcionar bienestar al enfermo.

La enfermera especialista en cuidado quirúrgico desarrolla un papel de suma importancia al formar parte del equipo terapéutico poniendo en práctica los cuidados teórico- prácticos con la finalidad de reducir e identificar en todo momento alguna complicación perioperatoria de la misma forma contará con los conocimientos para efectuar una valoración post operatoria en este tipo de pacientes a fin de brindar cuidados holísticos e integrales de enfermería, los cuales contribuyen favorablemente al problema de salud que enfrenta el usuario.

Aunque existen diversas causas de dolor agudo, el dolor postoperatorio es, sin duda, el dolor agudo más frecuente. Actualmente, constituye una deficiencia reconocida de la medicina porque su tratamiento suele ser insuficiente por el miedo injustificado del personal sanitario a emplear opiodes u otros fármacos y porque la naturaleza temporal del dolor hace que no se le preste la debida importancia. La obligación de tratar el dolor postoperatorio obedece no sólo a razones humanitarias y éticas, sino también a razones fisiopatológicas.

El dolor postoperatorio no tratado prolonga la respuesta al estrés de la cirugía y por lo tanto tiene efectos deletéreos metabólicos y sobre la inmunidad, afecta el sistema cardiovascular y en la cirugía torácica y abdominal alta favorece la aparición de complicaciones respiratorias postoperatorias. La recuperación postoperatoria en general y la deambulación son más rápidas si el dolor se trata adecuadamente.

Es por eso que, resulta de vital importancia una herramienta que favorezca el manejo postquirúrgico de enfermería al paciente mediante la aplicación de un plan de cuidados que ofrece elevar la calidad de vida para el paciente seguido de cirugía oncológica abdominal.

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Iglesias C , Lopez R. Cáncer y cuidados y enfermeros España: DAEditorial; 2018.
2. Instituto Nacional del Cáncer. [Online].; 2015 [cited 2020 mayo. Available from: <https://www.cancer.gov>.
3. Granados M , Beltran A , Soto B , Mitsuo A. Cirugía oncológica: evolución histórica y estado actual. Gaceta Médica de México. 2011; 147.
4. Pérez A , Aragón M , Torres L. Dolor posoperatorio ¿Hacia donde vamos? Rev. Soc. Esp. Dolor. 2017; 24(1).
5. World Health Organization. [Online].; 2018. Available from: <http://www.who.int>.
6. México Gd. México: Info cancer. [Online].; 2019. Available from: <http://infocancer.org.mx>.
7. Santillana- Hernandez S , Garcia M , et al. Diagnóstico situacional de la atención oncológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med del Inst Mex Seg Soc. 2017 mayo; 55(3).
8. Diagnostico Sectorial. Sector Salud San Luis Potosí; 2018.
9. San Luis Potosi Servicios de Salud. [Online].; 2019. Available from: <https://slp.gob.mx/ssalud/Paginas/Noticias/Segundo-c%C3%A1ncer-en-mujeres-es-el-Cervicouterino-SS.aspx>.
10. Santeularia M , Catala E , Genove M , Revuelta M , Moral M. Nuevas tendencias en el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía general y digestiva. Revista de Cirugía Española. 2009; 86(2).
11. Hernández M. Manejo del dolor postoperatorio. Experiencia Terapeutica en Unidad de Terapia Quirúrgica Central del Hospital General de México. Rev Mex de Anesthesiol. 2008; 31.
12. González de Mejia N. Analgesia multimodal postoperatoria. Rev Soc Esp Dolor. 2005; 12(2).
13. Garcia M , Hernandez V , Montero R. Enfermería de Quirófano España: DAEditorial; 2018.
14. Tortora G , Derrickson B. Anatomía y Fisiología. 11th ed. Madrid: Panamericana; 2006.
15. J E. El aparato digestivo, procesador de alimentos. In Atlas basico de fisiología.: Parramon; 2011.
16. A C. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y de la mama. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2011.
17. Moore S. Griffith 's l nstructions for Patients. 8th ed. Estados Unidos: Elsevier; 2011.

18. Goldman L , Schafer A. Goldman- Cecile Medicine. 26th ed. Estados Unidos: Elsevier; 2020.
19. Hines R , Marschall K. Stoelting´s Anesthesia and Co- Existing Disease. 7th ed. Estados Unidos: Elsevier; 2018.
20. Fron C , Blanc J. Tratado de Medicina. 22nd ed.: Elsevier; 2018.
21. Fernández O , Charlin G , Lamelo F. Fistera Complejo Universitario Ourense España: Elsevier; 2018.
22. Farreras P , Rozman C. Medicina Interna España: Elsevier; 2020.
23. Martín A , Cano J , Gene J. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia. 8th ed. España: Elsevier; 2019.
24. Kellerman R , Rakel D. Conn´s Current Therapy Estados Unidos: Elsevier; 2020.
25. Le Roch A , Collinet P , Boulange L , Fournier A , Bats A , Lecuru F. Tratados EMC: Ginecología y Obstetricia. 51st ed. Francia: Elsevier; 2015.
26. Del Arco J. Curso Básico sobre el Dolor. Fisiopatoloía, clasificación y tratamiento farmacológico. Rev Farmac Profe. 2015; 29(1).
27. Clarett M , Pavlotsky P. Escalas de Evaluación de Dolor y Protocolo de Analgesia en Terapia Intensiva. Instituto Argentino de Diagnostico y Tratamiento. .
28. Malouf J , Baños J. La evaluacion clínica del dolor. Rev Clinc Elect en Aten Prim. 2013.
29. Orellana J , Morales V , González M. Escala Visual Análoga Wong-Baker FACES y su aplicación en odontología infantil. Salud y Administración. 2018 Septiembre; 5(15).
30. García J , Plaza E. Uso de la escala PAINAD para la valoración del dolor en el paciente con deterioro cognitivo. Zona Tes. 2017 junio; 2.
31. Moistero M. Dolor y cuidados enfermeros. 1st ed. España: Difusion Avances de Enfermería; 2017.
32. López S , López A , Zeballos M , Argente P , Bustos F. Recomendaciones para el manejo del dolor agudo en cirugía ambulatoria. 2nd ed. España: Inspira Network; 2012.
33. A P. Triaje enfermería de ciudad real. [Online].; 2018. Available from: enfermeriadeciudadreal.com.
34. dolor Tdrce. Dolor.com. [Online].; 2017. Available from: <http://dolor.com>.
35. Chocarro L , Venturini C. Procedimientos y Cuidados en Enfermería Médico-Quirúrgica México; 2009.
36. Hernández G , Aguayo R. Técnicas Quirúrgicas en Enfermería México: Editores de Textos Mexicanos; 2003.
37. Ruíz M , Gómez A , Corcoles M , et al. Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados [Protocolo].; 2016 [cited 2020 agosto. Available from: <https://www.chospab.es>.
38. Andrade R , Chávez M. Manual del Proceso de Cuidado de Enfermería. 1st ed. San Luis Potosi: Editorial Universitaria Potosina; 2004.

39. Álvarez J , Castillo F , Fernández D , Muñoz M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales [Manual].; 2010 [cited 2020 agosto. Available from: <https://seapaonline.org>.
40. De la Fuente M. Enfermería Médico Quirúrgica I España: Grupo Paradigma; 2015.
41. Soler E , Faus M , Montaner M. El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. Elsevier Farmacia Hospitalaria. 2000; 24(3).
42. Castañeda J , Perez T. Fisiopatología del dolor agudo: alteraciones cardiovasculares, respiratorias y de otros sistemas y órganos. Rev Cub de Anest. 2012; 11(1).
43. Herdman H , Kamitsuru S. NANDA. Diagnosticos Enfermeros. Definicion y Clasificacion. 11th ed. España: Elsevier; 2018.
44. Moorhead S , Johnson L , Mass M , Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. 6th ed. España: Elsevier; 2018.
45. Bulechek G , Butcher H , Dochterman J , Wanger C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 7th ed. España: Elsevier; 2018.
46. Leonel A , Fajardo G , Tixtha E , Papaqui J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. Enf Nerurol (Mex). 2012; 11(3): p. 138- 141.
47. Achury D. Dolor: la verdadera realidad. Scielo. 2008; 8(2).
48. Dominguez M , Perez J , Soto M. Eficacia de la práctica de enfermería en la administración de medicamentos. Rev CONAMED. 2015; 20(1).
49. Soto Y. Analgesia multimodal una alternativa para el paciente quirúrgico. Rev Cub de Ped. 2020 abril; 92(2).
50. Salud BdGdPCdSNd. Cuidados Perioperatorios en Cirugia Abdominal Mayor. .
51. Vallejos A , Ruano C , Avila M , Latorre S , et al. Analgésicos en el paciente hospitalizado. Rev Colomb. Cienc. Quim. Farm. 2015; 44(1).
52. Instituto Mexicano del Seguro Social. El IMSS en cifras. Las intervenciones quirúrgicas. Revista médica del IMSS. 2005; 46(6).