

Teoría del ser humano unitario para el cuidado del paciente con cáncer gástrico y síndrome anémico severo

Miguel Ángel López-Diego,¹ Guillermo Silva-Magaña,¹ José Antonio Vázquez-Espinoza,¹ Rubén Godínez-Gómez²

¹Jefatura de Enfermería, Servicios de Salud del Estado de Colima; ²Facultad de Enfermería, Universidad de Colima. Colima, México

Palabras clave:

Enfermería
Enfermería holística
Atención de enfermería
Atención dirigida al paciente

Resumen

Con base en los supuestos de la teoría de Martha Rogers y el diseño de la guía de valoración con dominios y clases, se implementó el proceso de atención de enfermería a un paciente adulto con cáncer gástrico y síndrome anémico severo. Durante dicho proceso se privilegió la atención holística con la prioridad de otorgar cuidados centrados en el logro de resultados, a partir de la interrelación NANDA (la otrora North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), y NIC (Nursing Interventions Classification). En la evaluación se identificó la mejora en la puntuación diana de sustancial a leve en el estatus del compromiso respiratorio y perturbación en el campo de la energía, así como en las dimensiones biopsicosocial y espiritual.

La experiencia permitió una mejor comprensión del paciente con cáncer como un ser humano unitario, así como un nuevo planteamiento sobre la toma de decisiones en el cuidado y en la aplicación de un pensamiento lateral para la resolución de problemas en la línea de la colaboración y coparticipación entre la familia, el paciente y la enfermera. En ese sentido, este artículo es una invitación a la reflexión en el actuar e interactuar como personas y como seres humanos únicos e indivisibles.

Keywords:

Nursing
Holistic nursing
Nursing care
Patient-centered care

Abstract

Based on the assumptions of the theory of Martha Rogers and the design of an assessment guide with domains and classes, the nursing care process to an adult patient with gastric cancer and severe anemic syndrome was implemented. During this process, holistic care was favored giving priority to the achievement of results, on the basis of the correlation between NANDA (before the North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), NIC (Nursing Interventions Classification). In the evaluation, improvement was identified with change in the target score from substantial to mild in respiratory distress and disturbance in the energy field, as in the biopsychosocial and spiritual dimensions.

The experience allowed a better understanding of the cancer patient as a unitary human being and a new approach to decision-making in care and application of a lateral thinking to solve problems in collaboration and joint participation among family-patient-nurse. In this sense, this article is an invitation to reflect on the act and interact as individuals and as unique and indivisible human beings.

Correspondencia:

Guillermo Silva Magaña

Correo electrónico:

simaguleq@hotmail.com

Fecha de recepción: 12/09/2013

Fecha de aceptación: 01/08/2014

Introducción

De los diferentes tipos de cáncer de estómago, el que más frecuentemente afecta el tubo digestivo es el adenocarcinoma o cáncer gástrico. En el mundo, la incidencia es de 7.8 y la mortalidad es de 9.7 por cada 100,000 habitantes; en América es de 3.6 y 5.7, mientras que en México es de 8.0 y 6.8, respectivamente.¹ Ocurre con mayor frecuencia en hombres mayores de 40 años y es un tipo de cáncer extremadamente común en Japón, Chile e Islandia.²

En México representa la cuarta causa de muerte por cáncer en varones y la quinta en mujeres; entre los factores de riesgo asociados con el desarrollo de esta enfermedad se encuentra la infección por *Helicobacter pylori*, tabaquismo, alta ingesta de sal y factores relacionados con la dieta.³

Existen diferentes tipos de tratamiento estándar para los pacientes con cáncer de estómago, de los cuales se describen brevemente los siguientes:⁴

- Cirugía: es un tratamiento común para todos los estadios del cáncer de estómago. Los tipos de cirugía pueden ser: gastrectomía subtotal (extirpación de la parte afectada, ganglios linfáticos cercanos, otros tejidos y órganos cercanos al tumor); y gastrectomía total (extirpación total del estómago, ganglios linfáticos cercanos, partes del esófago e intestino delgado y otros tejidos cercanos al tumor).
- Quimioterapia: es un tratamiento en el que se utilizan medicamentos que impiden el crecimiento de las células cancerosas, mediante su destrucción o evitando su multiplicación. Se administra por vía oral o parenteral (quimioterapia sistémica). La forma en que se administra depende del tipo y estadio del cáncer.

En los pacientes con tratamiento de quimioterapia, las células más afectadas por su efecto citotóxico son aquellas que comparten características con las células tumorales, especialmente la multiplicación celular a gran velocidad, como aquellas de los folículos pilosos, de la médula ósea, el tubo digestivo y el sistema reproductor; la toxicidad asociada al tratamiento quimioterápico es un aspecto importante por la influencia negativa que ejerce sobre la calidad de vida de los pacientes.

La toxicidad gastrointestinal se acompaña de pérdida del apetito, náusea y vómito, los cuales generan un

déficit de hierro, vitamina B12 y ácido fólico, nutrientes necesarios para la síntesis de los glóbulos rojos. La toxicidad sobre las células hematopoyéticas se relaciona con la disminución en su producción, se presenta de distinta forma clínica acorde a la célula sanguínea que se afecta: anemia, leucopenia, neutropenia, trombocitopenia o plaquetopenia y aplasia medular cuando disminuyen todas las células sanguíneas; ambas aparecen entre la primera y la tercera semana después del tratamiento y en función de su severidad pueden afectar de manera importante la calidad de vida de los pacientes, lo cual requerirá en ocasiones retrasar los tratamientos o incluso modificarlos;⁵ en el caso del tratamiento con platino, el efecto secundario es la toxicidad renal y de vías urinarias.^{6,7}

Se estima que el 75 % de los pacientes presentan anemia de grado leve a moderado con niveles de hemoglobina de 12 y 8 g/dL respectivamente. Los síntomas cardiovasculares y pulmonares aparecen con nivel de hemoglobina ≤ 10 g/dL, y la transfusión de concentrado de eritrocitos se requiere con un nivel ≤ 8 g/dL.⁸⁻¹⁰

En su teoría de los seres humanos unitarios, Martha Rogers considera al individuo como un campo de energía que coexiste con el universo y posee una integridad personal y manifiesta; el propósito de la teoría es describir a los individuos como campos de energía irreductibles (pertenecientes el uno al otro en plena evolución) y cómo dichos campos pueden verse afectados por la diversidad de factores, creando de esta interacción a un ser humano unitario o todo unificado. Con este enfoque, el cuidado de enfermería para el paciente con cáncer gástrico y síndrome anémico severo amerita una valoración acorde con la complejidad de sus necesidades físicas, fisiopatológicas, emocionales-psicológicas y espirituales, con base en tres principios:¹¹

- Cuidados profesionales para administrar un tratamiento de calidad.
- Cuidados centrados en el paciente en función de sus necesidades y deseos.
- Cuidado holístico al integrar los aspectos físicos y psicossomáticos del paciente.

Con esta perspectiva, los profesionales de enfermería no están exentos, como personas, de que a través de la interacción en el otorgamiento de los cuidados al paciente con cáncer, se ejerza una influencia que modifique su propia persona y su entorno; sin perder el juicio, la creatividad y la inventiva en cada intervención.

Desarrollo

Es conveniente precisar que para el desarrollo del proceso de atención de enfermería se recurrió a la articulación de las taxonomías NANDA (la otrora North American Nursing Diagnosis Association),¹² la NOC (Nursing Outcomes Classification),¹³ y la NIC (Nursing Interventions Classification).¹⁴

Para facilitar la recolección sistemática de la información, se utilizó una guía de valoración estructurada con dominios y clases, necesaria para formular los diagnósticos enfermeros y, con base en ellos, la planeación de resultados esperados, cuidados e intervenciones de enfermería, con el objetivo de brindar un cuidado integral especializado.

1. Datos del paciente: se trata de un paciente originario y residente de la ciudad de Zapopán, Jalisco, de sexo masculino, 44 años de edad, estado civil: soltero, grado máximo de estudios: licenciatura, tiene casa propia con servicios públicos, es testigo de Jehová y fue empleado hasta antes de presentar la enfermedad.
2. Fase de valoración: ingresó a una unidad de tercer nivel en octubre de 2012, por dificultad respiratoria severa; sus signos vitales eran: frecuencia cardíaca 120 por minuto, frecuencia respiratoria 28 por minuto, presión arterial 110/70 mmHg y temperatura corporal 36° C; peso 70 kg, talla 180 cm (IMC = 21.60 kg/m²); hemoglobina 6 g/dL y hematocrito 18 %.
- *Antecedentes*: diagnóstico médico de cáncer gástrico estadio clínico IV y actividad hepática múltiple. El paciente inicia quimioterapia paliativa, con esquema Oxiplatino, Leucovorin y 5-Fluorasil (FLOX). Cuatro días previos a su ingreso presenta astenia, adinamia, náuseas, vómito y evacuaciones melénicas; se observa palidez de tegumentos y que el paciente está hidratado.
- *Exploración física*: estado neurológico íntegro sin alteraciones de pares craneales, con funciones mentales conservadas, campos pulmonares ventilados, sin sibilancias, sin crépitos, datos de dificultad respiratoria con oxigenoterapia a 3 L/min; área cardíaca con soplo sistólico multifocal, abdomen blando depresible y doloroso a la palpación profunda, extremidades con edema grado III.
- *Interrogatorio*: el paciente conoce su padecimiento

actual, sabe sobre las actividades que pueden ayudarle a mejorar y mantener un estado de bienestar: buenos hábitos de higiene personal, esquema de vacunación completo y no tiene animales domésticos.

3. Fase diagnóstica: desde la postura teórica de Martha Rogers, las personas son seres unitarios, campos holísticos autoorganizados e irreducibles que responden simultáneamente a estímulos; esta autora identifica a la persona como un todo unido que posee integridad y características evidentes que la convierten en algo más que la suma de las partes que lo componen. Esta connotación permite ver al ser humano como único, diferente y organizado por patrones.¹⁵ El paciente manifiesta un deterioro funcional progresivo de naturaleza física asociado a la enfermedad, refiere tener aceptación a su enfermedad y tener un soporte familiar integrado; sin embargo, está consciente de las consecuencias de no aceptar la transfusión como parte del tratamiento por profesar la religión testigo de Jehová. Los diagnósticos de enfermería fueron:¹⁶
 - Deterioro del intercambio de gases relacionado con ventilación/perfusión y manifestado por frecuencia, ritmo y profundidad respiratorios anormales, color anormal de la piel (pálida, cenicienta), disnea, aleteo nasal y taquicardia de 120 por minuto.
 - Perturbación del campo de energía relacionado con factores fisiopatológicos (enfermedad); factores relacionados con el tratamiento (quimioterapia); factores situacionales (ansiedad y dolor); y manifestado por percepción de cambios en los patrones de flujo de energía (disminución del campo de energía).
 - Disposición para mejorar el confort manifestado por deseos de aumentar el bienestar, el sentimiento de satisfacción y la relajación.
 - Riesgo de caídas relacionado con disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, dificultad en la marcha, alteración del equilibrio y deterioro de la movilidad física.
4. Fase de planificación, ejecución y evaluación: se diseñan e implementan cuatro planes de atención con interrelación NANDA, NOC, NIC. Respecto a los resultados obtenidos para la etiqueta diagnóstica de deterioro del intercambio de gases, se obtuvo un incremento en la puntuación diana, evidente en la mejora del estado

respiratorio en un rango de sustancial y moderado a leve, con un puntaje global de 7 a 13. En el caso de la etiqueta diagnóstica perturbación del campo de energía, se logra que el paciente aumente el nivel de energía, confort y mejore el estado de ánimo, lo que lo lleva de sustancialmente comprometido a no comprometido. También refirió sentirse en un ambiente más armónico (cuadros I y II).^{14,16}

Conclusiones

La articulación de las taxonomías NANDA-NOC-NIC permite implementar los planes de cuidados con el lenguaje propio de la disciplina, al mismo tiempo que evidencia los cuidados a partir de la sistematización y unificación de los criterios en la atención de enfermería; con esto se garantiza la seguridad del paciente con cáncer.

La teoría de Martha Rogers considera al individuo como un campo de energía que actúa conforme a un patrón y en una sola onda que coexiste dentro del universo y en continua interacción con el entorno. El campo energético puede reflejar dolor o sentimientos diversos que se hacen más evidentes en una persona que padece cáncer y en quien prevalece el significado cultural de muerte. Se deduce que la alteración de este campo de energía limita al paciente a integrarse de manera satisfactoria con el entorno, lo cual implica atender al paciente con una actitud de respeto en sus creencias religiosas y en su dimensión espiritual, con el propósito de disminuir el riesgo de sufrimiento en el paciente con cáncer.^{17,18}

El presente caso clínico es un planteamiento sobre la forma en que se puede decidir la prioridad en el cuidado de los pacientes con cáncer. Este caso ayuda a aplicar un pensamiento lateral en la resolución de problemas, en los

Cuadro I. Plan de cuidados de enfermería para el paciente con deterioro del intercambio de gases que padece cáncer gástrico

Dominio: 3 eliminación e intercambio	Clase: 4 función respiratoria	Resultado (NOC)	Indicadores	Escala de medición					Puntuación diana
Diagnóstico de enfermería Deterioro del intercambio de gases R/C ventilación/perfusión M/P frecuencia, ritmo y profundidad respiratorios anormales, color anormal de la piel (pálida, cenicienta), disnea, aleteo nasal y taquicardia (120/minuto)		Estado respiratorio: ventilación (0403)	Frecuencia respiratoria (040301) Ritmo respiratorio (040302) Profundidad de la respiración (040303)	DGRN	DSRN	DMRN	DLRN	SDRN	Mantener a: ● 7 Aumentar a: +13
				1	2	3●	4	5+	
				1	2●	3	4+	5	
				1	2●	3	4+	5	
				DGRN: desviación grave del rango normal DSRN: desviación sustancial del rango normal DMRN: desviación moderada del rango normal DLRN: desviación leve del rango normal SDRN: sin desviación del rango normal					
Intervención (NIC): oxigenoterapia (3320) Campo 2: fisiológico complejo. Clase K: control respiratorio			Intervención (NIC): monitorización respiratoria (3350) Campo 2: fisiológico complejo. Clase K: control respiratorio						
Actividades: Mantener la permeabilidad de las vías aéreas Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema cálido y humidificado Administrar oxígeno suplementario según indicaciones Vigilar el flujo de oxígeno Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (oxímetro, gasometría de sangre arterial), si procede Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come Asegurar la recolocación de la mascarilla cada vez que se extrae el dispositivo Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente Observar si se producen laceraciones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno			Actividades: Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire						
Evaluación: incremento en la puntuación diana, evidente en el estado respiratorio que mejoró en un rango de sustancial y moderado a leve, con un puntaje de 7 a 13 por el total de los indicadores									

R/C = relacionado con; M/P = manifestado por
Fuente: datos de valoración del paciente

Cuadro II. Plan de cuidados de enfermería para el paciente con diagnóstico de perturbación del campo de energía que padece cáncer gástrico

Dominio: 4 actividad/reposo	Clase: 3 equilibrio de la energía	Resultado (NOC)	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana																				
Diagnóstico de enfermería Perturbación del campo de energía R/C factores fisiopatológicos (enfermedad); factores relacionados con el tratamiento (quimioterapia); factores situacionales (ansiedad y dolor) M/P percepción de cambios en los patrones de flujo de energía (disminución del campo de energía)		Estado de salud personal (2006)	Nivel de energía. (200603) Nivel de confort (200604) Equilibrio del estado de ánimo (200620)	<table><tr><td>GC</td><td>SC</td><td>MC</td><td>LC</td><td>NC</td></tr><tr><td>1●</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5+</td></tr><tr><td>1</td><td>2●</td><td>3</td><td>4</td><td>5+</td></tr><tr><td>1</td><td>2●</td><td>3</td><td>4</td><td>5+</td></tr></table> GC= gravemente comprometido SC= sustancialmente comprometido MC= moderadamente comprometido LC= levemente comprometido NC= no comprometido	GC	SC	MC	LC	NC	1●	2	3	4	5+	1	2●	3	4	5+	1	2●	3	4	5+	Mantener a: ●5 Aumentar a: +15
GC	SC	MC	LC	NC																					
1●	2	3	4	5+																					
1	2●	3	4	5+																					
1	2●	3	4	5+																					
Intervención (NIC): manejo de la energía (0180) Campo 2: fisiológico complejo Clase A: control de actividades y ejercicio			Intervención (NIC): manejo ambiental: confort (6482) Campo 2: fisiológico complejo Clase E: fomento de la comodidad física																						
Actividades: Determinar las limitaciones físicas del paciente Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente Determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor y medicamentos) Disminuir las molestias físicas que puedan inferir con la función cognitiva y el autocontrol/regulación de la actividad Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales			Actividades: Crear un ambiente seguro para el paciente Determinar las fuentes de incomodidad Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad																						
			Intervención(NIC): manejo del dolor (1400) Campo 2: fisiológico complejo. Clase E: fomento de la comodidad física Actividades: Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos																						
Evaluación: se logra que el paciente aumente el nivel de energía, nivel de confort y el estado de ánimo, llevándolo de sustancialmente comprometido a no comprometido. El paciente refiere sentirse en un ambiente más armónico																									

R/C = relacionado con; M/P = manifestado por
Fuente: datos de valoración del paciente

que indudablemente las decisiones deberán tomarse en la línea de la colaboración y la coparticipación entre la familia el paciente y la enfermera.

En este sentido, es una invitación a la reflexión en el actuar e interactuar como personas, como campos de

energía dinámica y cambiante, y como seres humanos únicos e indivisibles. El cuidado profesional, entonces, debe darse a partir de la interacción de persona a persona, en un primer acercamiento con el paciente y bajo un esquema de cuidados independientes.¹⁹

Referencias

- World Health Organization. GLOBOCAN 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. [En línea] <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> [Consultado 13/05/2013].
- Serrano A, Candelaria-Hernández M, de la Garza Salazar J, Herrera LA. Helicobacter Pylori y cáncer gástrico. Cancerología. 2009;4(4):193-204. [En línea] <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1272302472.pdf> [Consultado 13/05/2013].
- Dugdale DC. Stomach Cancer. University of Maryland Medical Center. [En línea] <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/cancer-gastrico> [Consultado 30/05/2013].
- Nakamera K, Ueyama T, Yao T, Xuan Zx, Ambe K, Adachi Y, et al. Pathology and prognosis of gastric carcinoma. Findings in 10 000 patients who underwent primary gastrectomy. Cancer. 1992 Sep 1;70(5):1030-7.
- Gómez Gómez MM, Moreno Gordaliza E, Mena Fernández LM, Palacios Corvillo MA, Cañas Montalvo B. Estrategias bioanalíticas en estudios metalómicos de fármacos de platino. An R Soc Esp Quím. 2012;108(1):21-8.

6. Sociedad Española de Oncología Médica, SEOM. Efectos secundarios de la quimioterapia. [En línea] <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/guia-actualizada/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia?showall=1> [Consultado 15/02/2014].
7. Biocáncer. Drogas antineoplásicas. [En línea] <http://www.biocancer.com/journal/755/51-drogas-antineoplasicas> [Consultado 17/02/2014].
8. Latham MC. Carencia de hierro y otras anemias nutricionales. Capítulo 13. En: Latham MC. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Roma: FAO, Departamento de Agricultura, 2002. pp. 155-65.
9. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Atención del cancer: Control de efectos secundarios. [En línea] <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/control-de-efectos-secundarios> [Consultado 31/05/2013].
10. Martínez O. La intervención de enfermería. [En línea] [http://www.ediccollege.com/pdf/EducacionContinuaPDF/Modulo_paciente_%20oncologico.pdf]. [Consultado 30/05/2013].
11. Martha Rogers: Su teoría para enfermería. En línea] <http://enfermeriaactodecuidaryamar.blogspot.mx/2011/11/martha-rogers-su-teoria-para-enfermeria.html> [Consultado 31/05/2013].
12. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y clasificación 2009-2011, 4ª ed. Madrid, Elsevier; 2010.
13. Moorhead S, Johnson M, Maas M (Editores). Clasificación de resultados de enfermería (NOC): proyecto de resultados IOWA. 3a ed. Madrid: Elsevier, c2008.
14. McCloskey JC, Bulechek GM (Editores). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 4a ed., Madrid: Elsevier, 2005.
15. Bueno Robles LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Ciencia Enferm*. 2011;17(1):37-43. [En línea] http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_05.pdf [Consultado 31/05/2013].
16. Posos González MJ, Galindo Becerra ME (Coord.) Segundo Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería. 2013. México: Secretaría de Salud, 2013. [En línea] <http://www.salud.gob.mx/unidades/cie> [Consultado 13/05/2013].
17. Silva-Magaña G. Patrones culturales y estructuras individuales en los entornos profesionales, institucionales y sociales. Un estudio de su incidencia en la evolución del cáncer cérvico uterino, en mujeres atendidas en el Centro Estatal de Cancerología de Colima, México. Tesis Doctoral en Enfermería y Cultura de los Cuidados. Alicante: Universidad de Alicante, 2011.
18. Orem DE. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
19. Hernández-Blanco ML, Puch-Ku E, Silva-Magaña G. Teoría General del déficit de autocuidado. En: Andrade Cepeda RMG, López España JT. Proceso de atención de enfermería: guía interactiva para la enseñanza. México: Trillas; 2012.

Cómo citar este artículo:

López-Diego MA, Silva-Magaña G, Vázquez-Espinoza JA, Godínez-Gómez R. Teoría del ser humano unitario para el cuidado del paciente con cáncer gástrico y síndrome anémico severo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2014;22(3):159-64