

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia
División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/2013

Trabajo Fin de Grado

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL
(GIST)**

- Autor/a -

JUAN JOSE GARCÍA DIAZ

- Tutor/a -

GABRIEL AGUILERA MANRIQUE

INDICE

RESUMEN -----	Pág. 3
1.- INTRODUCCIÓN	
• 1.1-Justificación del estudio.-----	Pág. 3
• 1.2 Enfermedades Crónicas-----	Pág. 3, 4
• 1.3 El Cáncer.-----	Pág. 4, 5
• 1.4 Tumores Estromales-----	Pág. 6
• 1.5 Introducción al GIST-----	Pág. 6,7 y 8
2.- OBJETIVOS -----	Pág. 8
3.- METODOLOGÍA -----	Pág. 8
4.-DESARROLLO.	
• 4.1- Valoración inicial de Enfermería-----	Pág. 9,10
• 4.2- Presentación del Caso.-----	Pág. 10, 11
• 4.3- Diagnósticos de Enfermería (NANDA): ANSIEDAD-----	Pág. 11,12
• 4.4- Objetivos (NOC): ANSIEDAD-----	Pág.12
• 4.5- Intervenciones (NIC): ANSIEDAD-----	Pág. 12, 13
• 4.6- Diagnósticos de Enfermería (NANDA): DOLOR CRÓNICO-----	Pág. 14
• 4.7- Objetivos (NOC): DOLOR CRÓNICO-----	Pág. 14, 15
• 4.8- Intervenciones (NIC): DOLOR CRÓNICO-----	Pág. 15
• 4.9- POSIBLES DIAGNÓSTICOS POTENCIALES-----	Pág. 15
• 4.10- ACTIVIDADES INTERDISCIPLINARES-----	Pág. 15, 16
• 4.11- PROBLEMAS DE COLABORACIÓN-----	Pág. 17, 18
5.-DISCUSIÓN -----	Pág. 19
6.-CONCLUSIONES -----	Pág.19, 20
7.-BIBLIOGRAFÍA -----	Pág. 21, 22
8.-ANEXOS -----	Pág. 23

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente con un tumor Gastrointestinal (GIST), una tumoración muy rara, y de ahí que quiera centrarme en los distintos tipos de cuidados que como enfermeros debemos prestar a estos pacientes, ingresado en el hospital en la planta de cirugía desde el pasado mes de agosto de 2012. Expondremos el significado de lo que son enfermedades crónicas, nos centraremos en una de ellas, el cáncer, y más concreto en el tumor de este paciente; con el cuál trataremos los principales diagnósticos de enfermería que padece, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), desarrollaremos los cuidados principales para este tipo de pacientes, llevando a cabo las intervenciones a realizar, (Nursing Interventions Classification (NIC)), problemas de colaboración, y cuyo objetivos principales (Nursing Outcomes Classification (NOC)) como enfermeros, es conseguir una mejoría, o al menos la estabilización del paciente y su calidad de vida.

1.- INTRODUCCION

Dando comienzo al trabajo de fin de grado, y en mi caso en concreto, a cuidados a pacientes crónicos, en primer lugar, se expone la justificación del estudio, a continuación se realizará una breve introducción de lo que son en sí las enfermedades crónicas, así como su distribución entre la sociedad, prevalencia a niveles mundiales, europeos y autonómicos, etc. trataremos el problema del cáncer e iremos centrándonos poco a poco en el caso en sí.

1.1 Justificación del estudio.

Mi interés por este caso fue debido al desconocimiento que tenía de esta enfermedad, a la falta de conocimientos que ví en planta por parte del personal enfermero, el seguimiento diario que tuve del paciente, y sobre todo el interés de buscar y realizar cuidados para que el paciente sufriese lo menos posible.

1.2 Enfermedades Crónicas.

Haremos referencia a **Enfermedades Crónicas** como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, con un deterioro permanente, incapacidad residual, susceptible de rehabilitación y de aparición insidiosa o seguir a un trastorno agudo (1). Dentro de estas, encontramos las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las

enfermedades respiratorias o la diabetes, que son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En España de hecho, los últimos datos, indican que durante 2006 la mitad de las defunciones se debieron a estas cinco enfermedades crónicas, lo que nos lleva a confirmar que estas enfermedades constituyen un problema de salud grave, que comparte con el resto de los países desarrollados (2).

En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (3).

Aunque cabe destacar que, España se encuentra entre los países con menores tasas de defunciones por enfermedades crónicas estandarizadas de Europa, junto con Malta, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Suecia y Chipre. (2).

1.3 El Cáncer.

El **Cáncer**, como hemos señalado anteriormente, se encuentra entre una de estas enfermedades crónicas, definiéndose como una enfermedad sistémica, en el sentido de incidir de forma amplia y difusa sobre diversos aparatos y sistemas del organismo, afectando a las células y en las cuales, debido a mutaciones de su material genético, se altera el control del crecimiento celular, haciéndose éste de una forma anárquica, rápida e incontrolada, lo que conduce a la aparición de una masa celular de progresivo crecimiento llamada **tumor** (4).

El cáncer, es un problema de salud pública mundial de primer orden, representado la segunda causa de muerte en los países desarrollados como España, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y es una de las primeras cinco causas de mortalidad por todo el mundo. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13% del total) ocurridas en todo el mundo en 2008 (3). Cada año la incidencia del cáncer aumenta en España pero también disminuye su mortalidad, lo cual refleja los avances en el diagnóstico precoz, y el tratamiento (4).

Los últimos datos disponibles en 2009, muestran que en el 2006 las muertes por cáncer representaron un 26,5 % del total de las muertes (31% en hombres y un 20% en mujeres), España cuenta con una tasa de mortalidad de cáncer baja, en comparación con el resto de los países de la UE, su explicación radica en que el cáncer de mama es en España junto con Portugal, el más bajo de Europa (2). (Ver Anexo 1)

Existe un patrón geográfico claro en lo que respecta a la mortalidad por cáncer, siendo mayor en el noroeste de la península y menor en el suroeste. Principado de Asturias, Galicia, Cantabria y País Vasco fueron las CCAA con mayor riesgo de muerte por

tumores malignos, con tasas superiores a la media del Estado. En el extremo opuesto encontramos a Castilla-La Mancha, Comunidad de Madrid, Región de Murcia y Comunidad Foral de Navarra (2). (Ver figura 1)

ÍNDICE DE MORTALIDAD POR CÁNCER (CCAA).



Figura 1. Patrón geográfico de la mortalidad por cáncer (**FUENTE:** Elaboración OSE a partir de los datos proporcionados por el Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.)

Según datos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), y atendiendo al crecimiento de la población en España que según las previsiones del INE, se calcula que en el año 2015 la población española será de 48.021.707 personas, de las cuales la incidencia global prevista que puedan padecer cáncer es de 222.069 personas (136.961 varones y 85.108 mujeres), siendo el tipo más frecuente el cáncer colorrectal, por delante, en términos globales, del cáncer de pulmón y el cáncer de mama. Si concretamos, el tipo de tumor más frecuente en los varones será el cáncer de pulmón, seguido de el cáncer de próstata, colorrectal y vejiga; en cambio en las mujeres el tumor con mayor incidencia es el de mama, seguido del colorrectal y los tumores ginecológicos, entre los que se incluyen los tumores de útero, ovario, trompas de Falopio y cáncer de cérvix (4).

1.4 Tumores Estromales.

Dentro de los cánceres, y nos vamos ya ajustando a nuestro proyecto, nos centraremos en el conocimiento de los **Tumores Estromales**, y aquí nuestro caso clínico, el cuál cursa con un tumor de GIST (5).

El concepto y clasificación de los tumores mesenquimatosos del tubo digestivo son, junto con los linfomas, los que más modificaciones han sufrido en los últimos años. Clásicamente se consideraba que la mayoría de estas neoplasias se originaban en las fibras musculares lisas, y se denominaban leiomiomas cuando estaban formados por células en forma de huso o leiomioblastomas cuando estaban formados por células epitelioides (5).

Actualmente la situación es bastante más compleja ya que los tumores estromales gastrointestinales (GIST) pueden dividirse según sus características fenotípicas en cuatro tipos principales, aunque, la utilidad en la práctica clínica de esta nueva clasificación, está aún por demostrar ya que, por un lado, la tipificación preoperatoria de estos tumores es difícil y no existe en más del 50% de los casos preoperatoriamente y, por otro lado, el pronóstico sigue estableciéndose con los criterios clásicos: tamaño e índice de mitosis (5).

Los Tumores sin diferenciación (GIST propiamente dichos) muestran inmunoreactividad para la enzima CD34. Además recientemente se ha comprobado que estos tumores expresan el protooncogen c-kit (un receptor del factor de crecimiento que tiene actividad tirosinkinasa) que está relacionado con las células intersticiales de Cajal, que se consideran las precursoras de estas neoplasias. Por último destacar que uno de los aspectos más importantes de este nuevo tipo de tumores es su tendencia a recidivar localmente y de ahí su peor pronóstico (5).

Se consideran criterios relativos de malignidad: el tamaño mayor de 5 cm, la presencia de necrosis y/o hemorragia, la hiper celularidad, la atipia nuclear y la actividad mitótica. Sin embargo, el único criterio absoluto de malignidad es la extensión del tumor a las estructuras adyacentes en el momento del diagnóstico (metástasis). (5).

1.5 Introducción al GIST.

Los **Tumores del Estroma Gastrointestinal (GIST)** suponen menos del 1% de todos los tumores digestivos y, sin embargo, son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. Originadas a partir de las células intersticiales de Cajal pueden localizarse en cualquier nivel, a lo largo del tracto gastrointestinal (GI) (5), siendo una

distribución aproximada la siguiente: un 70% en el estómago, entre un 20-40% en el intestino delgado, de un 5-15% en colon y recto, y en menos del 5% en esófago y epiplón. (6).

La mayoría de los pacientes que los poseen, se encuentran en edades comprendidas entre 40 y 70 años, con mayor incidencia en varones, y también se han descrito casos en niños, siendo la mayoría de éstos malignos (5).

El tratamiento del tumor ha avanzado en los últimos años apoyado en tres ítems específicos. En primer lugar porque el 95% de estos presentan el marcador inmunohistoquímico diferencial CD117 (KIT), lo que ha permitido conocer mejor su epidemiología y su historia natural. En segundo lugar, se ha identificado la mutación que lo origina. Y en tercer lugar, se ha encontrado un fármaco, el Imatinib® o STI- 57, fabricado por Novartis farmacéutica en el este de Hanover, que bloquea específicamente este receptor mutado con unos resultados clínicos excepcionales, (5), es decir, se ha pasado de tener una media de supervivencia con pacientes con metástasis de GIST de entre 9-23 meses, a una supervivencia de unos 60 meses aproximadamente. La incidencia y el potencial maligno de los GIST probablemente es mayor de lo que se sospecha ya que a menudo se identifican erróneamente antes de la aparición de un marcador de diagnóstico específico de estos (6).

Hemos de destacar que, tras la resección primaria de un GIST, un 40-60% de los pacientes sufrirán recidiva en un plazo de unos 2 años, en forma de enfermedad metastásica o recurrencia local (6).

Los GIST de menos tamaño son generalmente encontrados por casualidad al realizar una cirugía de otro tipo, una endoscopia, un examen rectal o una autopsia. Algunos GIST son detectados como masas abdominales palpables y frecuentemente el sangrado del GI es uno de los primeros signos de los GIST. Un lento sangrado del tumor puede ser causa de anemia en el paciente, al igual que palidez, debilidad o fatiga (6).

Cabe destacar que alrededor de un 40% de los casos los pacientes cursan con hemorragias agudas en el tracto GI, o cavidad peritoneal procedente de una ruptura del tumor y la perforación de los tejidos. Sin olvidar que los GIST también pueden alterar las funciones del intestino, obstruirlo o perforarlo, e incluso puede provocar disfgia, ictericia y fiebre (6).

Las manifestaciones clínicas dependen del tamaño y localización del tumor (5), pero por lo general, los síntomas y signos asociados a un GIST incluyen: dolor o malestar abdominal, sensación de estar lleno, nauseas, vómitos, anorexia, hemorragia digestiva

en forma de melenas o sangre oculta en heces, pérdida de peso y problemas urinarios (6).

2.- OBJETIVOS

- Describir los cuidados a llevar a cabo por parte del personal de enfermería ante pacientes que presenten este tumor del estroma gastrointestinal (GIST).
- Mejorar los cuidados a pacientes que presenten esta tumoración con el único fin de mejorar su calidad y esperanza de vida.
- Actuar en conjunto con el equipo multidisciplinar para mejorar los cuidados impartidos a estos pacientes.
- Enseñar a los pacientes y familiares los cuidados básicos para mejorar la calidad de vida de estos.
- Manejar los posibles efectos secundarios del quimioterápico oral Imatinib®.
- Establecer una base de datos sobre esta enfermedad crónica.

3.- METODOLOGÍA.

- Diseño de un caso clínico, en donde se expone un caso real de un paciente.
- Muestra: Paciente de 53 años de edad que presenta una neoplasia gástrica poco frecuente, que tras su extirpación ha tenido varias complicaciones potenciales, las que le hacen permanecer ingresado actualmente. Tras la implantación de la endoprótesis en esófago sufre periodos de mucho dolor, intentan su retirada en quirófano, pero después de hasta 6 intervenciones es imposible su retirada.
- Consulta a través de búsquedas bibliográficas en CINAHL, COCHRANE PLUS, CUIDEN, etc. artículos relacionados con los cuidados a pacientes que presenten tumor del estroma gastrointestinal (GIST).
- Consulta de los manuales de NANDA, NIC y NOC, con el fin de encontrar los diagnósticos mejor adaptados a nuestro paciente, las intervenciones a estos, y obtener los mejores resultados para una mejoría implícita del paciente.

4.-DESARROLLO.

A continuación se presenta el desarrollo del estudio. En primer lugar se presenta la valoración inicial de enfermería realizada en planta a mi llegada, y seguido se presenta el caso en sí, exponiendo toda la evolución del paciente, pruebas realizadas, etc.

Como parte central del desarrollo, se presentan los diagnósticos de de enfermería según NANDA, los objetivos según la NOC, las intervenciones NIC y las actividades a realizar. Ya como último punto del desarrollo, encontramos los posibles diagnósticos, las actividades interdisciplinarias y los problemas de colaboración.

4.1- Valoración inicial de Enfermería.

1. Descripción del estado de salud: Paciente de 53 años, con antecedentes de HTA, gastrectomía parcial por GIST que requiere implantación de endoprótesis, episodios previos de reagudización del dolor que requieren ingreso con estancia media larga. Ingresa de nuevo, por dolor abdominal persistente, no controlado con tratamiento conservador.

Hasta el ingreso, cifras de tensión arterial bien adecuadas con tratamiento domiciliario, con control por parte de enfermería de su centro de salud.

2. Oxigenación: En cuanto al patrón respiratorio, se encuentra eupneico, en la auscultación pulmonar destacan sibilancias en ambas bases pulmonares. Presenta una expectoración espesa, verdosa y con restos hemáticos ocasionales.

3. Nutricional- Metabólico: En el patrón nutricional, actualmente se encuentra con nutrición parenteral de protección hepática desde hace más de 6 meses.

El paciente se encuentra normohidratado, ligera palidez cutánea, bajo un control estricto de sueroterapia.

4. Eliminación: Refiere episodios de estreñimiento pertinaz que requieren el uso de laxantes como tratamiento sintomático y se resuelven sin problemas, debido a su periodo largo de actividad reducida.

5. Sueño- Descanso: En cuanto a los factores que pueden afectar a este patrón, presenta sueño interrumpido, debido a problemas de salud física, fundamentalmente dolor en pecho provocado por la endoprótesis, estado anímico depresivo, situaciones ambientales de estrés como múltiples intervenciones quirúrgicas, estancia larga en el hospital y uso de determinados fármacos.

6. Actividad-Ejercicio/Aseo-Higiene: Realiza una pequeña deambulaci3n por la planta en los momentos de mayor bienestar, y actividad cama-sill3n siempre con ayuda de un acompa1ante. Diariamente es aseado en cama por su mujer, pudiendo cerciorar que presenta una dependencia moderada en el 3ndice de Barthel.

7. Cognoscitivo-Perceptivo y de Relaci3n: En cuanto al patr3n cognoscitivo, tiene todas las capacidades sensoriales intactas. Su comunicaci3n verbal es perfecta, es muy comunicativo y hablador, y puede mantener una conversaci3n oral perfectamente. Estado mental sin alteraciones. Tranquilo, bajo estado an3mico, aunque esperanzado en su mejor3a. Comprensi3n intacta, con algunos episodios de desorientaci3n tras intervenciones. Memoria 3ntegra, recuerda tanto acontecimientos pasados como recientes. En cuanto al conocimiento de su estado de salud, no es consciente de la gravedad de su enfermedad ni el pron3stico infausto.

8. Sexualidad-reproducci3n: Tiene seis hijos y mujer, manteniendo una relaci3n 3ntegra con todos ellos y sus nietos, comentando que lo animan mucho. La mayor3a de los d3as est3 acompa1ado por su mujer, y sus hijos vienen todos los d3as a verlo.

9. Valoraci3n f3sica: Presenta moderada sensaci3n de enfermedad, ligera ictericia mucocut3nea, edema generalizado en todo el cuerpo con eccemas en las zonas declives (codos espalda, nalgas). Su peso es de 52kg, y una altura de 1,73. Pupilas isoc3nicas y reactivas. T.A.:165/80, FC: 72.

Actualmente el paciente sigue ingresado en planta.

-Tratamiento: Dolor controlado con perfusi3n analg3sica (3 ampollas de Nolotil® + 3 amp. Enantyum® + 50 ml de cloruro m3rfico y rescate de dolantina® en 50 ml de suero glucosalino). Solo ingesta oral de Imatinib® como tratamiento quimioter3pico.

4.2- Presentaci3n del Caso.

Paciente de 53 a1os de edad que ingresa en planta en agosto de 2012 por recidiva de Tumor del Estroma Gastrointestinal (GIST) practic3ndose una gastrectom3a total y una anastomosis gastroyeyenal. A las 24h siguientes presenta fistula esof3gica, se objetiva por salida de material purulento por drenaje de Jackson Prats. Se trata de forma conservadora con nutrici3n parenteral. Al mismo tiempo se le diagnostican en una de las revisiones dos n3dulos en es3fago distal. Se le vuelve a intervenir y se le pone un est3n esof3gico, pero el r3pido crecimiento del tumor hace que se ocluya en una semana.

Comienza tratamiento quimioterápico oral en diciembre con Imatinib® y los nódulos disminuyen, incluso unos nuevos que le habían detectado en los riñones.

Por medio de un tránsito se verifica en enero que la fístula ha disminuido de tamaño pero paradójicamente aumenta la cantidad de líquido en el drenaje. Ya a finales de abril se le retira el drenaje al no contener durante una semana salida de líquido.

Tras ser controlado por la unidad del dolor, se requiere extraerle la prótesis esofágica, pero en quirófano se verifica que está tan arraigada al esófago, que existe riesgo de perforación de este, se intenta hasta seis veces la misma intervención, sin resultado ninguno hasta día de hoy.

El paciente presenta una vía central, por la cual se administran los distintos fármacos pautados, la perfusión analgésica, y la alimentación parenteral, prestando mayor importancia a la administración del tratamiento quimioterápico oral por sus reacciones adversas; al igual que a la cura de apósitos y vía central, o a la comodidad de este, ya que presenta bastante dolor abdominal, y tendremos que estar atentos a ello y a los distintos problemas que presente el paciente como control de la ansiedad y demás diagnósticos enfermeros que presente, ya que lleva 9 meses ingresado en planta, y a día de hoy lo sigue estando.

4.3- **Diagnósticos de Enfermería (NANDA) (7): ANSIEDAD**

00146 **ANSIEDAD** R/C no conocimiento de se estado de salud M/P demanda constante de fármacos para el dolor.

Factores relacionados

-Amenaza de cambio en:

- Estado de salud.
- Entorno.

-Conductuales:

- Expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales.

-Afectivas:

- Desesperanza dolorosa reciente.
- Incertidumbre.
- Preocupación reciente.

-Fisiológicas:

- Trastornos del sueño al levantarse a orinar y/o pedir inyección de dolantina.
- Náuseas.
- Frecuencia urinaria.

4.4- **Objetivos (NOC) (8): ANSIEDAD**

- 1402 Autocontrol de la ansiedad. Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Indicadores

140217 Controla la respuesta de ansiedad	1	②	3	4	5
140214 Refiere dormir de forma adecuada	①	2	3	4	5
140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.	①	2	3	4	5

Indicador al ingreso.

Indicador esperado.

Escala del 1-5: Nunca / Raramente / A veces / Frecuentemente / Siempre

- 1211 Nivel de Ansiedad. Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifiesta surgida de una fuente no identificable.

121102 Impaciencia	1	②	3	4	5
121124 Vértigo	1	②	3	4	5
121118 Preocupación exagerada por eventos vitales	1	②	3	4	5
121105 Inquietud	①	2	3	4	5

Indicador al ingreso.

Indicador esperado.

Escala del 1-5: Nunca / Raramente / A veces / Frecuentemente / Siempre

4.5- **Intervenciones (NIC) (9): ANSIEDAD**

5240 ASESORAMIENTO. Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Actividades

- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.

5340 PRESENCIA. Definición: Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica.

Actividades

- Mostrar una actitud de aceptación.
- Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.
- Establecer una consideración de confianza y positiva.
- Escuchar las preocupaciones del paciente.
- Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.
- Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.
- Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad.

5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD. Definición. Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades

- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sanciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

4.6- Diagnósticos de Enfermería (NANDA) (7): DOLOR CRÓNICO

00133 DOLOR CRÓNICO R/C sten implantado en el esófago para evitar la oclusión de este por el crecimiento del tumor M/P dolor precordial en el pecho incluso con medicación.

Se define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos. El inicio puede ser súbito o lento y la intensidad variable, pero no tiene un final previsible y su duración es superior a los seis meses.

Factores relacionados.

- Incapacidad física o psicosocial crónica.

4.7- Objetivos (NOC) (8): DOLOR CRÓNICO

1605 Control del dolor

Dominio: Conocimiento y conducta de salud.

Clase: Conducta de salud.

Definición: Acciones personales para controlar el dolor.

160501 Reconoce factores causales	①	2	3	4	5
160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas	①	2	3	4	5
160508 Utiliza los recursos disponibles	1	②	3	4	5
160507 Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario	①	2	3	4	5

Indicador al ingreso.

Indicador esperado.

Escala del 1-5: Nunca / Raramente / A veces / Frecuentemente / Siempre

0003 Descanso

Dominio: Salud funcional.

Clase: Mantenimiento de energía.

Definición: Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.

000301 Tiempo del descanso	1	②	3	4	5
000303 Calidad del descanso	①	2	3	4	5

○ Indicador al ingreso.

□ Indicador esperado.

Escala del 1-5: Gravemente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometido.

4.8- **Intervenciones (NIC) (9): DOLOR CRÓNICO**

1400 Manejo del dolor

Definición: Alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del mismo y factores desencadenantes.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.

4.9- POSIBLES DIAGNÓSTICOS POTENCIALES.

00047 **RIESGO DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA** R/C periodos largos en cama y pérdida de peso M/P coloración rojiza de piel en nalgas y espalda. Además del control de la inserción del catéter epidural y del catéter central. (7)

4.10- ACTIVIDADES INTERDISCIPLINARES

2300 Administración de medicación (NIC) (9).

Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades

- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.
- Firmar los narcóticos y otros fármacos restringidos, de acuerdo con el protocolo del centro.

- Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
- Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de medicación.
- Instruir al paciente y familia acerca de las acciones y efectos adversos esperados de la medicación.

2214 Administración de analgésicos: Intraespinal. (NIC) (9).

Definición: Administración de agentes farmacológicos en el espacio epidural o intratecal para reducir o eliminar el dolor.

Actividades

- Comprobar la abertura y funcionamiento del catéter, orificio y/o bomba.
- Asegurar que el acceso i.v. está bien colocado en todo momento durante la terapia.
- Asegurarse que se utiliza la fórmula de fármaco correcta (alta concentración y libre de conservación).
- Asegurar la disponibilidad de antagonistas del narcótico para administración de emergencia y administrar según orden del médico, si es necesario.
- Comenzar la infusión continua del agente analgésico después de que se ha comprobado la correcta colocación del catéter y controlar el flujo para asegurar el aporte de la dosis prescrita de la medicación.
- Etiquetar el catéter y fijarlo adecuadamente.
- Vigilar el sitio de colocación y los vendajes del catéter para comprobar que el catéter no esté flojo ni el vendaje mojado, y notificar al personal correspondiente de acuerdo con el protocolo.
- Administrar cuidados en el sitio de colocación del catéter de acuerdo con el protocolo de la institución.
- Instruir al paciente a que informe sobre los efectos secundarios, alteraciones en el alivio del dolor, entumecimiento de las extremidades y necesidad de asistencia en la deambulación si se sintiera débil.
- Aumentar la dosis epidural, en función de la intensidad del dolor.
- Vigilar por si se producen reacciones adversas, incluyendo depresión respiratoria, retención urinaria, somnolencia indebida, picores, ataques, náuseas y vómitos.

4.11- PROBLEMAS DE COLABORACIÓN.

Los efectos adversos del quimioterápico (Imatinib®) generalmente son moderados y más a menudo son tolerables, pero con un buen control de la enfermedad, se ha comprobado una mejoría para el paciente en cuanto al control de esta y mejoras en la calidad de vida según el paciente.

Náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea y de vez en cuando se producen con el tratamiento con Imatinib®, pero se pueden minimizar si el medicamento se toma con alimentos o al menos 250-300mL de agua. Si náuseas y los vómitos persisten, los pacientes pueden variar la hora del día en la que se toman Imatinib®. Por último, antieméticos, como Metoclopramida (Primperan®), que deben pautarse sí los pacientes vomitan, no hay que repetir la dosis de Imatinib®. La Loperamida (Fortasec®) se recomienda en caso de que los pacientes sufran de diarrea (6).

Otros posibles efectos adversos que pueden aparecer tras la toma del quimioterápico pueden ser erupciones de la piel, fatiga, edema como veremos más adelante, o incluso calambres musculares (10).

- Los pacientes con antecedentes de esofagitis o hernia de hiato, deben tomar Imatinib® por lo menos dos horas antes de la hora de acostarse. La dosis diaria total puede también dividirse en dos dosis iguales tomadas con comidas separadas (6).
- El edema es el efecto secundario más común del Imatinib® en pacientes con GIST y se produce en alrededor de un 74% de los pacientes (6).

Generalmente, los edemas son más frecuentes en la región periorbitaria y en las zonas declive de las extremidades. Un pequeño porcentaje de los pacientes desarrollan ascitis o derrame pleural. En algunos casos se observa una ganancia de peso debida a la retención de líquidos en su mayoría, y que puede ser tratada con diuréticos, por lo que tendremos que estar atentos a la ganancia de peso del paciente. Altas retenciones de líquidos puede sugerir una revisión de la dosis de Imatinib® (6).

Los enfermeros deberíamos pesar a los pacientes semanalmente (10).

- La mayoría de reacciones cutáneas relacionadas con Imatinib® como erupciones, salpullidos leves, son más frecuentes en dosis mayores de fármaco y en el sexo femenino, o dermatitis generalizadas, serán autolimitadas y manejables. La erupción más común se caracteriza por lesiones

maculopapulares, las cuales son más llamativas en los antebrazos, tronco, y, en ocasiones, en la cara. El prurito es frecuente. Se ha demostrado que el uso de soluciones tópicas o antihistamínicos en pacientes con reacciones cutáneas leves o moderadas tiene un resultado magnífico, y que es muy raro encontrar reacciones severas (6).

- En caso de que el paciente tenga trombocitopenia, le recomendaremos minimizar procedimientos invasivos como el afeitado y suprimir el uso de aspirina, evitando así el riesgo de sangrado e infección (6).

Control de los efectos secundarios.

- Las estrategias actuales de las enfermeras frente a los efectos secundarios del GIST esboza un papel clave, ya que estas ayudan a los pacientes con GIST a gestionar el tratamiento con Imatinib®.
- Asegurar que el seguimiento está programado adecuadamente.
- Ayudar a mantener la estrecha intensidad necesaria de Imatinib® teniendo en cuenta que la interrupción del tratamiento, puede dar lugar a una rápida progresión del tumor. La interrupción no es aconsejable excepto cuando la toxicidad ponga en peligro al paciente. Esto requiere que las enfermeras asistan con atención tanto a la dosificación prescrita, como a la adherencia del paciente frente al quimioterápico.
- Evaluar y manejar los efectos adversos e interacciones medicamentosas.
- Actualización de la lista de medicamentos del paciente continuamente.
- Educar a los pacientes sobre los eventos adversos asociados al tratamiento, interacciones potenciales con medicamentos, y hacer hincapié en los fundamentos y la importancia de seguir el plan de tratamiento (7).

5.-DISCUSION

Antes de la realización de este trabajo fin de grado, carecía de pocos conocimientos acerca de la enfermedad de GIST, los síntomas, las secuelas para el paciente, las implicaciones que requiere por parte del personal de enfermería ya que precisa una atención continuada por su estado anímico, cuidados para el control del dolor y síntomas derivados del estado tan evolucionado de su enfermedad. Con la elaboración de este proyecto, he adquirido de una manera más segura como abordar este tipo de pacientes crónicos, aumentado mi preparación en todos los campos de la enfermería (cuidados, curas, medicación, monitorización de constantes, efectos secundarios, etc.), el conocimiento de las complicaciones médicas y quirúrgicas en un paciente con una estancia tan larga e intervenido en multitud de ocasiones, ventajas y complicaciones del único tratamiento que existe contra esta tumoración, y la parte más difícil, cómo estar en el momento que más te necesiten, tanto paciente como familiares, proporcionarles la información necesaria que puedan precisar, claro está, dentro de nuestros límites como enfermeros y del juramento del secreto profesional.

Para concluir, me gustaría dejar escrito un párrafo obtenido de un artículo, el cuál me parece muy reseñable y dice que siempre consideraremos que un buen enfermero, no sólo debe ser sincero y amable, sino que también ha de ser respetuoso, lo que nos va a llevar a mantener una relación respetuosa con nuestros pacientes. Cuando los pacientes sienten que están siendo tratados de forma individual, estos son capaces de mantener una autoestima elevada, lo que mejorará su salud mental. De hecho, en estudios, se ha comprobado que en algunos pacientes con cáncer, reportaron haber experimentado una sensación de mejora cuando las enfermeras/os les entienden y les toman en serio. Esto forma una parte esencial del cuidado y facilita el crecimiento y desarrollo personal de los pacientes (11).

6.-CONCLUSIONES.

Los resultados del estudio de este caso clínico, se ajustan a nuestros propósitos iniciales, ya que hemos conseguido los objetivos planteados, es decir, una mejora de los cuidados para el paciente, identificando los principales diagnósticos de enfermería, llevando a cabo las intervenciones más efectivas con el único fin de llegar a los objetivos que nos

hemos propuesto. Un mejor abordaje de los cuidados por parte del personal de enfermería, ya sea tanto, llevando a cabo las principales curas para mejorar la calidad de vida del paciente, evitando complicaciones potenciales, manejo de medicación, o educación sanitaria al paciente y familiares sobre los aspectos más relevantes del proceso de enfermedad.

También hemos aportado nuevos datos sobre esta enfermedad infrecuente, con que síntomas y signos cursa, cuál es el tratamiento que ha demostrado alargar la supervivencia, y los posibles efectos adversos derivados del mismo (quimioterápico oral, Imatinib®), y sobre todo, como actuar ante estos, ya sea para otros enfermeros, o dirigido a los familiares.

Como se puede trabajar en conjunto con el equipo médico, para llevar un seguimiento adecuado del paciente, reduciendo así sus dolencias.

Así, que con este caso clínico, debido a lo raro que resulta encontrar pacientes crónicos que padezcan este tipo de neoplasia, he aportado una serie de cuidados y resultados los cuales pueden ser útiles para otros compañeros que se encuentren en la misma situación que la mía antes del desarrollo de este trabajo fin de grado, queda establecida como una base de datos, en la cual consultar ante posibles dudas que puedan surgir en pacientes con este tipo de tumoración.

7.-BIBLIOGRAFÍA

- (1) Aguilera Manrique G., Pérez Galdeano A. Enfermería del Adulto I. 2010-2011. Ed. Sist. Oficina de Almería: 2011.
- (2) Observatorio de la Sostenibilidad en España (OSE) [Internet]; España: 2005-2009. Tasas de defunciones por enfermedades crónicas por género; 2009; [consultado 2013 Mar 22]; [about 209-210]. Disponible en:
http://www.sostenibilidad-es.org/sites/default/files/11.2._tasas_de_defunciones_por_enfermedades_cronicas_por_genero.pdf
- (3) Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Website: OMS; c2013 [consultado 2013 Feb]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- (4) Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) [Internet]; España: Reportaje, El Cáncer en España; 2009; [consultado 2013 Mar 07]; Disponible en:
<http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/boletinseom/2010/66/09-reportaje-bol66.pdf>
- (5) García Marcill J.A., Parrilla P. Sarcomas Gástricos. Parrilla P., Martínez de H.L., Ortiz E.A., editors. Cirugía Esofagogástrica. Madrid: Arán Ediciones, S.A.; 2001. p 473-478.
- (6) Jeanne M. Griffin, Myra St. Amand, George D. Demetri. Nursing implications of Imatinib for Gastrointestinal Stromal Tumors. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2005 ab; 9(2): 161-9.
- (7) NANDA International: North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. 1ª ed. España: ELSEVIER; 2012.
[Consultado 2013 Mar 27] Disponible en:
http://almirez.ual.es/search~S2*spi?/mMCS/mMCS/1,1,30,B/1856~b1426127&FF=mMCS!c&14,,30,1,0
- (8) Moorhead, S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Moorhead, S, Johnson M, Meridean M, Swanson, E. 4ª ed. España: ELSEVIER; 2009.

[Consultado 2013 Mar 27] Disponible en:

http://almirez.ual.es/search~S2*spi?/mMCS/mMCS/1,1,30,B/1856~b1426127&FF=mMCS!c&14,,30,1,0

- (9) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Bulechek, G. , Butcher, H. , McCloskey Dochterman, J. 5a ed. España: ELSEVIER; 2009.

[Consultado 2013 Mar 27] Disponible en:

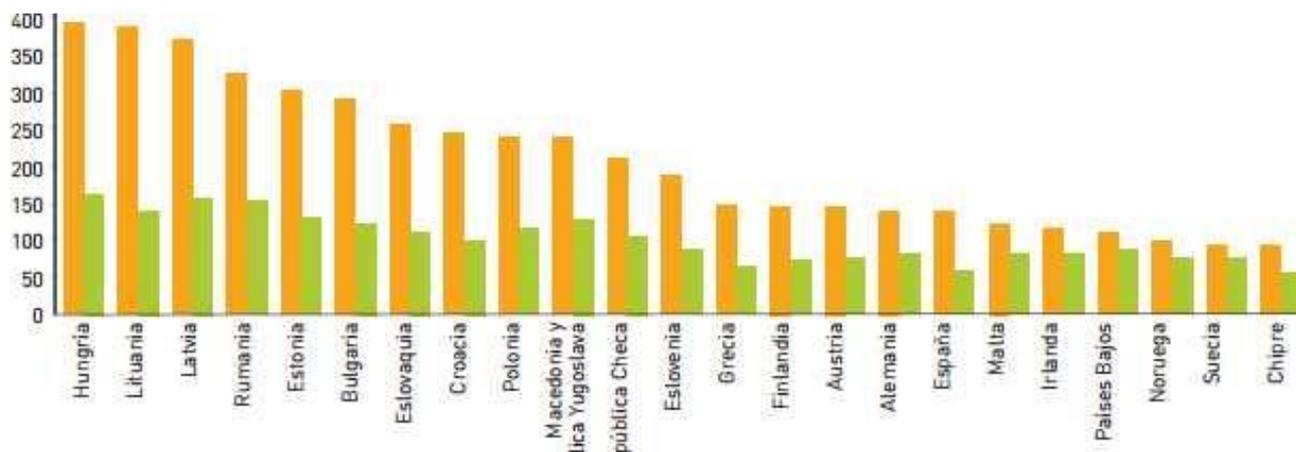
http://almirez.ual.es/search~S2*spi?/mMCS/mMCS/1,1,30,B/1856~b1426127&FF=mMCS!c&14,,30,1,0

- (10) Barnes, T, Reinke, D. Practical Management of Imatinib in Gastrointestinal Stromal Tumors. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2011 oct; 15(5): 533-545.
- (11) Rchaidia L., Dierckx de Casterlé, B, De Blader, L, Gastmans, Ch. Cancer Patients Perception of Good Nurse: A Literature review. Nursing Ethics. 2009 Aug; 16(5). 528-542.

8.-ANEXOS

ANEXO 1

Figura 2. Tasas de defunciones estandarizadas por enfermedades crónicas en países Europeos, desagregadas por género.



- Hb 2006
- MJ 2006

FUENTE: Elaboración OSE a partir de datos de Eurostat. 2009.

NOTA: Últimos datos europeos comparables disponibles en Eurostat en 2009.