



# Hacia la excelencia en los cuidados: enfermo con cáncer de páncreas y continuidad entre niveles asistenciales.

Autores:

María Dolores Sánchez Córcoles. Supervisora de Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.  
Miguel Ángel Sáez Martínez. Coordinador de Enfermería del Centro de Salud de Hellín II



## INTRODUCCION:

Dirigidos hacia la **excelencia en nuestros cuidados** y teniendo presente la importancia de preservar su continuidad entre niveles asistenciales para la seguridad de los pacientes, debemos estandarizar aquellos procedimientos de los que dependa la atención a los enfermos.

Al centrarnos en los cuidados de enfermería a la persona con cáncer de páncreas debemos tener en cuenta que es el tumor con mayor mortalidad a un año; se estima que la supervivencia total a 5 años es del 3-5%, con una supervivencia media de 18-20 meses. Incluso en aquellos casos en que se detecta más precozmente y son tributarios de cirugía, el 80% vuelve a manifestar la enfermedad al cabo de un año de forma más agresiva. A largo plazo sólo el 4% de los pacientes se cura de forma definitiva. Estamos hablando por tanto de un paciente complejo, tanto por el impacto emocional producido en el individuo y la familia una vez instaurado el diagnóstico, como por el pronóstico de la patología y por el tipo de cuidados que se requieren.

Es necesario **protocolizar los cuidados de enfermería** entre los distintos niveles asistenciales que nos permitan, utilizando la evidencia científica de la que disponemos y en un marco de seguridad del paciente, proporcionar unos cuidados de calidad en todas las fases por las que atraviesan estos pacientes y su familia. Desde el diagnóstico hasta los cuidados domiciliarios por parte la Enfermería de Comunitaria.

## OBJETIVOS:

1. Trascender de un modelo biomédico de atención a la salud, hacia un **abordaje biopsicosocial** utilizando un **plan de cuidados de enfermería** que sea capaz de considerar la singularidad del sujeto con cáncer de páncreas y su **familia**.
2. Desarrollar un plan de cuidados de enfermería contemplando al individuo desde su llegada al centro sanitario, su sometimiento a exploraciones diagnósticas, su paso por la fase de tratamiento hasta que se concluye el proceso hospitalario y se continúan los cuidados domiciliarios. Todo ello programando nuestras intervenciones siguiendo una **metodología enfermera** que debe marcar todas nuestras acciones.
3. Asegurar la **comunicación entre los distintos niveles asistenciales** que nos permitan, utilizando la evidencia científica de la que disponemos y en un marco de **seguridad del paciente**, proporcionar unos cuidados de calidad en todas las fases por las que atraviesan estos pacientes y su familia. Desde el diagnóstico hasta los cuidados domiciliarios por parte la enfermería de Comunitaria

## MATERIAL:

Se utilizaron las herramientas de las que disponemos como es **la HC informatizada Mambrino XXI** en atención hospitalaria y el registro en Turriano por parte de la enfermería de Atención Primaria.

Se realizaron **entrevistas a familiares** para recabar información sobre distintos aspectos del cuidado del paciente. Se les dio así la oportunidad de **participar** en la elaboración de las diferentes propuestas.

Como documento que asegurase la CONTINUIDAD DE CUIDADOS entre niveles asistenciales se utilizó el documento de **alta de enfermería** de Mambrino XXI con recomendaciones al alta. Dicho documento está identificado por la enfermera de referencia que lo realiza así como el teléfono del servicio de digestivo. Cada alta hospitalaria se notificaba mediante el **Programa de Continuidad de Cuidados** a la enfermera que el paciente tenía en Atención Primaria responsable ahora de sus cuidados domiciliarios



## TECNICA Y PROCEDIMIENTOS:

Se realiza un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) tanto una vez instaurado el diagnóstico como una reevaluación al alta que sirve para comunicarlo a la enfermera de Atención Primaria. En este proceso se aplica la **metodología Enfermera** con diagnósticos NANDA, Objetivos de resultado NOC e Intervenciones NIC y se registra en la Historia Clínica informatizada.

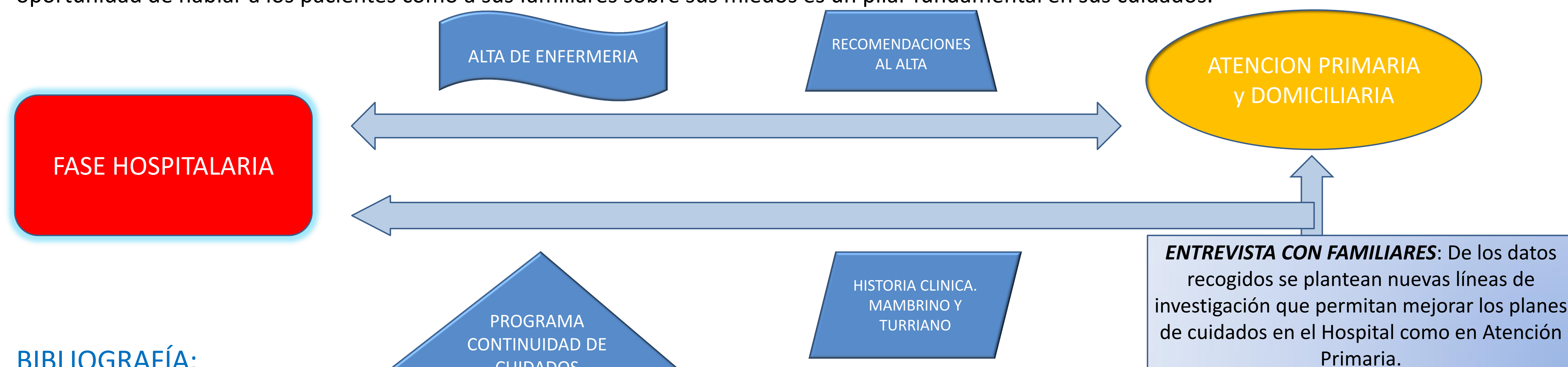
Como principales problemas del paciente en esta **FASE HOSPITALARIA** estarían:

- Pérdida de peso. Alteración en la nutrición por defecto
- Ictericia. Riesgo de infección relacionado con prurito
- Dolor agudo.
- Alteración del estado emocional/ansiedad

Durante la **ATENCION DOMICILIARIA**:

1. Riesgo de síndrome de desuso
2. Patrón alterado del sueño
3. Cansancio en el desempeño el rol de cuidador

Una vez concluido el diagnóstico las intervenciones de enfermería clave son las relacionadas con el abordaje psicosocial del paciente. Estas son de suma importancia en las prácticas de los profesionales de la salud y su valoración nos permite identificar pacientes que se muestren más vulnerables. Dar la oportunidad de hablar a los pacientes como a sus familiares sobre sus miedos es un pilar fundamental en sus cuidados.



## BIBLIOGRAFÍA:

- NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. Editorial ELSEVIER.
- Vidán L, Aldaniz B, Amor JR. Morir dignamente. AMF 2008; 4(3): 136-142
- HARRISON. Principios de Medicina interna. Mcgraw-Hill; 2012. Vol II