PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS PARA EL ABORDAJE DEL CÁNCER DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

STANDARDIZED CARE PLAN: CANCER OF THE GASTROESOPHAGEAL JUNCTION UNDERGOING CHEMOTHERAPY TREATMENT

Autora: Maider Llamosas Goitia
Tutora: Cristina Blanco Fraile
Trabajo Fin de Grado
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria
Curso académico 2022-23

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....3

2. INTRODUCCIÓN 4

2.1. *OBJETIVO GENERAL 4*

2.2. *OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....4*

2.3. *METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....4-5*

3. MARCO TEÓRICO.....5-12

3.1. *DEFINICIÓN E HISTOLOGÍA.....5*

3.2. *ANATOMÍA.....5*

3.3. *FACTORES DE RIESGO.....5-7*

3.4. *SINTOMATOLOGÍA.....7*

3.5. *DIAGNOSTICO.....7*

3.6. *CLASIFICACIÓN.....7-8*

3.7. *ESTADIFICACIÓN.....8-9*

3.8. *TRATAMIENTO.....9-11*

3.8.1. *QUIRÚRGICO.....9-10*

3.8.2. *TRATAMIENTO MEDICO.....10-11*

3.9. *SALUD MENTAL Y EL CÁNCER.....12*

3.10. *SUPERVIVENCIA.....12*

4. PLAN DE CUIDADOS 12-28

4.1. *CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE CUIDADOS.....12-13*

4.2. *DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS.....13*

4.3. VALORACIÓN ENFERMERA SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.....14-17

4.4. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, RESULTADOS E INTERVENCIONES 17-22

4.5. COMPLICACIONES POTENCIALES Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN.....22-28

5. CONCLUSIONES.....28-29

6. BIBLIOGRAFÍA.....29-33

7. ANEXOS.....34

Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.
Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.
Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,
La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo."

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El cáncer de la unión gastroesofágica es una enfermedad que afecta a 572.032 pacientes a nivel mundial, correspondiendo así al 3,2% de los cánceres que se diagnostican en el mundo.

El trabajo de fin de grado que se expone a continuación, recoge mediante el lenguaje estandarizado NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC), un plan de cuidados estandarizados mediante el cual se pretende poder garantizar a todos los pacientes que están diagnosticados de esta enfermedad unos cuidados de calidad y humanizados a través del razonamiento crítico enfermero.

Se realizó una revisión bibliográfica de la enfermedad, obteniendo datos objetivos respecto a las personas que la padecen; posteriormente se realizó una valoración holística a los pacientes durante la enfermedad y su tratamiento, la quimioterapia. Se utilizó el modelo de Virginia Henderson, quien propone 14 necesidades básicas para la realización de la valoración.

Palabras clave: “Unión gastroesofágica”, “Cáncer”, “intervenciones de enfermería”, “cuidados”, “quimioterapia”

ABSTRACT AND KEYWORDS

Gastroesophageal junction cancer is a disease that affects 572,032 patients worldwide, corresponding to 3.2% of the cancers diagnosed in the world.

The end-of-degree thesis presented below, using the standardized language NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) and Nursing Intervention Classification (NIC), contains a standardized care plan through which it is intended to ensure quality and humanized care to all patients who are diagnosed with this disease through critical nursing reasoning.

A bibliographic review of the disease was carried out, obtaining objective data regarding the people who suffer from it; subsequently, a holistic assessment of the patients during the disease and its treatment, chemotherapy, was carried out. The model of Virginia Henderson, who proposes 14 basic needs for the assessment, was used.

Key words: "Gastroesophageal junction", "cancer", "nursing interventions", "care", "chemotherapy".

2. INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI y cuando la esperanza de vida casi se ha duplicado y la población mundial se ha triplicado desde la revolución industrial impactando de lleno el envejecimiento de la población en la sanidad pública; Todos estos cambios han repercutido de lleno en la incidencia de todas las enfermedades, siendo una de las afectadas el cáncer. [1]

A día de hoy el cáncer continúa constituyendo una de las primeras causas de morbimortalidad del mundo. En 2022 en España se diagnosticaron 2.255 cánceres de esófago y 6.913 cánceres de estómago. El cáncer de la unión gastroesofágica es considerado un cáncer de alta morbilidad y muy baja prevalencia, el cual tiene un valor añadido puesto que cuenta con una tasa de supervivencia que de media ronda entre los 3-5 años. Más del 40% de los pacientes sufrirán recurrencias en la enfermedad, y finalmente la mayoría de pacientes se encontrarán en tratamiento paliativo.[2][3]

El diagnóstico de la enfermedad y su tratamiento tanto médico como quirúrgico hacen que los pacientes y sus acompañantes tengan que enfrentarse a un cambio de vida de 180 grados, viéndose obligados a modificar esta casi por completo, surgiendo así la necesidad de un plan de cuidados, donde la enfermería desarrolle sus habilidades y capacidades intentando conseguir el mayor bienestar biosicosocial del paciente.

2.1. OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer y explicar la patología del adenocarcinoma de la unión gastroesofágica en tratamiento con la quimioterapia y describir el papel de la enfermería respecto a los cuidados que precisan estos pacientes.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reconocer el conjunto de necesidades básicas del paciente diagnosticado de cáncer de la unión gastroesofágica.

2. Ofrecer seguimiento y atención al paciente con cáncer de la unión gastroesofágica identificando así los factores de riesgo del tratamiento médico para prevenir sus complicaciones.

3. Proporcionar un plan de cuidados estandarizados con el que la enfermería pueda planificar y desarrollar unos cuidados de calidad.

2.3. METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La estrategia de búsqueda hasta el momento ha estado basada en las palabras clave que se exponen a continuación y basadas en términos MeSH (Medical Subject Headings): “cell carcinoma”, “gastroesophageal”, “Treatment”, En cuanto a los términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) : “adenocarcinoma”, “gastroesofágico”, “esofagogástrico”, “Cáncer”, “unión gastroesofágica”, “tratamiento”, “quimioterapia”, “clasificación”.Para relacionar los términos anteriormente expuestos utilice los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”.

En cuanto a la revisión bibliográfica, ha sido llevada a cabo mediante una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: la biblioteca de la universidad de Cantabria a través de su acceso remoto, PubMed, Google Académico, Elsevier y Cochrane. La mayoría de los artículos encontrados en un primer momento fueron relacionados con el cáncer esofágico o el cáncer de

estómago, los cuales algunos de ellos fueron desechados ya que no aportaban datos relevantes. Cabe destacar que hasta hace una década aproximadamente el cáncer de la unión gastroesofágico no existía como tal, sino que se distribuía en cáncer de esófago y cáncer de estómago, lo cual supuso mayor dificultad a la hora de realizar la revisión. Tras una búsqueda más exhaustiva y la revisión de varias publicaciones de anatomía, logre encontrar mayor número de artículos relacionados con el cáncer gastroesofágico.

Cuando necesite de una mayor precisión respecto a la información utilice la técnica bola de nieve, obteniendo mayores resultados y todos ellos relacionados directamente con el tema a estudiar. La mayoría de los artículos que se han revisado han sido publicados en el continente americano, más concretamente Estado Unidos y Colombia, aunque también se ha recogido información de alguna publicación española.

3. MARCO TEÓRICO

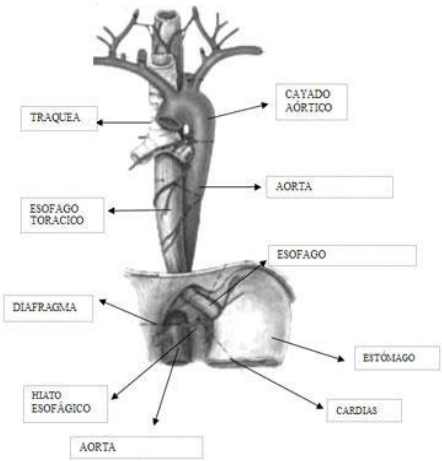
ADENOCARCINOMA DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA

3.1. DEFINICIÓN E HISTOLOGÍA

El cáncer de la unión gastroesofágica es aquel adenocarcinoma que se desarrolla en el área correspondiente al tercio inferior del esófago y la región subcardial del estómago. Respecto a la histología del tumor, comúnmente se originan en la mucosa y se extienden en profundidad hacia las capas muscular y serosa. [4]

3.2. ANATOMÍA

La unión gastro esofágica es un área anatómica imprecisa, alrededor de los cardias, donde se conecta él esófago con el estómago; También conocido como unión esofagogástrica o unión cardioesofágica. [5]



Fuente: Sociedad Española de Oncología Médica. [5]

3.3. FACTORES DE RIESGO

3.3.1. Edad, sexo y raza.

Diversos estudios demuestran que, a partir de la quinta década de vida, es decir, entre los 55 y 65 años de vida es donde este tipo de cáncer adquiere mayor protagonismo. Aumentando la

prevalencia en la raza blanca respecto a la raza negra y evidenciando un claro predominio en él sexo masculino. [6][7]

3.3.2. Reflujo gastroesofágico.

Está patología ha sufrido y continúa sufriendo un incremento marcado en la población, relacionado con la obesidad, el hábito tabáquico y el alcoholismo. La esofagitis crónica es considerada como un factor de inestabilidad tisular, siendo planteado como iniciador de una lesión maligna.[8]

Aquellas personas que sufren síntomas relacionados con el reflujo gastroesofágico durante más de 20 años, poseen un 43,3 % más de posibilidades de padecer adenocarcinoma, pero no es condición necesaria para desarrollarlo. Por otro lado, los pacientes que son tratados durante más de 5 años con inhibidores de bomba de protones poseen un riesgo de malignidad tres veces mayor que los pacientes que no son tratados. [6][9]

3.3.3. Esófago de Barrett, metaplasia distal del esófago.

Cuando se habla de esófago de Barrett, se refiere a la transformación del epitelio escamoso normal por tres patrones celulares diferentes, todos ellos producidos por el reflujo crónico de la excreción clorhidropéptica del estómago mediante un esfínter hipotónico, el esfínter cardial. De tres patrones histológicos que se describen en esta patología, únicamente una de ellas, adquiere una relevancia significativa, la de tipo columnar o intestinal por su unión con el reflujo bilio-yeyuno-pancreático. Estiman que padecer esta lesión premaligna potencia el riesgo de adenocarcinoma 120 veces superior que la población normal. En él esófago de Barrett se tienen en consideración dos aspectos: [6][9]

- La longitud de la metaplasia.
- Displasia: La presencia de esta precede en un tiempo variable el desarrollo de un adenocarcinoma invasivo, siendo fundamental un seguimiento estricto de su progresión. Cuando la displasia severa se caracteriza con una desorganización celular con un número significativo de mitosis con pleomorfismo nuclear y sin indicios de secreción mucoide, cabe la posibilidad de que se pueda dar una confusión, confundiendo ésta con un carcinoma “in situ” u oculto, que según McGarrity acontece en el 43 % de los casos [3][10][11]

3.3.4. Infección por Helicobacter Pylori

Ciertos estudios han demostrado que el epitelio gástrico localizado en la parte distal del esófago puede ser infectado por Helicobacter Pylori, aunque esta no sea su localización habitual. Sin poder relacionarlo directamente con el cambio mucoso, hasta el momento se reconoce como improbable su efecto en la patogénesis, aunque si como posible protector de la aparición de la neoplasia. [6][12][13]

3.3.5. Obesidad, Tabaco y Alcoholismo

Ha día de hoy tanto el tabaco como el consumo de bebidas alcohólicas han demostrado una relación clara con el reflujo gastroesofágico. Respecto al tabaco, se ha demostrado que existe una relación clara, duplicándose la incidencia y esta no sufre ninguna disminución pese a abandonar el consumo tabáquico. La obesidad está considerada como un riesgo fuerte para padecer adenocarcinoma de la unión gastroesofágica, diversos estudios demuestran que los

pacientes con un índice de masa corporal mayor de 30 Kg/m2 y con distribución de la grasa a nivel centro abdominal junto con una edad menor de 50 años es un gran factor de riesgo.[6][9]

3.4. SINTOMATOLOGÍA

La sintomatología más frecuente en este tipo de patologías es la disfagia progresiva, permanente y de menos de un año de evolución. Un grupo grande de pacientes es formado por aquellos que padecen reflujo gastroesofágico, desarrollando finalmente un esófago de Barret y como consecuencia de la variación de las células terminan desarrollando una displasia metaplasica. Debido a esto, muchos de los pacientes ya son conocidos cuando son diagnosticados de adenocarcinoma de la unión gastroesofágica, ya que con anterioridad fueron tratados por reflujo gastroesofágico persistente o/y esófago de Barret.[3][6][14]

3.5. DIAGNOSTICO

Posterior a la sintomatología o sospecha clínica es determinante la realización de las siguientes pruebas diagnósticas para la elaboración de un diagnóstico adecuado y estadificación de la enfermedad.[6][15]

- Endoscopía: Siendo necesario en ocasiones la realización de esta con contraste para poder así documentar y definir adecuadamente la localización, extensión, las alteraciones estructurales; En ocasiones, en la misma endoscopia realizan una biopsia de la lesión, consiguiendo así las características histológicas.

- Tomografía axial computada (TAC): En la actualidad es uno de los estudios más utilizados para la estadificación de la enfermedad, tanto a nivel local como periférico, pudiendo así detectar la invasión de diferentes estructuras y metástasis.

- Ecografía abdominal: Utilizada para descartar metástasis hepáticas y la visualización de líquido libre peritoneal.

- Resonancia magnética: aunque ofrece información similar a la obtenida por un TAC, en ocasiones concretas se utiliza cuando existe una discordancia entre la exploración o para descartar posibles metástasis óseas y hepáticas.

Por norma general, los adenocarcinomas de la unión gastroesofágica suelen ser diagnosticados en estadios avanzados, debido a su sintomatología tardía; en ocasiones las pruebas diagnósticas anteriormente nombradas, no solo son de utilidad en un primer momento para el diagnóstico, sino que también son utilizadas con posterioridad para ofrecer información sobre la respuesta del paciente al tratamiento neoadyuvante. [6][15]

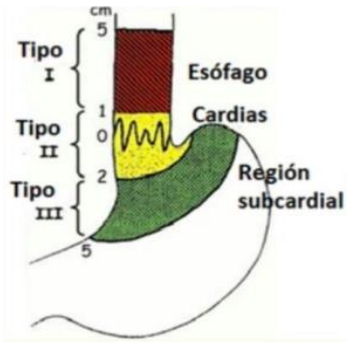
3.6. CLASIFICACIÓN

Esta clasificación anatómica se realiza para facilitar el trabajo de los cirujanos en los procedimientos quirúrgicos. Se realiza únicamente por morfología, ya que se basa en la localización anatómica del centro tumoral. Siewert-Stein propusieron la clasificación anatomo-topográfica, ubicando el centro de crecimiento del adenocarcinoma 5 centímetros por encima y por debajo de los cardias anatómico y desde este enfoque, distinguen tres tipos de tumores: [3][9]

- AEG tipo 1: "El adenocarcinoma del esófago distal generalmente surge de un área con metaplasia intestinal especializada del esófago, es decir, el esófago de Barrett, y puede infiltrar la unión esofagogástrica desde arriba." [7] EL centro de la lesión neoplásica se encuentra desde 5 centímetros hasta 1 centímetro por encima de la unión esofagogástrica.[4]

- AEG tipo 2: "El verdadero carcinoma del cardias surge del epitelio cardíaco o de segmentos cortos con metaplasia intestinal en la unión esofagogástrica."[5]. El centro de lesión neoplásica se encuentra entre 1 y 2 por debajo de la unión gastroesofágica. [4]

- AEG tipo 3: "El carcinoma gástrico subcardial infiltra la unión esofagogástrica y el esófago distal desde abajo."[5] Se cataloga en este tipo cuando el núcleo de la lesión es el más distal, siendo el centro de la lesión neoplásica entre los 2 y 5 centímetros por debajo de la unión gastroesofágica. [4]



Fuente: Carcinoma de la unión gastroesofágica [6]

- Otra clasificación aceptada a nivel mundial es la AJCC/UICC, que defino que todos los tumores que presenten su núcleo 2 centímetros tanto por encima como por debajo de la unión gastroesofágica será considerado como neoplasia esofágica, por otro lado, todos aquellos que presenten el núcleo 2 centímetros más allá o si está dentro de los dos centímetros y no afecta al esófago se considerará neoplasia gástrica. [6][11]

3.7. ESTADIFICACIÓN

Cuando se realiza la estadificación de un tumor se realiza mediante el estudio de la lesión y su propagación en el cuerpo del paciente, esto permite conocer y clasificar la gravedad de la lesión, las probabilidades de supervivencia y la planificación del tratamiento. La más utilizada es la pTNM, que basa su clasificación en los hallazgos anatomo histológicos de la lesión biopsiada o resecada.[6][11]

- Sistema de estadificación Tumor, Ganglio linfático y Metástasis (TNM).

  - T: Tumor primario: indica el tamaño y la extensión del tumor.
    - TX: no es posible medir el tumor primario
    - T0: No es posible encontrar el tumor primario
    - T1,T2,T3,T4: indica el tamaño o extensión del tumor, a mayor número mayor Tamayo o extensión.

  - N: Node: número de ganglios linfáticos afectados.
    - Nx: No pueden detectarse ganglios afectados

        - N0: Sin presencia de ganglios afectados
        - N1, N2, N3: Indica la afectación de ganglios linfáticos y el número de ganglios afectados.

    - M: Metástasis: indica la presencia de metástasis.
        - MX: no es posible medir la metástasis
        - M0: No existe metástasis
        - M1: Existencia de metástasis.

3.8. TRATAMIENTO

El tratamiento de esta enfermedad está constituido por dos fases, el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico, aunque en ocasiones y dependiendo de la propagación de enfermedad ciertos pacientes únicamente reciben tratamiento médico. Ambos tratamientos serán multidisciplinarios y siempre buscando mejorar el pronóstico de los pacientes y la calidad de vida de los mismos.[6]

3.8.1. Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico está considerado unos de los pilares fundamentales en este tipo de enfermedad, cuando no presenta metástasis, ya que la resección completa del tumor y la ausencia de metástasis mejoran el potencial de supervivencia a largo plazo. Ha día de hoy los enfoques quirúrgicos pueden ser diversos: [5][6][9]

- Mucosectomía: Indicada en todas aquellas lesiones de esófago de Barrett metaplásicas o neoplásicas de la mucosa ya que cuenta con un grado muy bajo o nulo de diseminación. Se realiza mediante una endoscopía y en ocasiones esto proporciona un tratamiento curativo.

- Laparoscopia diagnostica: Un importante problema de esta enfermedad es la carcinomatosis peritoneal, esta se presenta cuando la enfermedad se encuentra en estadios T3-T4; se realiza con el fin de obtener biopsias peritoneales y poder realizar un lavado peritoneal, cuando este resulta positivo será categorizado como M1 y estará contraindicado la cirugía para la extirpación del tumo.

- Tratamiento quirúrgico según la clasificación del carcinoma:

    - Tipo I: Clasificado como Siewert I : debe de ser tratado con esofagectomía y disección ganglionar mediastínica y celíaca. Principalmente se cuenta con dos estrategias quirúrgicas, la resección transtorácica y la resección transhiatal, aunque la primera permite realizar una disección linfática mediastinal más exhaustiva, a día de hoy existe poca evidencia de un aumento de supervivencia tras su realización, por el contrario, lo que sí se ha observado es un aumento de la morbilidad postoperatoria debido a un aumento de las complicaciones respiratorias. La linfadenectomía estándar incluye la mediastinal inferior y abdominal superior. [6][16]

    - Tipo II y III: Consideradas las clasificaciones con peor pronóstico en comparación con los de tipo I, ya que involucra los ganglios paracardiales y perigástricos; Por lo que Siewert sugiere una gastrectomía total con esofagectomía distal transhiatal sin necesidad de esplenopancreatectomia distal [6][16][17]

Respecto a la diseminación de la enfermedad, cuando los ganglios linfáticos se ven afectados y debido a la falta de estudios controlados, el riesgo beneficio es incierto. Pese a esto y según diversos estudios los cirujanos se decantan por la linfadenectomía extendida en el mediastino posterior inferior y a lo largo del eje celíaco ya que esto puede mejorar el pronóstico en un subgrupo limitado de pacientes con afectación de ganglios linfáticos. Manteniendo la base de la diseminación linfática nombrada anteriormente, realizar una linfadenectomía extendida debe de incluir la extirpación de los ganglios linfáticos a lo largo de la arteria esplénica, en hilio esplénico y a lo largo de la vena renal izquierda, en ocasiones para poder lograr una resección adecuada en la zona retroperitoneal es necesario una resección pancreática izquierda y esplenectomía. [6][18]

Cuando los pacientes son sometidos a las intervenciones quirúrgicas anteriormente expuestas, pueden conllevar serias complicaciones post operatorias, ya que habitualmente suelen surgir complicaciones sépticas debido a la formación de una fístula pancreática y formaciones de abscesos; es por eso que en ocasiones los cirujanos se decantan por la esplenectomía con conservación del páncreas, disminuyendo así el riesgo de abscesos. Quedando únicamente justificada la esplenectomía en pacientes con metástasis ganglionares francas o infiltración del hilio esplénico.[6][16][18].

Como excepción y tras los últimos estudios, la morbilidad asociada a la esofagectomía total extendida o la esofagectomía y el compromiso que eso produce en la calidad de vida de los pacientes las nuevas modalidades quirúrgicas plantean resecciones más limitadas en aquellos pacientes que presenten ausencia de metástasis ganglionares y con afectación única de la mucosa, asociado esto a la escasa prevalencia de metástasis en pacientes con tumores que se extienden sólo a la capa submucosa; Recomendando así únicamente la resección distal del esófago, cardias y estómago proximal [6][15][16]

3.8.2. Tratamiento medico

Ha día de hoy los adenocarcinomas de la unión esofagogástrica representan el 27% de todos los tumores gástricos diagnosticados, iniciando así la clasificación de estos como una entidad propia, con tratamientos específicos y diferenciados de los tratamientos del cáncer gástrico y esofágico. [19]

El tratamiento puede basarse en quimioterapia de forma exclusiva o quimiorradioterapia pudiéndose administrar de forma neoadyuvante (preoperatoria), perioperatoria o noeadyuvante (postoperatoria), pese a la existencia de estas tres opciones de administración, a día de hoy aún no hay ningún estudio que haya creado una secuencia protocolizada válida.
Por otro lado, ciertos estudios demuestran mayores resultados respecto a la supervivencia cuando se administra tratamiento preoperatorio de quimioradioterapia.
Por último, estos últimos años la inmunoterapia ha comenzado a tener un papel fundamental en el tratamiento de esta enfermedad. Se plantean varias líneas de tratamiento: [6][19][20][21]

- Pacientes con reflujo gastroesofágico:

Teniendo en cuenta que este estadio puede evolucionar a la enfermedad de Barrett y posteriormente a carcinoma, es de vital importancia un tratamiento precoz, el cual disminuye la acidez gástrica, adecuando la alimentación del paciente, evitando el sedentarismo, el alcohol y el tabaco.

- Cuando la enfermedad se ha establecido y existe un diagnóstico de cáncer de la unión gastroesofágica.

El estado general del paciente, las comorbilidades que padezca, la estadificación del tumor y la sobreexpresión del tumor HER2 + en las células tumorales será determinante para la elección de un tratamiento adecuado.

El tratamiento habitual es la combinación de dos fármacos, fluoropirimidas-platino; pero cuando el paciente muestre un estado general adecuado será de elección el tratamiento en combinación de tres fármacos (5-FU+platino+docetaxel); Por el contrario, cuando el estado de salud del paciente sea desfavorable optarán por las monoterapias.

Los fármacos con efectividad demostrada hasta el momento para este tipo de pacientes son los fluoropirimidas (5-FU, capecitabina), irinotecan y TAS 102, en ocasiones estos son administrados junto con inmunoterapia o los anticuerpos monoclonales intentando lograr mejores resultados. Respecto a la inmunoterapia ha demostrado su efectividad en pacientes que se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad o metastásicos. [22]

Cuando un paciente que padece cáncer de la unión gastroesofágica es sometido a cualquiera de los tratamientos quirúrgicos y médicos anteriormente expuestos, verá su vida modificada de una forma importante; El hecho de someterse a una gastrectomía total conlleva que padezcan signos y síntomas como pueden ser el dolor, malnutrición, disfagia, vómitos, náuseas, dumping precoz o tardío o anorexia. Todo esto conlleva a que el paciente termine sufriendo una alimentación insuficiente generando malnutriciones, generalmente marasmática y con ello la alteración de las analíticas, presentando anemia ferropénica, déficit de B12, disminución de los niveles de zinc y proteína transportadora de retinol. [23][24]

Respecto al tratamiento médico, las células cancerosas que crecen rápidamente son fagocitadas por los tratamientos médicos que se le administran al paciente, pero este tipo de medicación no afecta únicamente a la célula enferma sino también a las células sanas del organismo, haciendo así que surjan los efectos secundarios, pudiendo ser estos diversos y afectando al organismo por completo. A continuación, se exponen los posibles efectos secundarios: [23][24]

- Mielosupresión
- Alteración de la serie roja
- Trombocitopenia
- Alteraciones de la coagulación
- Mucositis
- Emesis postquimioterapia
- Trastornos del ritmo intestinal
- Enteritis neutropénica
- Hemorragia digestiva
- Toxicidad cardiaca, renal, Pulmonar
- Toxicidad dermatológica
    - Alopecia
- Toxicidad vesical
    - Cistitis hemorrágica
- Toxicidad gonadal
- Reacciones de Hipersensibilidad

Uno de los pilares que ha mejorado la supervivencia de este tipo de enfermedad en la última década, es la estandarización de los cuidados perioperatorios respecto a la nutrición y los diferentes cuidados a lo largo de todo el tratamiento. [23]

3.9. SALUD MENTAL Y EL CÁNCER

El diagnóstico de una enfermedad como el cáncer supone un gran cambio, no solo a nivel físico sino mental tanto para el paciente como para su familia, cuidadores y entorno más cercano. Los sentimientos más comunes durante este proceso suelen ser la ansiedad, la angustia y la depresión, pero esto no quita que no puedan aparecer otros sentimientos como el temor, la negación, la tristeza o la soledad. Queda demostrado que estos sentimientos son un continuo cambio y se puede pasar de uno a otro en cuestión de minutos o en diferentes momentos en el día. [25]

Resulta difícil establecer un patrón respecto a el cáncer y la salud mental, ya que los datos obtenidos hasta el día de hoy no aportan conclusiones sobre la prevalencia real ni su evolución durante la enfermedad; ciertas revisiones apuntan que la dificultad de una adecuada evaluación psicológica en los pacientes, en ocasiones centrando únicamente el tratamiento en aspectos físicos y relacionados con la enfermedad y dejando a un lado el factor psicológico, esto puede suponer una falta de atención especializada, haciendo que los pacientes se sientan desatendidos, mostrando en ocasiones como disconformidad y pudiendo ocasionar un abandono del tratamiento o falta de adherencia al mismo.[25][26]

Queda claro que quizá una de las vías de solución sea la formación de los profesionales sanitarios mediante herramientas de comunicación y detección de problemas mentales y malestar emocional en pacientes oncológicos, logrando así poder llegar a ofrecer una atención integral. [25][26]

3.10. SUPERVIVENCIA

Es un hecho demostrado que los cánceres de la unión gastroesofágica poseen un mal pronóstico, ya que muchos pacientes son diagnosticados en fases avanzadas de la enfermedad optando únicamente a tratamiento paliativo y los que pacientes que son tratados con intenciones curativas sufren frecuentes recidivas, teniendo estas un fatal desenlace. En la actualidad, y tal y como se ha expuesto con anterioridad el único tratamiento potencialmente curativo es la cirugía, presentando una supervivencia a cinco años del tratamiento de entre el 20 y el 34%, independientemente del tipo de intervención que se realice.[27][28]

Otro de los factores importantes es el tratamiento neoadyuvante, ya que está demostrado que reduce el riesgo de recidivas, aun así, se estima que entre un 15 y un 40 % de los pacientes sufrirán recidivas a lo largo de su vida. Sin embargo, más del 80% de los pacientes sufrirán una recidiva en los dos primeros años y un 90% a los tres años post-cirugía. Cuando se habla de supervivencia tras las recidivas, nos encontramos con una supervivencia que ronda los 7 meses, sin mostrar gran diferencia entre los pacientes que recibieron neoadyuvancia o cirugía primaria.[27][28]

4. PLAN DE CUIDADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE CUIDADOS

La ciencia define la EBE (enfermería basada en la evidencia) como: “proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles” [29][30]

“Un plan de cuidados estandarizado (PCE) es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones” [31]

Para la elaboración de un plan de cuidados estandarizados adecuado, hará falta desarrollarlo a través de un Proceso Enfermero, junto con una valoración adecuada. El proceso enfermero como su propio nombre indica es un proceso de pensamiento crítico basado en cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación; Todo ello para poder aplicar las mejores evidencias disponibles respecto a los cuidados e iniciar las funciones humanas y las respuestas a la salud y la enfermedad.[32]

Siguiendo el proceso enfermero y tal y como explica en su libro Rosalind Alfaro-LeFevre, el primer paso a realizar será la etapa en la que se realiza la valoración, a través de la cual “se obtiene y examina la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de un problema de salud” [32][33]

La valoración que se expone a continuación se ha desarrollado basándose en el modelo de cuidados de Virginia Henderson, su modelo se encuentra situado con aquellos que se basan en la teoría de las necesidades humanas para la vida y como núcleo central presenta la salud del individuo. Según Virginia Henderson, la persona es un ser integral, que parte de unos componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre ellos teniendo siempre una tendencia al desarrollo máximo de los mismos. [33][34]

El plan de cuidados estandarizados que se desarrolla a continuación está enfocado en todos aquellos pacientes que se encuentren inmersos en el proceso de la enfermedad, como es el cáncer de la unión gastroesofágico metastásico o avanzado. De este modo, mediante una revisión bibliográfica del cáncer de la unión gastroesofágica avanzado o metastásico, han sido desarrolladas cada una de las catorce necesidades de Virginia Henderson. Para posteriormente poder elaborar un plan de cuidados estandarizado adecuado.

Finalmente, y siendo compatible con el proceso enfermero, dicha valoración se acompaña del desarrollo de los diagnósticos enfermeros, desarrollando los objetivos y actividades de cada uno de ellos mediante la taxonomía NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC).

4.2. DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

A continuación, se desarrollarán las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, expresando en cada necesidad los datos a considerar y las manifestaciones de dependencia que pueden surgir de cada necesidad de manera estandarizada.

Se realiza basado en un plan de cuidados estandarizado y bajo la necesidad de adaptar a cada paciente para poder realizar un plan de cuidados personalizado y centrado en el paciente propiamente dicho.

4.3. VALORACIÓN ENFERMERA SEGÚN LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

Tabla 1. 14 necesidades de Virginia Henderson: Valoración.[35]

NECESIDADES BÁSICAS	MANIFESTACIÓN DE DEPENDENCIA
1. NECESIDAD DE RESPIRAR Se deberá valorar parámetros como la saturación parcial de oxígeno (SpO2 %), la permeabilidad de las vías aéreas, el esfuerzo respiratorio y el ritmo. Tipo de respiración y la presencia de ruidos respiratorios y secreciones. Presencia del reflejo tusígeno y la coloración rosada de piel, uñas y mucosas.	La toxicidad pulmonar es posible en este tipo de pacientes, con signos y síntomas tales como la disnea y la tos. [23][24]
2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER Será necesario la valoración de la capacidad para masticar junto con los hábitos, gustos e intolerancias. Será de gran importancia el estado de la boca y la valoración del estado de la deglución. Por otro lado, será de vital importancia la valoración del peso/talla/ IMC junto con el apetito. Para finalizar será necesario una comprobación del estado nutricional. Para la valoración y estadificación de la mucositis podrá utilizarse la escala de la OMS para la evaluación de la mucositis oral. [36] Para la valoración del dolor, se podrá utilizar la Escala Analógica Visual (EVA).[37] Por otro lado, también es importante una valoración adecuada del estado nutricional del paciente. Control del IMC. [38]	El principal síntoma de esta enfermedad es la disfagia, Los pacientes que son sometidos a gastrectomías o esofagogastrectomias ya sean parciales o completas tienen como consecuencia la anorexia, la malnutrición y la disfagia.[6][23][24] En cuanto a el tratamiento médico, también se vería afectada esta necesidad ya que una vez iniciado cursa con síntomas como: - las náuseas y los vómitos - Mucositis - Disminución de la ingesta - Pérdida de peso - Dolor en la deglución.
3. ELIMINAR En esta necesidad presenta gran importancia la valoración de las características tanto de la orina como de las heces, junto con los hábitos y control de los esfínteres.	En esta necesidad se puede ver alterada por varios motivos, ya que el paciente puede padecer diarrea o estreñimiento; Por otro lado, cabe resaltar la posibilidad de cambios urinarios y problemas renales, tales como la toxicidad renal y vesical.[23]
4. MOVERSE Será necesario la valoración de la capacidad de moverse junto con los hábitos del paciente, y su	Debido al tratamiento quirúrgico inicialmente y posteriormente al médico los pacientes padecen cansancio y pérdida de la masa

comparación previa a la enfermedad y el estado actual. Por otro lado, será preciso la valoración de la presencia de dificultades o limitaciones a la hora de moverse o mantener la postura. Realizar la valoración del riesgo de caídas, pudiendo utilizar para su valoración la escala Downton.[39] Se recomienda el control de la frecuencia cardiaca y el ritmo.	muscular, posteriormente y en relación con la quimioterapia los pacientes pueden padecer entumecimiento muscular, sensación de hormigueo y dolor. Por otro lado, será necesario comprobar la función y estado cardiaco ya que muchos fármacos empleados en la quimioterapia producen cardiotoxicidad [23][24]
5. SUEÑO Y DESCANSO Se valorarán las horas de descanso junto con la distribución de estas a lo largo del día y la percepción de sueño reparador. La dificultad para conciliar o mantener el sueño y el uso de medicación para la inducción o mantenimiento del mismo también será importante valorar.	A priori los pacientes no presentaran manifestaciones de dependencia para esta necesidad y en lo que a la enfermedad y tratamiento corresponde, aunque se deberá individualizar en cada paciente.
6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE Se valorará la necesidad de manera estándar, valorando la necesidad vestirse y desvestirse, la elección de la vestimenta y la limpieza. Sin olvidar la comprobación de que la ropa sea confortable	A priori los pacientes no presentaran manifestaciones de dependencia para esta necesidad y en lo que a la enfermedad y tratamiento corresponde, aunque se deberá individualizar en cada paciente.
7. MANTENER LA Tª DENTRO DE LÍMITES CORPORALES Se deberá valorar la temperatura corporal, junto con la capacidad de la persona de adaptarse a los cambios de temperatura.	Cabe la posibilidad que debido a la inmunosupresión los pacientes padezcan diferentes procesos infecciosos y estos tengan como consecuencia la elevación de la temperatura corporal.[23][24]
8. ESTAR LIMPIO Y ASEADO Se valorará el estado de la higiene, junto con la capacidad previa y actual. Comprobar el estado y coloración de la piel, mucosa y faneras. Prestando atención a posibles lesiones.	Cabe la posibilidad de que muchos de los pacientes presenten toxicidad dermatológica, pudiendo padecer alopecia.

	Debido a la alteración de la serie roja la aparición de hematomas y sangrados será más sencilla, sin olvidar los cambios en piel y uñas como pueden ser la sequedad y cambio de color. [23][24]
9. EVITAR PELIGROS Se deberá valorar la vulnerabilidad del paciente, la exposición a riesgos e inmunizaciones. Será de gran importancia en esta necesidad la valoración de la integridad psicológica y los conocimientos a las medidas de protección y exposición de riesgos.	Una de las consecuencias de la quimioterapia puede ser la neutropenia, la mielosupresión o alteración de la serie roja, debido a esto y a sus consecuencias se ve la necesidad de conocer los riesgos y prevenciones para la adquisición de enfermedades. [23][24] Valorar el estado de inmunización del paciente como medida protectora. Los pacientes sufren cambios en el estado de ánimo debido al proceso en el que se encuentran inmersos, mostrando sentimientos como pueden ser la desesperanza, la rabia, la tristeza o el temor.[25][26]
10. COMUNICARSE En esta necesidad se deberá valorar la capacidad de los sentidos, la imagen que el paciente posee de sí mismo y su actitud; la relación con terceras personas. Por otro lado, se deberá valorar la percepción de la vida sexual.	Debido al tratamiento médico algunos pacientes pueden presentar alteraciones del olfato y del gusto. Por otro lado, muchos pacientes manifiestan dificultades en su vida sexual debido a que muchos pacientes pueden padecer toxicidad gonadal, tanto en mujeres como en hombres.[23][24]
11. ACTUAR SEGÚN VALORES Valoración de la satisfacción con valores y creencias	A priori los pacientes no presentaran manifestaciones de dependencia para esta necesidad y en lo que a la enfermedad y tratamiento corresponde, aunque se deberá individualizar en cada paciente.
12. OCUPARSE PARA REALIZARSE Valoración de la ocupación del paciente y su satisfacción respecto a esta.	El cambio en ciertos aspectos de su vida puede suponer la pérdida de satisfacción respecto a el rol desarrollado junto con sentimientos de

	desvalorización de su valía personal y sus competencias [25][26]
13. RECREARSE Valoración de la existencia de actividades de ocio y la satisfacción respecto a estas.	A priori los pacientes no presentaran manifestaciones de dependencia para esta necesidad y en lo que a la enfermedad y tratamiento corresponde, aunque se deberá individualizar en cada paciente.
14. APRENDER Se valorará los conocimientos del paciente, la capacidad y el interés de este por su salud. Sin olvidar la valoración de la predisposición a la adquisición de nuevos conocimientos.	Debido al gran cambio que padecen estos pacientes desde el diagnóstico de la enfermedad tanto el paciente como sus acompañantes deberán de ser valorados respecto a la capacidad y motivación del aprendizaje, en esta necesidad la valoración de la familia o acompañante será necesario puesto que en ocasiones debido a las consecuencias del tratamiento médico los pacientes pueden sufrir problemas de concentración y enfoque; teniendo en cuenta también la toxicidad neuronal que pueden padecer. [23][24]

4.4. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, RESULTADOS E INTERVENCIONES

Los diagnósticos de enfermería son "El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales, y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, y para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable" [40]

NANDA [00298]: "Disminución de la tolerancia a la actividad" [41]

Definición: "Disminución de la tolerancia a la actividad"

Manifestado por: disnea de esfuerzo, expresa fatiga, debilidad generalizada

Relacionado con: disminución de la fuerza muscular, deterioro de la movilidad física, malnutrición, dolor.

Condición asociada: Neoplasia.

NOC [0002] Conservación de la energía

Indicadores	Grado en cantidad o calidad para conseguir el estado deseado
- [201] Equilibra actividad y descanso - [204] Reconoce limitaciones de energía - [211] Delega tareas	Escala 13 - 1. Nunca demostrado - 2. Raramente demostrado - 3. A veces demostrado - 4. Frecuentemente demostrado - 5. Siempre demostrado

NIC [6480] Manejo ambiental

Definición: manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.

Actividades:

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente
- Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío
- Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente

NANDA [00103]: "Deterioro de la deglución" [41]

Definición: "Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con un déficit en la estructura o función oral, faríngea o esofágica"

Manifestado por: Limitación de volumen, Expresa "tener algo atascado", Rechazo a los alimentos, tos, atragantamiento

Relacionado con: Malnutrición en relación a las proteínas y la energía

NOC [1010] Estado de la deglución

Indicadores	Grado en cantidad o calidad para conseguir el estado deseado
- [101012] Atragantamiento, tos o náuseas - [101013] Esfuerzo deglutorio aumentado - [101017] Incomodidad con la deglución -	Escala 14 - 1. Grave - 2. Sustancias - 3. Moderado - 4. Leve - 5 ninguno

NIC [1860] Terapia de deglución

Definición: "Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de las alteraciones deglutorias."

Actividades:

- Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución
- Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el paciente en la deglución
- Proporcionar/usar dispositivos de ayuda, si se precisa.
- Observar si hay signos y síntomas de aspiración

NIC [1100] Manejo de la nutrición

Definición: "Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes."

Actividades:

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales
- Administrar medicamentos antes de comer
- Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias
- Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad

NANDA [00013]: "Diarrea" [41]

Definición: "Evacuación de tres o más deposiciones blandas o líquidas diarias."

Manifestado por: Dolor abdominal, Urgencia intestinal, Ruidos intestinales hiperactivos

Relacionado con: Malnutrición

Condición asociada: Preparaciones farmacológicas, inmunosupresión,

NOC [1608] Control de los síntomas

Indicadores	Grado en cantidad o calidad para conseguir el estado deseado
- [160801] Reconoce el comienzo del síntoma - [160806] Utiliza medidas preventivas - [160807] Utiliza medidas de alivio del síntoma - [160809] Utiliza los recursos disponibles	Escala 13 - 1. Nunca demostrado - 2. Raramente demostrado - 3. A veces demostrado - 4. Frecuentemente demostrado - 5. Siempre demostrado

NIC [5614] Enseñanza: Dieta prescrita

Definición: "Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita"

Actividades:

- Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.
- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
- Informar al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta.
- Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.
- Incluir a la familia, si procede.

NANDA [00303]: "Riesgo de caídas del adulto" [41]

Definición: "Susceptibilidad del adulto de experimentar un evento que resulte en acabar echado en el suelo o en otro nivel inferior por descuido, que puede comprometer la salud."

Factor de riesgo: Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física.

Condición asociada: Preparaciones farmacológicas.

NOC [0208] Movilidad

Indicadores	Grado en cantidad o calidad para conseguir el estado deseado
- [20801] Mantenimiento del equilibrio - [20803] Movimiento muscular - [20810] Marcha	Escala 01 - 1. Gravemente comprometido - 2. Sustancialmente comprometido - 3. Moderadamente comprometido - 4. Levemente comprometido - 5. No comprometido

NIC [6490] Prevención de caídas

Definición: "Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas."

Actividades:

- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular
- Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio, según proceda
- Ayudar a la deambulación de las personas inestables
- Animar al paciente a utilizar un bastón o un andador
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.

NANDA [00124]: "Desesperanza" [41]

Definición: "Sentimiento de que uno mismo no experimentará emociones positivas, o una mejora en su estado."

Manifestado por: Expresa abatimiento, incapaz de imaginar la vida en el futuro, Expresa sensación de futuro incierto

Relacionado con: temor

Condición asociada: Neoplasias, afección terminal.

NOC [1300] Aceptación: Estado de salud.

Indicadores	Grado en cantidad o calidad para conseguir el estado deseado
- [130002] Renuncia al concepto previo de salud personal - [130008] Reconoce la realidad de la situación de salud - [130010] Afrontamiento de la situación de salud - [130017] Se adapta al cambio en el estado de salud	Escala 13 - 1. Nunca demostrado - 2. Raramente demostrado - 3. A veces demostrado - 4. Frecuentemente demostrado - 5. Siempre demostrado

NIC [5270] Apoyo emocional

Definición: "Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión"

Actividades:

- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Remitir a servicios de asesoramiento Locales

NANDA [00148]: "Temor" [41]

Definición: "Respuesta emocional básica e intensa generada por la detección de una amenaza inminente que implica una reacción de alarma inmediata (American Psychological Association)."

Manifestado por: Expresa temor

Relacionado con: Respuesta aprendida a la amenaza

NOC [1210] Nivel de miedo.

Indicadores	Grado en cantidad o calidad para conseguir el estado deseado

- [121004] Falta de autoconfianza - [121005] Inquietud - [121006] Irritabilidad - [121029] Abandono	Escala 14 - 1. Grave - 2. Sustancias - 3. Moderado - 4. Leve - 5. ninguno

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento

Definición: "Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida."

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles

4.5. COMPLICACIONES POTENCIALES Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Considerados todos aquellos problemas de salud que aún no han sucedido, pero debido al proceso en el que se encuentra inmerso el paciente existe la posibilidad de que sucedan, es por ello que el papel de la enfermería será la prevención, resolución o disminución de estos problemas a través de diferentes objetivos e intervenciones interdependientes o de colaboración.

PC: DOLOR	
Secundario a: disfagia y metástasis	
NOC [1843] "Conocimiento: Manejo del dolor"	NIC [2210] "Administración de analgésicos"
Indicadores - [184302] Signos y síntomas del dolor - [184303] Estrategias para controlar el dolor - [184305] Régimen de medicación prescrita - [184306] Uso correcto de la medicación prescrita	Actividades - Establecer patrones de comunicación efectivos entre el paciente, la familia y los cuidadores para lograr un manejo adecuado del dolor. - Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad,

	intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. - Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor. - Instruir al paciente y a su familia sobre el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.

Tabla 2. NNNConsult. Intervenciones y actividades. [41]

PC: NÁUSEAS / VÓMITOS	
Secundario a: Tratamiento de quimioterapia	
NOC [1618] "Control de náuseas y vómitos"	NIC [1450] "Manejo de las náuseas"
Indicadores: - [161801] Reconoce el inicio de náuseas - [161805] Utiliza medidas preventivas - [161807] Evita olores desagradables - [161808] Utiliza medicación antiemética según las recomendaciones	Actividades: - Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas. - Evaluar el efecto de las náuseas sobre la calidad de vida. - Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible. - Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas.
	NIC [1570] Manejo del vómito
	Actividades: - Determinar la frecuencia y la duración del vómito, utilizando escalas como la Escala Descriptiva de Duke, o el Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos.

	- Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito siempre que haya sido posible. - Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. - Controlar el equilibrio hidroelectrolítico.

Tabla 3. NNNConsult. Intervenciones y actividades. [41]

PC: INFECCIÓN	
Secundario a: Neutropenia	
NOC [0703] "Severidad de la infección"	NIC [6530] "Manejo de la inmunización/ vacunación"
Indicadores - [70307] Fiebre - [70311] Malestar general - [70320] Colonización del hemocultivo	Actividades -Informar a los individuos de las inmunizaciones protectoras contra enfermedades que actualmente no son obligatorias por ley (vacunas contra la gripe, antineumocócica y hepatitis B).
	NIC [6540] "Control de infecciones"
	Actividades: - Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. - Poner en práctica precauciones universales. - Fomentar una ingesta nutricional adecuada. - Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado. - Administrar un agente de inmunización, cuando sea adecuado. - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

	- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador

Tabla 4. NNNConsult. Intervenciones y actividades. [41]

PC: REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD	
Secundario a: Tratamiento médico	
NOC [0706] "Respuesta alérgica: sistémica"	NIC []6412] "Manejo de la anafilaxia"
Indicadores - [70601] Edema laríngeo - [70606] Taquicardia - [70607] Disminución de la presión sanguínea - [70617] Eritema	Actividades - Identificar y eliminar la fuente del alérgeno. - Administrar adrenalina acuosa subcutánea al 1:1.000 según una posología adecuada a la edad - Establecer y mantener una vía aérea permeable. - Monitorizar los signos vitales. - Tranquilizar al paciente y a sus familiares. - Observar si hay signos de shock

Tabla 5. NNNConsult. Intervenciones y actividades. [41]

PC: ARRITMIA	
Secundario a: Toxicidad cardiaca, tratamiento médico	
NOC [1852] "Conocimiento: Manejo de la arritmia"	NIC [4090] "Manejo de la arritmia"
Indicadores: - [185201] Tipo de arritmia - [185205] Signos y síntomas de arritmia - [185215] Factores que preceden el inicio de la arritmia - [185221] Beneficios de los medicamentos prescritos	Actividades - Observar y corregir los déficits de oxígeno, desequilibrios acidobásicos y desequilibrios de electrólitos que puedan precipitar las arritmias. - Asegurar una monitorización continua del ECG a la cabecera del paciente por parte de personas cualificadas. - Observar la frecuencia y la duración de la arritmia.

	- Ayudar al paciente y a la familia en la comprensión de las opciones de tratamiento.

Tabla 6. NNNConsult. Intervenciones y actividades. [41]

PC: TOXICIDAD PULMONAR / GONADAL / VESICAL	
Secundario a: Tratamiento médico	
NOC [1608] "Control de síntomas"	NIC [6650] "Vigilancia"
Indicadores - [160801] Reconoce el comienzo del síntoma - [160806] Utiliza medidas preventivas - [160809] Utiliza los recursos disponibles - [160813] Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta	Actividades - Determinar los riesgos de salud del paciente. - Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes. - Monitorizar los signos vitales. - Observar si hay tendencias hemorrágicas en los pacientes de alto riesgo. - Vigilar el patrón de eliminación

Tabla 7. NNNConsult. Intervenciones y actividades. [41]

PC: MUCOSITIS	
Secundario a: Tratamiento médico	
NOC [1100] "Salud oral"	NIC [1710] "Mantenimiento de la salud bucal"
Indicadores - [110001] Limpieza de la boca - [110012] Integridad de la mucosa oral - [110021] Dolor - [110022] Lesiones	Actividades: - Establecer una rutina de cuidados bucales. - Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral. - Identificar el riesgo de desarrollo de estomatitis secundaria a la terapia con fármacos. - Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de

	las comidas y lo más a menudo que sea necesario. - Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis. - Enseñar a la persona a cepillarse los dientes, las encías y la lengua.

Tabla 8. NNNConsult. Intervenciones y actividades. [41]

PC: ESTREÑIMIENTO	
Secundario a: Tratamiento médico	
NOC [0501] "Eliminación intestinal"	NIC [2390] "Prescribir medicación"
Indicadores - [50101] Patrón de eliminación - [50104] Cantidad de heces en relación con la dieta - [50110] Estreñimiento - [50128] Dolor con el paso de las heces	Actividades: - Evaluar los signos y síntomas del problema de salud actual. - Identificar las medicaciones indicadas para los problemas actuales. - Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.

Tabla 9. NNNConsult. Intervenciones y actividades. [41]

PC: HEMORRAGIA DIGESTIVA/ VESICAL	
Secundario a: Tratamiento médico y Cáncer	
NOC [0413] "Severidad de la pérdida de sangre"	NIC [4180] "Manejo de la hipovolemia"
Indicadores - [41301] Pérdida sanguínea visible - [41302] Hematuria - [41309] Disminución de la presión arterial sistólica - [41310] Disminución de la presión arterial diastólica - [41316] Disminución de la hemoglobina (Hgb)	Actividades: - Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardíaca, PA, PAM, PVC, PAP, PECP, GC e IC. - Vigilar las fuentes de pérdida de líquido - Monitorizar las entradas y salidas.

Tabla 10. NNNConsult. Intervenciones y actividades. [41]

PC: ALTERACIÓN DE LA SERIE ROJA / COAGULACIÓN	
Secundario a: Tratamiento médico	
NOC [0409] "Coagulación sanguínea "	NIC [6650] "Vigilancia"
Indicadores - [40902] Sangrado - [40903] Hematomas - [40908] Concentración de plaquetas - [40913] Hemoglobina (Hb) - [40910] Hematocrito	Actividades: - Determinar los riesgos de salud del paciente. - Seleccionar los índices adecuados del paciente para la vigilancia continuada, en función de la condición del paciente. - Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata. - Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos. - Monitorizar los signos vitales. - Observar si hay tendencias hemorrágicas en los pacientes de alto riesgo

Tabla 11. NNNConsult. Intervenciones y actividades. [41]

5. CONCLUSIÓN

En los últimos años, los estudios dedicados al cáncer de la unión gastroesofágica han ido en aumento, ya que se ha constituido como otro pilar dentro de los cánceres del aparato digestivo ya que con anterioridad estos se dividían en cáncer esofágicos o gástricos según su localización. Su epidemiología y consecuencias fatales tras un diagnóstico que por normal general suele ser tardío y con un desenlace fatídico a corto plazo. La enfermedad en sí y su tratamiento repercute enormemente en el paciente que por norma general ha de realizar grandes modificaciones en su vida.

Mediante este trabajo se pretende visualizar una enfermedad como el cáncer, pero de una manera más específica, como lo es el cáncer de la unión gastroesofágica, que forma parte de un 27% de todos los cánceres del aparato digestivo diagnosticados al año.

Una de las principales conclusiones que se han obtenido ha sido el gran papel de la enfermería en lo que respecta a la patología. Desarrollando el plan de cuidados estandarizado que se ha expuesto con anterioridad, con el objetivo de que la enfermería pueda realizar cuidados de calidad y eficaces siempre basados en el proceso enfermero y en la práctica clínica de la

evidencia científica. Sin olvidar que para lograr los mejores resultados será necesario un enfoque multidisciplinar.
Con la realización del plan de cuidados se ha logrado obtener alguna conclusión. Una de ellas es la importancia de la alimentación en este tipo de pacientes, ya que, debido a la enfermedad y las consecuencias del tratamiento médico, puede repercutir en un déficit nutricional o malnutrición y tener consecuencias fatales; La prevención de las complicaciones potenciales juega un papel vital en este tipo de pacientes, los cuales se encuentran en unas condiciones físicas de debilidad y predisposición a ellas. Sin olvidar, como principal síntoma de esta enfermedad, la disfagia, las intervenciones que se pueden realizar para mejorar o minimizar las dificultades surgidas por esta. En ocasiones un pequeño cambio puede suponer una gran mejoría o evitar un desenlace fatal precipitado.

Por otro lado, quizá algo olvidado se encuentra el aspecto psicológico del paciente, en ocasiones únicamente nos centramos en el tratamiento médico, es decir, en lo que a lo físico se refiere y dejamos de lado la salud mental que tan necesaria es. La gran mayoría de los pacientes y debido a las características de esta enfermedad muchos de ellos terminan recibiendo tratamiento paliativo, donde una de las intervenciones más importante de la enfermería se halla en proporcionar el mayor confort posible al paciente y a la familia o/y acompañantes.

Finalmente, cabe recordar que este trabajo se trata de un plan de cuidados estandarizado, y es por este motivo por el cual cuando se desarrolle de manera individualizada deberá de completarse con una valoración individual, adaptando así el plan de cuidados a las necesidades específicas que presente cada persona y lograr así conseguir la mayor humanización asistencial sin olvidar la eficacia ni la evidencia científica.

6. BIBLIOGRAFÍA

[1] Santisteban A. Cáncer en siglo XXI. Acta méd. Peruana [Internet] 2006. [Consultado 6 de febrero de 2023] Vol.23, N.2, pp.112-118. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a11.pdf

[2] El cáncer en cifras | SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. 2021 [Consultado el 6 de febrero de 2023]. Disponible en: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf

[3] Giovanni Zaninotto, Sheraz Markar. Carcinoma precoz de ésofago. Una perspectiva occidental. [Internet]. (octubre 2018). [consultado el 7 de febrero de 2023]. Vol. 96. Núm. Paginas 463-465 Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-carcinoma-precoz-esofago-una-perspectiva-S0009739X17302336

[4] Pilco J, Stien J. Adenocarcinoma de la Unión esófago-gástrica. [Internet] ReV. GAstRoenteRol. Perú 2006; [Consultado el 10 de abril 2023]. 26: 194-199. Disponible en: https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/608/587

[5] Gallego J. Cáncer de esófago. Sociedad Española de Oncología Médica [internet]. 2022 [consultado 10 de abril 2023]. Disponible en: https://seom.org/info-sobre-el-cancer/esofago

[6] Seineldin CA. Carcinoma de la unión esofagogástrica [Internet]. Org.ar. [Consultado el 25 de abril de 2023]. Disponible en: https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2022/01/I-187-carc-union-esofagogast-2.pdf

[7] Aung Myint, Salem A. Overview of gastroesophageal junction cancers. Mini-invasive Surrg. [internet]. 2019. [consultado el 27 de abril.] Disponible en: http://dx.doi.org/10.20517/2574-1225.2019.02

[8] Chow W , Finkle WD , McLaughlin JK , Frankl H , Ziel HK , Fraumeni JF. La relación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su tratamiento con los adenocarcinomas de esófago y cardias gástrico. *JAMA.* [Internet]. 1995. [Consultado el 27 de abril de 2023] 274(6):474–477. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/389393

[9] Stein HJ, Feith M, Siewert JR. Cancer of the esophagogastric junction. Surg Oncol. [Internet]. 2000. [Consultado el 25 de abril de 2023] Volumen 9, número 1. Página 35-41. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0960-7404(00)00021-9

[10] Siewert JR, Stein HJ. Classification of adenocarcinoma of the oesophagogastric junction. Br J Surg. [Internet]. 1998. [Consultado el 25 de abril de 2023]. 85(11):1457-9. Disponible en: DOI: 10.1046/j.1365-2168.1998.00940.x

[11] Thomas W, Deepa T, Eugene H. 8ª edición Estadificación AJCC/UICC de los Cánceres de esófago y unión esofagogástrica: aplicación a la práctica clínica. [Internet]. 2017 [consultado el 25 de abril de 2023]. Vol 6, No 2. Disponible en: https://www.annalscts.com/article/view/14237/14430

[12] Aung Myint, Salem A. Overview of gastroesophageal junction cancers. Mini-invasive Surrg. [Internet]. 2019. [consultado el 27 de abril]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.20517/2574-1225.2019.02

[13] Chow W , Finkle WD , McLaughlin JK , Frankl H , Ziel HK , Fraumeni JF. La relación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su tratamiento con los adenocarcinomas de esófago y cardias gástrico. *JAMA.* [Internet]. 1995. [Consultado el 27 de abril de 2023] 274(6):474–477. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/389393

[14] Chak A, Ochs-Balcom H, Falk G, M.Grady G, Kinnard M, Willis JE, Elston R, Ing C. Familiality in Barrett's esophagus, adenocarcinoma of the esophagus, and adenocarcinoma of the gastroesophageal junction. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, [internet]. [consultado el 29 de abril de 2023] *15*(9), 1668–1673. Disponible en: DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-06-0293

[15] Pilco J, Stien J. Adenocarcinoma de la unión esófago-gástrica.REV GASTROENTERO. [internet]. PERÚ. 2006. [consultado el 30 de abril de 2023]. 26:194-199. Disponible en: https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/608/587

[16] Chang, A. C., Ji, H., Birkmeyer, N. J., Orringer, M. B., & Birkmeyer, J. D. Outcomes after transhiatal and transthoracic esophagectomy for cancer. *The Annals of thoracic surgery*, [internet] 2008. [consultado el 30 de abril de 2023]. *85*(2), 424–429. Disponible en: DOI: 10.1016/j.athoracsur.2007.10.007

[17] Siewert JR, Stein HJ, Bruecher BL, Bartels H, Fink U. Histologic tumor type is an independent prognostic parameter in esophageal cancer: lessons from more than 1,000 consecutive resections at a single center in the Western world.Ann Surg. [internet]. 2001 Sep. [consultado el 2 de Mayo de 2023; 234(3):360-7; discussion 368-9]. Disponible en: DOI: 10.1097/00000658-200109000-00010

[18] Steup HW, De Leyn P. Tumors of the esophagogastric junction: long-term survival in relation to the pattern of lymph node metastasis and a critical analysis of the accuracy or inaccuracy of ptnm classification. The journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. [internet]. 1996. [consultado el 2 de mayo de 2023]. Volume 111, Issue 1,Pages 85-95. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0022-5223(96)70404-X

[19] Pericay C, Macias-Declara I, Arrazubi V, Vila L, Marin M. Tratamientos oncológicos en el cáncer de la unión esofagogástrica pasado, presente y futuro. Cirugía española: Órgano oficial de la Asociación Española de Cirujanos, ISSN 0009-739, Vol 97, Nº 8. 2019. Pag 459-464. [Consultado el 2 de mayo de 2023].

[20] Inmunoterapia, beneficiosa en cáncer gástrico y de esófago. Gastrointestinales. [internet]. 2020. [consultado el 6 de mayo de 2023]. Disponible en: https://sciencelink.com/single-noticia.php?id=4045

[21] Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano. Instituto nacional del cáncer. [internet]. 2015 [consultado el 6 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/receptor-2-del-factor-de-crecimiento-epidermico-humano

[22]Whoollwy, Alazzawi M, Nororiental D, Bolger JC, Robb WB. PD-1 inhibitors in esophageal cancer: a systematic review of the oncological outcomes associated with PD-1 blockade and the evolving therapeutic paradigm. Dis Esophagus. [internet]. 2022 [consultado el 10 de mayo de 2023]35 (5). Disponible en: DOI: 10.1093/dote/doab063

[23] Efetos secundario de la quimioterapia. American Cancer Society.[consultada el 10 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/quimioterapia/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia.html

[24] Ferreire J, Garcia J.L, Barcelo R, Rubio I. Quimioterapia: Efectos secundarios. Gaceta Médica. [Internet]. 2003. [consultado el 10 de mayo de 2023]. Vol 100, Núm 2. Disponible en: https://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/524/0

[25] Hernandez M, Cruzado J.A, Prado C, Rodriguez E, Hernandez C, Gonzalez M.A, Martin J.C. SALUD MENTAL Y MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER. PSICOONCOLOGÍA [INTERNET] 2012 [consultado el 26 de junio de 2023]. Vol. 9, Nº 2-3. Págs 233-257. Disponible en: https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/40895/39152

[26] Gil Moncayo F, Costa Requena G, Pérez F, Sánchez N, Sirgo A, Salamero M. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. MEDICINA CLíNICA [internet] 2008. [consultado el 26 de junio de 2023]. Volume 130, issue 3, Pages 90-92. Disponible en: https://doi.org/10.1157/13115354

[27]Omloo JM, Lagarde SM, Hulscher JB, Reitsma JB, Fockens P, van Dekken H, Ten Kate FJ, Obertop H, Tilanus HW, van Lanschot JJ. Extended Transthoracic Resection Compared With Limited Transhiatal Resection for Adenocarcinoma of the Mid/Distal Esophagus Five-Year Survival of a Randomized Clinical Trial. Ann Surg. [internet]. 2007. [consultado el 10 de mayo de 2023]. 246(6). 992-1000. Disponible en: DOI: 10.1097/SLA.0b013e31815c4037

[28] Sisic, L., Strowitzki, M. J., Blank, S., Nienhueser, H., Dorr, S., Haag, G. M., Jäger, D., Ott, K., Büchler, M. W., Ulrich, A., & Schmidt, T. Postoperative follow-up programs improve survival in

curatively resected gastric and junctional cancer patients: a propensity score matched analysis. Gasctric Cáncer. [internet]. 2018. . [consultado el 10 de mayo de 2023]. 21(3):552-568. Disponible en: DOI: 10.1007/s10120-017-0751-4

[29] Orellana A.Y, Paravic T.K. ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA: BARRERAS Y ESTRATEGIAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN. Cienc. enferm. [Internet]. 2007. [Consultado el 1 de junio de 2023]. 13(1): 17:24. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100003

[30] Rodríguez Campo V.A., Paravic Klijn T.M.Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. Enferm. glob. [Internet]. 2011.[consultado el 1 de junio de 2023]. Vol.10 Nº 24. Disponible en: https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400020

[31] Planes de Cuidados. Hospital General Universitario de Ciudad Real. [Consultado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: http://www.hgucr.es/areas/area-de-enfermeria/planes-de-cuidados/

[32] Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración. Elsevier Connect. [internet]. 2019. [consultado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/proceso-de-enfermeria-en-cinco-pasos-pensamiento-critico-y-valoracion2

[33] Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. [internet]. 4º edición. Springer. 1998.274 páginas. [Consultado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=MQ-nyfiBelwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

[34] Rosales Barrera. F, Reyes Gomez. E. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. Manual moderno. 2005. ISBN: 9789707291126. [consultado el 1 de junio de 2023].

[35] M.A. Rosales, J. Bellido, V. Cárdenas, J. Ibáñez, A. López, M. Millán, S. Fernández, M.D. García, I. Garrido, A. Ramos, A. Ríos, M. Rodríguez, Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Primera ed. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. [Consultado en junio de 2023] Disponible en: https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/694/Proceso%20enfermero.pdf

[36] Tejada Domínguez F.J, Ruiz Domínguez M.R.. Mucositis oral: decisiones sobre el cuidado bucal en pacientes sometidos a radioterapia y quimioterapia conforme a la evidencia. Enferm. glob. [Internet]. 2010. [Consultado el 4 de junio de 2023]. (18). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100021

[37] Pardo C., Muñoz T., Chamorro C.. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva. [Internet]. 2006 Nov [citado 2023 Jun 28] ; 30(8): 379-385. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004

[38] Ravasco P., Anderson H., Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. Nutr. Hosp. [Internet]. 2010. [Consultado el 4 de junio de 2023]. 25 (Suppl 3): 57-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009&lng=es.

[39]Gutiérrez Pérez E. T, Meneses Foyo A.L, Andrés Bermúdez P, Gutiérrez Díaz A, Padilla Moreira A. Utilidad de las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída

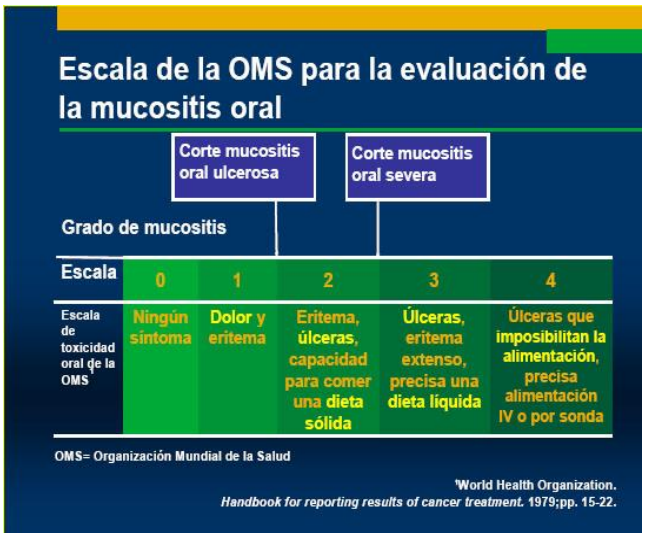
de adultos mayores en la atención primaria de salud. Acta méd centro [Internet]. 2022 Mar [Consultado el 5 de junio de 2023] ; 16(1): 127-140. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272022000100127

[40] Arribas C. Definición y características de diagnósticos de enfermería Revista Enfermería En Desarrollo. [Internet]. Diciembre 2020. [consultado el 20 de mayo de 2023].Número 26. Disponible en: https://enfermeriaendesarrollo.es/en-desarrollo/definicion-de-diagnostico-de-enfermeria/

[41] North American Nursing Diagnosis Association. NNNconsult. 2021-2023 [Consultado el 24 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www-nnnconsult-com.unican.idm.oclc.org/nanda/298

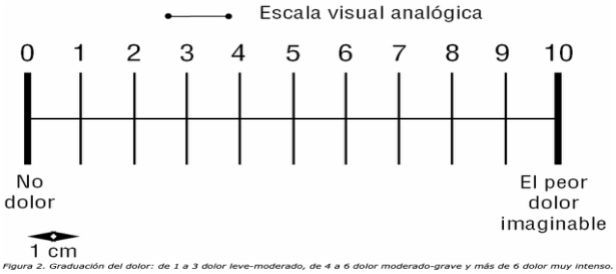
7. ANEXOS

1. Escala de la OMS Para la evaluación de la mucositis oral



Fuente: Enfermería global [36]

2. Escala Visual Analógica (EVA):



Fuente: Medicina intensiva.[37]

3. Escala Downton: Valoración del riesgo de caídas.

Variable de medición	Respuesta	Valor
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1

Interpretación del puntaje
Valor igual o mayor a 3: alto riesgo
Valor de 1 a 2: mediano riesgo
Valor de 0 a 1: bajo riesgo

Fuente: Acta médica del centro.[38]