



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN ADULTO
CON LINFOMA NO HODGKIN
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

ROBLES HERNÁNDEZ YOLANDA

No. DE CUENTA 305652256

ASESOR ACADÉMICO

MTRO. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA

MÉXICO D.F

NOVIEMBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A:

Mi familia por ser la piedra angular en apoyarme en ver terminada mi carrera, por haberme dado esperanza y ánimos cuando más lo necesitaba. Por ser la pieza del rompecabezas que sin ella no habría podido ser posible este trabajo y la carrera, a ellos que siempre estuvieron conmigo para mi desarrollo como hija, hermana, estudiante y profesionalista, siendo que ahora todos sus consejos y valores se ven culminados en mí actuar.

A ustedes por ser quienes me han enseñado a ver la vida como oportunidades y nunca falta de algo. En ver que la vida es un aprendizaje y tomar lo bueno y lo malo.

A Enrique por haberme dado siempre la mano para apoyarme, por esos consejos y palabras que me hicieran ver hacia adelante y aprender de las experiencias.

A ustedes por haber creído y acompañado en mi carrera viendo ahora culminado los esfuerzos para lo que quería ser y saber ser: Enfermera.

“Comienza haciendo lo que es necesario,

Después lo que es posible

Y de repente estarás haciendo lo imposible”

San Francisco de Asís

AGRADECIMIENTOS

A.

Mi familia por haberme dado el ejemplo de la responsabilidad, el esfuerzo y la constancia. Gracias por haberme dado siempre su amor incondicional y apoyarme para mi crecimiento personal y profesional.

A mis padres por haberme dado los recursos para poder ver terminada mi carrera.

A mi madre que siempre estuvo ahí para darme un abrazo en el momento que más lo necesite.

A mi asesor José Cruz Rivas, por haberme apoyado incondicionalmente, por haberme dado ánimos en terminar este proceso de atención en enfermería y mirar más allá del horizonte. Gracias por haberme enseñado en esas guardias que siempre salía algo nuevo por aprender, pero sobre todo gracias por haberme dado esa confianza de creer en mí misma. Gracias por ser una gran persona.

A mis hermanas por haber estado conmigo en esas noches de desvelo y haberme ayudado siempre en lo que fuera necesario.

A Enrique Estévez Lara por haberme escuchado y haber estado conmigo, todas esas veces que llegaba a contarle lo bueno que me había pasado, lo que me desagradaba, las nuevas experiencias y hasta el cansancio.

“Demos gracias a los hombres y a las mujeres que nos hacen felices, ellos son los encantadores

jardineros que hacen florecer a nuestros espíritus.”

WILL ROGERS.

ÍNDICE

PÁG.

Dedicatorias	2
Agradecimientos	3
Introducción	6
Justificación	8
Objetivos <ul style="list-style-type: none">• General• Específicos	9
Metodología	10
1 MARCO TEÓRICO	
1.1 La enfermería	11
1.2 Meta paradigmas	12
1.3 Aplicación del meta paradigma	16
1.4 Datos biográficos de Virginia Henderson	17
1.5 Modelo conceptual de Virginia Henderson	18
1.6 Proceso Atención de Enfermería	22
1.7 Etapas del Proceso Atención Enfermería	23
1.7.1 Valoración	23
1.7.2 Diagnóstico	25
1.7.3 Planeación	27
1.7.4 Ejecución	29
1.7.5 Evaluación	29

2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	
2.1 Presentación del caso	30
2.2 Historia clínica	31
2.3 Valoración de enfermería	36
2.4 Análisis de la información	39
2.5 Diagnósticos	41
2.6 Planeación, ejecución y evaluación	43
2.7 Evaluación	57
2.8 Planificación de alta	58
3 CONCLUSIONES	62
4 SUGERENCIAS	63
5 GLOSARIO	64
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
6.1 Bibliográficas	66
6.2 Electrónicas	67
7 ANEXOS	
7.1 Linfoma No Hodgkin	68
7.1.1 Prevención, cribado y detección	69
7.1.2 Clasificación	69
7.1.3 Características clínicas	70
7.1.4 Proceso metastasico	71
7.1.5 Diagnóstico y estadificación	71
7.2 Linfoma difuso de células B grandes	72
7.3 Diagnostico	72
7.4 Tratamiento	73
7.5 Esquema de quimioterapia R-CHOP en Linfoma difuso de células B grandes	75
7.6 Farmacología	77

INTRODUCCIÓN

Las personas que padecen linfomas malignos constituyen un grupo de diversas neoplasias que se originan en el sistema linfático, que comprende órganos y tejidos como el timo, los ganglios, el bazo, la médula ósea, la sangre y la linfa. Los linfocitos siendo originados en la médula ósea en la cual intervienen etapas de proceso de maduración, estos pueden sufrir una transformación maligna y generar un tumor específico para la etapa en la cual se transformó¹, teniendo dos subgrupos principales de acuerdo a las características de los linfocitos malignos; Linfoma de Hodgkin y Linfoma no Hodgkin. Los cálculos indican que cada año se diagnostican 7,500 casos nuevos de enfermedad de Hodgkin y alrededor de 1,500 muertes en el mundo²; mientras tanto los Linfomas no Hodgkin además de ser procesos malignos linfoides con muchas diferencias en su presentación clínica, pronóstico y respuesta al tratamiento, se diagnostican al año alrededor de 63,190 casos nuevos³, lo que lo convierte en el sexto proceso maligno más común en hombres y el quinto en las mujeres. Cabe destacar que se ha duplicado los casos por razones desconocidas, siendo un misterio aun la causa de la enfermedad. Siendo que no es posible prevenir la enfermedad, la detección precoz es importante, aunque puede verse obstaculizada por la vaguedad de los síntomas comunes; debiéndose motivar a las personas para que busquen atención médica si hay signos y síntomas comunes persistentes.

Es imprescindible que las personas que padecen linfomas malignos, identifiquen las manifestaciones clínicas ya que en caso de detectarse y tratarse a tiempo la supervivencia de vida seria medida en meses. Dada la importancia de además de diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento adecuado para tratar oportunamente esta grave enfermedad, se ven íntimamente afectadas sus necesidades básica humanas incluso contando con atención oportuna, siendo importante ejercer un Plan de Atención

¹ Otto s. Enfermería oncologica. 3^a. ed. Madrid: Mosby; 2000.353. p

² otto s. op cit.

³ Chabner.a.b.Manual de oncologia.1^a.ed.México:The Mc graw-hill;2009.225.p

en Enfermería, abordando sus esferas Bio-psico-social y espiritual, asegurándose la intervención oportuna para el restablecimiento de estas o su mantenimiento.

Por ende el presente trabajo, señalará en el primer capítulo la enfermería, el metaparadigma, abordando los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación; así como la aplicación de éste. Siendo que el proceso de atención en enfermería estará basado en las catorce necesidades, se hablara sobre los datos biográficos de Virginia Henderson, así como su modelo conceptual, además de la integración del Proceso de Enfermería, abordando sus etapas y una breve descripción de estas.

Habiendo abordado las bases teóricas, inicio en el segundo capítulo con la valoración de enfermería presentando el caso así como su historia clínica, además de la valoración clínica de enfermería, el análisis de la valoración recabada y priorización de diagnósticos establecidos a través del juicio clínico para aplicar el plan de cuidados y satisfacer las necesidades alteradas, elementos que nos permitieron elaborar a detalle su plan de alta, para dar paso a la evaluación del Proceso Atención de Enfermería

Finalmente se abordara la conclusión, así como las sugerencias elaboradas en el transcurso del Proceso de Atención de Enfermería, se mostrarán las referencias bibliográficas y se incluirán los anexos los tipos de enfermedades linfoides malignas, así como su epidemiología y etiología, su clasificación, prevención, cribado y detección, sus características clínicas, diagnóstico y estadificación. Abordando el proceso metastásico y sus modalidades de tratamiento. Además daré una breve explicación sobre el mecanismo de acción acerca de los antineoplásicos usados en líneas de tratamiento para Linfoma no Hodgkin de células grandes B

JUSTIFICACIÓN

En las personas con Linfoma no Hodgkin es de vital importancia la detección oportuna y el tratamiento precoz, siempre que la enfermedad lo permita ya que las estadísticas mencionan que los linfomas no Hodgkin causaron sólo 18,600 muertes en el mundo⁴, ya que en la mayoría de los casos no se identifican factores de riesgos claros y síntomas, debiendo motivar a la población en caso de que llegaran a presentar signos y síntomas comunes⁵; las personas que padecen dicha enfermedad llegan a ser detectados en estadios avanzados incluso en procesos metastásico, en el cual la mayor desventaja son la falta de salud pública en el país así como el nivel de preparación del equipo médico en el primer nivel de atención para la detección oportuna, los factores económicos de las personas, el tiempo prolongado en la realización de estudios para el diagnóstico oportuno en etapas tempranas; aunque cabe señalar que el factor económico y el conocimiento son los condicionantes para poder dar un tratamiento veraz y así poder brindar atención médica específica y cuidados de enfermería en etapas tempranas para limitar la expansión y restablecer las necesidades afectadas a nivel Bio-psico-social y espiritual.

Sin duda es lamentable que el mayor porcentaje de la población con dicho padecimiento llegan a ser referidos al tercer nivel de atención en etapas avanzadas, por lo que impide el tratamiento menos radical, llegando a ser necesario el ingreso a la unidad de cuidados intensivos; viéndose afectadas sus necesidades básicas, por lo cual es de vital importancia elaborar y ejecutar un Plan de Cuidados de Enfermería adaptado a las necesidades que tiene afectadas, por ende decidí emplear el método de atención de enfermería basado en la filosofía de Virginia Henderson, la cual trata de las 14 necesidades básicas para la persona, estando íntimamente relacionadas con el restablecimiento, mantenimiento o una muerte tranquila.

⁴ Chabner.A.B. Op cit. p. 225

⁵ Otto S. Op cit.p.360

OBJETIVOS

- General

- Proporcionar cuidados de enfermería abarcando sus esferas (bio-psico-social y espirituales) ya sea de manera sustitutiva o asistencial, jerarquizando sus necesidades, para ayudarle a satisfacerlas y alcanzar el nivel de independencia.

- Brindar una mejor calidad de vida a la persona que cursa con Linfoma no Hodgkin en estado de salud crítico mediante el proceso de cuidado atendiendo sus necesidades alteradas bajo el enfoque de Virginia Henderson y proporcionar cuidados para el restablecimiento de la salud o del buen morir.

- Específicos

- Identificar las necesidades alteradas de la persona en estado crítico que cursa con Linfoma no Hodgkin de células grandes.

- Planear acciones que ayuden a suplir ayudar y desarrollar la fuerza, conocimiento, y voluntad, ejecutando un plan de cuidados individualizado para mantener las necesidades alteradas.

- Fortalecer las habilidades cognitivas y metodológicas mediante el proceso atención en enfermería para brindar cuidados de calidad a la persona y contribuir al desarrollo profesional de enfermería.

METODOLOGÍA

El presente PAE se realizó en el servicio de la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Cancerología, el cual pertenece al tercer nivel de atención a nivel público. Es de tipo retrospectivo y exploratorio; donde se identificaron las necesidades de la persona con Linfoma no Hodgkin en estado crítico. Los datos fueron obtenidos del día 12 al 26 de abril del 2013 mediante información obtenida a través de datos objetivos basados en un instrumento de valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson, obteniéndolos a través de la exploración física y la observación, auxiliándome de una fuente indirecta (expediente clínico) para la recolección de los datos.

Los instrumentos que se utilizaron fueron la realización de la historia clínica de enfermería, Los diagnósticos están basados en las catorce necesidades de Virginia Henderson, llevando a cabo el análisis de la información mediante la valoración de datos de dependencia e independencia, para determinar la prioridad de los diagnósticos y establecer el plan de cuidados adaptado a las necesidades alteradas del paciente, por lo tanto las intervenciones están adecuadas al cuidado integral de la persona tomando en cuenta que es un ser Bio-psico-social y espiritual. Para lograr el restablecimiento o mantenimiento de la salud.

Posterior a eso se elaboró un plan de alta de acuerdo a las catorce necesidades, mencionando los cuidados posteriores al egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos.

LA ENFERMERÍA

Es evidente que a través del tiempo se ha llevado a cabo una búsqueda de una definición de enfermería así como sus funciones; tomando como referencia a Virginia Henderson quien perfiló su definición de enfermería en una versión revisada del libro *The Principles and Practice of Nursing*, basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física, en la cual hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos, ella define la enfermería como: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”⁶. Abordando las funciones de la enfermera haremos un retroceso hasta Florence Nightingale en su obra citada *Notes on Nursing-what It Is and What It Is Not*, publicada en 1859. Ella dijo, en esencia, que lo que la enfermería tiene que hacer es <<...dejar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza siga su curso>>⁷. Siendo este concepto influencia en el desarrollo de la enfermería.

Así pues vemos a la enfermería como una interacción con el individuo para lograr las metas de salud.

⁶ Wesley.r.l .Teorías y modelos de enfermería.2^a.ed. México: Mcgraw-hill;36.p

⁷ Henderson.V.La naturaleza de la enfermería.2^aed.España:Mcgraw-hill;1.p

METAPARADIGMAS

Los paradigmas han sido llamados como las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender al mundo, sin éstos no sería posible hablar de la disciplina y tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. Es por esto que citamos a Newman, Sime y Corcoran- Perry, el cual nos habla de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación; los cuales se trata de orientaciones hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y la apertura sobre el mundo⁸.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Aplicado al campo de la salud, este paradigma se orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad⁹.

-Orientación hacia la salud pública

La orientación hacia la salud pública, se sitúa en la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición¹⁰.

Además considera Nightingale a la persona según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual así por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la Situación existente. Los factores del entorno son validos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. La salud no sólo es opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente <la voluntad de utilizar bien cada

⁸ kérouac. s. pepin. j. El pensamiento enfermero.1ªed. Barcelona: Masson;2000.p.2

⁹ kérouac. S. Op Cit.3.p

¹⁰ kérouac. S. Op Cit.4.p

capacidad que tenemos>. El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal¹¹.

-Orientación hacia la enfermedad.

Se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas. La salud es concebida como la ausencia de la enfermedad. El cuidado está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de la persona. La persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente. La salud es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como <positiva> mientras que la enfermedad es percibida como <negativa>. La salud es sinónimo de ausencia de la enfermedad. En lo que concierne al entorno es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural¹².

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que sitúa un fenómeno. Por ejemplo el contexto en que se encuentre una persona en el momento en que aparece una infección influenciará su reacción al agente infeccioso. El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona¹³.

¹¹ kérouac. S. Op Cit.6.p

¹² kérouac. S. Op Cit.7.p

¹³ kérouac. S. Op Cit. 9.p

-Orientación hacia la persona

Está marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser Bio-psico-socio-cultural-espiritual. La persona, la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. El entorno está constituido por los diversos contextos (Histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive¹⁴.

En resumen, la orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes, según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un pattern único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental¹⁵.

El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

¹⁴ kérouac. S. Op Cit.10.p

¹⁵ kérouac. S. Op Cit.12.p

-Apertura hacia el mundo

Tuvo lugar en la mitad de la década de los años 70, marcada por la apertura de las fronteras en aspectos culturales, luego la economía y finalmente la política; grandes movimientos de población y de dinero transforman los mercados económicos, las comunicaciones. Desde este aspecto en 1978 la Conferencia Internacional sobre los cuidados de Salud Primarios destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978) propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado en una filosofía en que los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas¹⁶.

Colliere (1980) resume la filosofía de los cuidados primarios de salud:

Los cuidados primarios de salud se proponen ser (para la población) un medio de respuesta a sus necesidades de salud más corrientes y más habituales, teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida e interesándose directamente en la elaboración y la puesta en marcha de una política de salud propia y adaptada a la forma, a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en este campo¹⁷.

La persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, es un estado estable o una ausencia de enfermedad, siendo a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona.

¹⁶ kérouac. S. Op Cit.16.p

¹⁷ kérouac. S. Op Cit.16.p

El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La persona es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta. Finalmente el entorno, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella¹⁸.

APLICACIÓN DEL METAPARADIGMA

Las enfermeras cuidan, educan, aconsejan, dirigen y también investigan; así como los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión; constituyen el motor y el centro.

El estudio de los paradigmas, las concepciones y los principios que han guiado a la profesión enfermera, es esencial para la comprensión de la naturaleza de los cuidados y de los cuidados enfermeros, a fin de descubrir o redescubrir la riqueza de un pensamiento, en el cual la importancia es la de destacar los cuidados

¹⁸ kérouac. S. Op Cit.16.p

DATOS BIOGRÁFICOS DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años. Se graduó en la Army School of Nursing en 1921, su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial, desarrollando sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre la función de las enfermeras y su situación jurídica. Otros tipos de influencias fueron sus trabajos en unidades de enfermería psiquiátrica y pediátrica así como sus experiencias en enfermería de salud comunitaria en el Henry Street Settlement de Nueva York¹⁹.

En 1955, Henderson publicó su Definición de Enfermería en una versión revisada del libro de texto *The Principles and practice of Nursing*, como resultado del trabajo de este libro, Henderson sintió la necesidad de aclarar cuál era la función de las enfermeras de forma unánime; también se sintió motivada por su insatisfacción con la definición de enfermería de 1955 aportada por la American Nurses Association²⁰.

En 1966, Henderson perfiló su definición de Enfermería con la definición de enfermería en su libro *The Nature of Nursing*, basando su definición en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física. Reconociendo Ida Orlando como una de las influencias en su concepto de relación enfermera paciente²¹.

¹⁹ Wesley.r.l. Op Cit. 24.p

²⁰ Wesley.r.l. Op Cit. 24.p

²¹ Wesley.r.l. Op Cit. 24.p

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Con el fin de poder explicar el modelo conceptual de V. Henderson comenzaremos hablando de que este puede definirse como un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre sí de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan.

Teniendo esta terminología comencemos a hablar sobre el modelo de V. Henderson, el cual está influenciado por la corriente de pensamiento de la integración y según Melesis (1997), se incluye dentro de la escuela de necesidades. Las teorizadoras de esta escuela comparten dos características: la primera es la de basarse en teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E. H. Erikson, J. Piaget) para conceptualizar a la persona y clarificar la función propia de las enfermeras²².

Debemos de tener en cuenta que parte de conceptos nucleares de la enfermería, los cuales son:

La persona: ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, y tienden al máximo a desarrollar su potencial.

El entorno: se refiere al entorno como si fuera algo estático, reconociendo su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud

El rol profesional: es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Orientándose específicamente a suplirla cuando ésta no pueda hacerlo o a ayudar a desarrollar lo que le falta (fuerza, conocimientos y voluntad) para que logre su independencia y las satisfaga por sí misma.

La salud: se equipara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, bien sea llevadas a cabo por la persona o realizada por otros cuando ello no sea posible.

²² Luis. t. m. Fernández.c.De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.2ª ed. Barcelona: Masson; 2000. 35.p

ELEMENTOS FUNDAMENTALES

El cual representa el “Qué” del modelo, las cuales mencionaremos a continuación:

El objetivo de los cuidados: consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

El usuario del servicio: es la persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que aun sin presentarlo tiene un problema potencial que desarrollar.

El rol del profesional: consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos²³.

La fuente de dificultad: ó área de dependencia alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

1.-Entendemos por conocimientos saber que acciones son las indicadas para manejar una situación de salud y como llevarlas a la práctica “qué “hacer” y “como” hacerlo.

-En consecuencia el área de dependencia es la falta de conocimientos cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.

2.- La fuerza: puede ser física o psicológica. En el primer caso con el “poder hacer” (fuerza, tono muscular, capacidad motriz). La segunda alude al cambio de actitudes y valores, es a saber por qué y para qué,

-En consecuencia el área de dependencia es la falta de fuerza física (cuando la persona carece de capacidad motriz) y la falta de fuerza psíquica (cuando no es capaz de tomar una decisión, aun sabiendo qué hacer).

²³ Luis. Op Cit.36.p

3.- La voluntad, implica comprometerse a hacer las acciones adecuadas y mantener la conducta durante el tiempo necesario para satisfacer las necesidades básicas,

El área de dependencia es la falta de voluntad ejemplo: (en donde la opción de salud del usuario no coincide con la que los profesionales consideran que es la más adecuada para ella).

En donde la intervención de la enfermera incluye

1.- Centro de intervención. Son las áreas de dependencia de la persona, es decir, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo).

2.-Modos de la interpretación: se dirige a aumentar, completar o sustituir.

Si bien las consecuencias de la intervención son la satisfacción de las necesidades básicas, siendo estas descritas por V. Henderson como un requisito para mantener la integridad, la armonía de todos los aspectos del ser humano.

-LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS SON:

1.- Respirar normalmente

2.-Comer beber adecuadamente.

3.- Eliminar por todas las vías corporales

4.- Moverse y mantener posturas adecuadas.

5.- Dormir y descansar.

6.- Escoger ropa adecuada.

7.- Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.

8.- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

9.- Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

10.- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

11.- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

12.- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal.

13.- Participar en actividades recreativas.

14.- Aprender descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles²⁴.

CONCEPTOS

Independencia: nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida.

Dependencia: Desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas. A causa de falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

Autonomía: capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma²⁵.

²⁴ Luis. Op Cit.38.p

²⁵ Luis.t. Op Citp.39.p

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Una de las características definitorias es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. El abordaje sistemático utilizado para resolver un problema o responder una pregunta, es la denominada metodología científica, que al ser aplicado a nuestro ámbito ha recibido el nombre de proceso enfermero²⁶.

En palabras de Alfaro (1998; pág. 4), el proceso enfermero “un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrado en el logro de resultados esperados”. Como todo proceso operativo consta de consta de etapas correlativas e interrelacionadas; cada una de las cuales contiene a su vez diversos pasos los cuales son cinco:

- 1.-**Valoración:** Recogida de datos, antecedentes y actuales, objetivos y subjetivos.
- 2.-**Diagnóstico:** análisis de los datos y formulación de un juicio o conclusión sobre la situación.
- 3.-**Planificación:** Identificación de los objetivos que han de conseguir y de la actuación más adecuada para lograrlos.
- 4.-**Ejecución:** Puesta en práctica del plan de intervención y evaluación por cuidado planeado.
- 5.-**Evaluación:** Determinación de la eficacia de la intervención en términos de logro de los objetivos propuestos.

²⁶ Luis. t. Op Cit.3.p

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

-VALORACIÓN:

Consta de cuatro pasos: recogida, validación, organización y registro de los datos.

Recogida de los datos:

Proceso planificado, sistémico y completo que permite reunir información específica sobre el usuario. Clasificándose en:

- 1.-Antecedentes o actuales: según pertenezcan al pasado o presente.
- 2.-Objetivos o subjetivos: los primeros son observables, mensurables y se obtienen básicamente a través del examen físico; los segundos por el contrario, se refieren a las ideas, sentimientos y percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia.
- 3.-Generales o focalizados: Información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida del usuario.

Los métodos para obtener la información requerida son, la entrevista, la observación y el examen físico; que se describen a continuación:

Entrevista:

Interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre aquellos aspectos de salud que considera relevantes.

Observación:

Consiste en el uso sistemático de la vista, el oído y el olfato para reunir información sobre el usuario, la familia y personas allegadas, y el entorno y las interacciones entre estas tres variables.

Examen físico:

La valoración física, ya sea céfalo caudal o por órganos, aparatos y sistemas, emplea cuatro técnicas específicas: Inspección, palpación, percusión y auscultación.

1. Inspección u observación: debe de ser crítica y cuidadosa del usuario, para determinar características físicas, tales como tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento, simetría, etc.
2. Palpación o uso del tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel con el fin de conocer su tamaño, forma, temperatura, pulsación, consistencia y movilidad.
3. Percusión o golpeteo: debe de ser suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos, dependiendo de la estructura que haya debajo.
4. Auscultación o escucha: de los sonidos producidos por los órganos corporales, puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona deseada o indirecta mediante el uso de un estetoscopio. Permitiendo identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados.

Validación de datos:

Asegura que la información recogida en el paso anterior es veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas para establecer el diagnóstico o planificar la actuación.

Organización de datos:

Agrupación sistemática en categorías de la información obtenida y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación. El tipo de información que se recoja, se centrará en cada modelo y aspectos específicos así como los problemas detectados se pondrán de relieve y otros se omitirán²⁷.

²⁷ Luis. T. Op Cit.4.p

Registro de datos:

Consiste en plasmar la información obtenida y llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración. Este último paso es de vital importancia para formular el diagnóstico y planificar la actuación de enfermería y asegurar la continuidad de los cuidados. Siendo necesario seguir cierto tipo de normas como son:

1. Escribir con tinta:
2. Hacer anotaciones concretas y concisas
3. Utilizar abreviaturas que estén aprobadas
4. No borrar
5. No dejar líneas en blanco
6. Hacer las anotaciones lo antes posible después de obtener los datos o de realizar las actividades.

-DIAGNÓSTICO:

Función intelectual en la cual influyen una serie de factores, además del talento innato. Alfaro clasifica estos factores en personales (la equidad, la edad, los desagradados, los prejuicios o sesgos o la confianza de uno mismo), y situacionales (la ansiedad, la tensión o la fatiga).

Análisis de datos y elaboración de inferencias e hipótesis:

Se empieza por revisar la información recogida a partir de la entrevista, la observación, la exploración física. A continuación se agrupan los datos relevantes o clave entre los que parezca existir alguna relación.

Una vez hecho esto, se determinan las conexiones existentes entre las claves, es decir, se hacen inferencias. Finalmente, la interpretación e interrelación de las diferencias conduce a la formulación de hipótesis, obteniendo una imagen general, pudiendo encontrar:

1. Problemas (reales o de riesgo) susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales (problemas de colaboración).

2. Problemas (reales o de riesgo) que requieren un abordaje independiente (diagnósticos enfermeros).

Aunque los problemas de colaboración estén situados entre nuestro trabajo y el de otro profesional, es evidente que el centro de atención no es la situación fisiopatológica ni el profesional con el que colaboramos, si no el usuario.

Diagnósticos enfermeros:

A lo largo del tiempo se han publicado diversas definiciones del diagnóstico enfermero, entre las que destaca la aprobada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la cual lo definió como “Un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo familia, o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales”²⁸.

Proporcionando la base para la selección de la actuación enfermera destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable.

Los diagnósticos enfermeros pueden ser reales, de riesgo o de salud:

1. Diagnóstico real: describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Apoyándose de características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Para escribirlos se aconsejan un formato en tres partes: en donde el problema se une a la causa o causas mediante la fórmula <relacionado con> (r/c), y ésta a los datos objetivos y subjetivos mediante la frase <manifestado por> (m/p)

Problema r/c causa m/p datos objetivos y subjetivos

²⁸ Luis. t. Op Cit.7.p

2. Diagnóstico de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables.

Al escribirlo debe anteponerse la frase <riesgo de>, y se aconseja el formato en dos partes:

Problema r/c factor de riesgo (causa)

3. Diagnóstico de salud: describe respuestas humanas en un individuo, familia o comunidad que representan un buen nivel de salud, pero que tiene el potencial para alcanzar un grado superior, teniendo un componente:

Situación de salud a mejorar.

-PLANEACIÓN:

Consta de diversos pasos consecutivos los cuales son:

Fijación de prioridades:

Puede detectarse más de un problema que requiere de la intervención de enfermería.

Para facilitar el establecimiento de prioridades se deben aplicar los siguientes criterios:

1. Problemas que amenacen la vida de la persona.
2. Problemas que para la persona o familia sean prioritarios.
3. Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas
4. Problemas que por tener una misma causa puedan abordarse conjuntamente.

Formulación de objetivos:

Es necesario distinguir entre problemas de colaboración y diagnósticos enfermeros, ya que los criterios serán distintos en uno u otro caso.

Componentes de los objetivos:

1. Sujeto: quién tiene que lograr el objetivo.
2. Verbo: qué debe hacer el sujeto para evidenciar que ha logrado el objetivo.
3. Tiempo: cuándo hay que valorar si se ha logrado.
4. Modo: Cómo debe el sujeto realizar la acción para que consideremos que hemos logrado el objetivo propuesto.
5. Medida: hasta cuándo y hasta dónde cuando el objetivo que se desea conseguir sea posible identificar distintos grados o niveles.

Determinación de intervenciones y actividades:

Una vez identificados los problemas y marcado los objetivos que se ha de conseguir, es preciso planificar la intervención como las actividades más adecuadas para lograrlos y entendiendo como tales:

1. Intervención: modo de actuación para tratar el diagnóstico identificado y que es común en todos los casos.
2. Actividades: conjunto de operaciones o tareas necesarias para llevar a cabo cualquier intervención y que varían en función de las condiciones del usuario²⁹.

Planificación en los diagnósticos enfermeros:

Con objeto de determinar la intervención hay que decidir el ámbito sobre el que se va actuar y de qué modo se va hacer.

Una vez identificada la naturaleza de nuestra intervención, será necesario decidir cuáles son las acciones más convenientes en ese caso concreto para ponerlas en práctica.

Al igual que con los objetivos, tienen componentes la planificación de los diagnóstico.

²⁹ Luis. t. Op Cit.12.p

1. Sujeto: quién debe realizar la acción.
2. Verbo: qué acción o acciones hay que llevar a cabo.
3. Tiempo: cuándo hay que hacerlo.
4. Modo: cómo debe realizarse la actividad.
5. Medida: hasta cuándo o hasta donde debe persistir la actividad.

Registro del plan:

Último paso de esta etapa, y consiste en plasmar los pasos anteriores, el cual va a facilitar la comunicación, dirige los cuidados y crea un registro que más tarde puede usarse para la evaluación.

-EJECUCIÓN:

Durante la ejecución se pone en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos y con independencia del entorno donde la enfermera preste sus servicios.

Determinando si estas son apropiadas en la situación actual del paciente, así como valorar si se posee los conocimientos necesarios y si se tienen los recursos necesarios. Para preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones.

-EVALUACIÓN:

Última etapa del proceso enfermero, teniéndose presente en casa etapa en forma de valoración continua como parte integral de la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente.

La evaluación formal consta de tres pasos:

- a) Valoración del estado actual del usuario.
- b) Comparación de los objetivos marcados y emisión de un juicio.
- c) Mantenimiento, modificación o finalización del plan de cuidados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Ingresa paciente masculino de 42 años de edad que responde al nombre de RZM el día 12/04/2013 a la unidad de Cuidados Intensivos, por dificultad respiratoria en relación con la obstrucción mecánica por los conglomerados ganglionares y la actividad tumoral en mediastino, presenta tos con hemoptísis y disnéa. Es monitorizado, reporta frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto, presión arterial 120/80 mmHg, presión arterial media de 93 mmHg, se toman laboratorios (tiempos de coagulación, biometría hemática, química sanguínea, gasometría arterial) queda en espera de resultados, presenta catéter venoso central tipo Arrow doble lumen, calibre 16, se inicia sedación y analgesia a base de (midazolam) IV 10 ml/h y (fentanil) 15 ml/h IV, con solución base de Hartmann 1000ml con velocidad de 60 ml/h IV. Es intubado con cánula #7 con ayuda de ventilación mecánica con modo controlado por presión (CP) con parámetros de presión positiva al final de la exhalación (PEEP)8, fracción inspirada de oxígeno (FIO₂) 60% frecuencia respiratoria (FR) 16, SaO₂ 98% con oxímetro de pulso, se instala sonda nasogástrica calibre #3, la cual se deja a derivación, en espera de interconsulta con nutrición, presenta sonda Foley #16, con fecha de instalación del día 12/04/2013, con uresis al momento del ingreso de 600 ml y un gasto urinario 1 ml/kg/h; se deja esquema de antibioticoterapia a base de (ceftriaxona 1g y claritromicina 500mg). Se reporta como delicado, se queda al pendiente de su evolución.

HISTORIA CLÍNICA

Masculino de 42 años de edad que responde al nombre de RZM, con diagnóstico actual de Linfoma no Hodgkin de células grandes blancas; historia familiar: Padre vivo con cáncer de próstata en tratamiento; tío finado por cáncer de pulmón, hipertensión arterial padre, madre y abuelos paternos así como diabetes mellitus los abuelos paternos.

Inicio de la enfermedad en diciembre del 2012 con fiebre de 39°C, sin respuesta a antipiréticos, persistiendo con fiebre, se agrega diaforesis. Acude con médico general en febrero quien diagnóstica bronquitis y ofrece tratamiento con antibióticos; a pesar del tratamiento continua con los síntomas, se solicita exudado faríngeo tanto para RZM como para su esposa ya que se cree que pudo haber adquirido neumonía en la comunidad, con aislamiento de *Moraxella catharralis* y en su esposa *Streptococo pneumonie*, agregándose tos con expectoración verdosa, por lo que se inicia nuevo ciclo de antibióticos con respuesta parcial, la evolución no fue del todo bien ya que presentó un cuadro de disnea, pérdida de peso de 5 kg en dos meses. Esto lo motivo a consultar un neumólogo el cual solicita estudios de laboratorio y Tomografía Axial Computarizada de tórax (Tac); obteniendo lo siguiente: creatinina 1.0 mg/dL; albumina 3.9 g/dL; globulinas 6.9g/L; LDH 333 UI/L; Leucocitos 999 miles/mm³; Hb14.8 gr/dL; Hto; 43.2%; Pla; 479 000 miles/mm³; Neutrofilos 5900 miles/mm³. La Tac. Reportó: Adenomegalias cervicales a nivel de IV, V, VI de hasta 28 conglomerados, mediastino con tumoración de 7 X 11 cm.

El médico tratante solicita toma de biopsia de tumoración la cual reporta Linfoma de Células Grandes rico en histiocitos (LDCG), con extensa necrosis. Posteriormente acude con médico internista radiólogo quien lo refiere al Instituto Nacional de Cancerología (Incan), por reporte de biopsia.

Acude por primera vez el día 11/04/2013 al Incan, sin embargo se encuentra diaforético, disneico, tos con expectoración y hemoptísis por lo cual se refiere a atención inmediata de primera vez. Se decide su ingreso a piso a cargo de

hematología para inicio de protocolo diagnóstico y manejo de disnea, se toman laboratorios con los siguientes resultados: Na 135 mEq/L; K 4.4 mEq/L; Cl 98 mEq/L; Glucosa 106 mg/dl; creatinina 0.8 mg/dL; ácido úrico 55.5 mg/dL; albumina 2.4 g/dL; leucocitos 11.3 miles/mm³; Hb 13.9 gr/dL; Hto 44.1 %; plaquetas 543,000 miles/mm³. Se sugirió iniciar con tratamiento antimicrobiano a base de cefalosporina y macrolido, así como inicio de esteroide (Dexametasona 8 mg), micronebulizaciones con (Combivent) e hidratación parenteral.

El día 12/04/2013 ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva por dificultad respiratoria de dos días de evolución en relación con la obstrucción mecánica por los conglomerados ganglionares y la actividad tumoral en mediastino, presenta tos con hemoptisis y disnea. Es intubado con cánula #7 y se conecta a ventilación mecánica con modo controlado por presión (CP) con parámetros de presión positiva al final de la exhalación (PEEP)8, fracción inspirada de oxígeno (FIO₂)60% frecuencia respiratoria (FR) 16, presenta catéter venoso central tipo Arrow doble lumen, calibre 16, se inicia sedación y analgesia a base de (midazolam) 10 ml/hr y (fentanil) 15 ml/hr.

A la exploración se localiza campos pulmonares hipoventilados, se inicia esquema de antibiótico (ceftriaxona 1g), teniendo buena respuesta, se sugiere seguir manejo como neumonía adquirida en la comunidad y se agrega (claritromicina 500mg IV). Se reporta como delicado.

Continua con manejo establecido, se coloca sonda nasogástrica (SNG) para iniciar nutrición enteral quedando por el momento a derivación por presencia de distensión abdominal y residuo gástrico, drenando líquido biliar; el día 15/04/2013 inicia a cargo del área de nutrición con nutrición enteral (NET) cada 24 hrs. por infusión continua 25 ml/h fórmula polimérica baja en hidratos de carbono, volumen total de 600 ml, se reporta glucosa capilar de 94 mg/dl al inicio de la alimentación y cuatro horas después se reporta glicemia capilar de 89 mg/dl. Hemodinámicamente estable con tendencia a la hipertensión con tensión arterial (TA): 144/93 mmHg, afebril, abdomen con ligera distensión, peristalsis de 3xmin, aun sin presentar evacuaciones. El día 16/04/2013 inicia esquema de quimioterapia R-CHOP

(Rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina) tolerando adecuadamente; se toma radiografía de tórax reportando ensanchamiento de mediastino y atelectasia basal izquierda. El día 17/04/2013 se toma aspirado de medula ósea esternal (AMO) sin presentar infiltrados.

Posteriormente se realiza interconsulta al área de cirugía de tórax para valoración y programación de cirugía para la realización de traqueostomía, por tiempo prolongado de intubación. Llama la atención el sangrado que presenta a la aspiración de secreciones por tubo endotraqueal; sus laboratorios reportan Hb 11; plaquetas 400,000; presentando neutrofilia, Neutrofilos 95.6%. Se decide escalar antibióticos a (meropenem 500 mg c/12h y vancomicina 500 mg/c12hr) para ofrecer espectro antimicrobiano para gérmenes nosocomiales, continua con soporte ventilatorio invasivo con modo controlado por presión (CP) con presión inspirada (PI) 13, PEEP 5, FIO₂ 60% saturación por pulso oximetría al 96%, campos pulmonares con hipo ventilación bibasal, comienza a presentar febrícula 37°C, muestra tendencia a la hipertensión con presión arterial media (PAM) 121 mmH₂O, se inicia manejo de antihipertensivo (prazosin) teniendo respuesta favorable con PAM de 87 mmHg.

Se decide iniciar ventana neurológica debido a que presenta buena saturación de oxígeno con parámetros de SO₂ 96%, tolerando disminución de sedación, al momento de empezar con ventana neurológica presenta poca tolerancia respiratoria, por lo cual se decide iniciar ayuda mecánica ventilatoria (AMV) con parámetros de ventilador en modo (PC) por flujo ciclado, PEEP 6, FR 23, FIO₂ 40%.

Se mantiene con evolución estacionaria, permanece sin cambios. Se vuelve a obtener una interconsulta con el área de cirugía el día 19-04-13 para la realización de traqueostomía, debido a poca tolerancia de progresión ventilatoria: se sugiere mantener en espera para tratamiento quirúrgico ya que continúa con neumonía y se recomienda seguir con tratamiento antimicrobiano. Se realiza nuevamente ventana neurológica para valorar tolerancia de respiración espontánea teniendo poca tolerancia debido al estado neurológico del paciente el cual se encuentra despierto, no obedece ordenes, presenta periodos de agitación, se decide reiniciar sedación

con fentanyl, propofol y dexmedetomidina ya que presenta efectos adversos por midazolam y mejorar estado neurológico; los parámetros ventilatorios cambian a presión control con PI 13, PEEP 5, FIO₂ 60%, oximetría de 96%.

Se indica cultivo de secreción bronquial, reportándose sin crecimiento de germen en cultivo; se suspende NET por disminución de peristalsis. Se inicia tratamiento con procinético gastrointestinal, según estudios de laboratorio se obtienen leucocitos 1100 miles/mm³ con cifras bajas debido a respuesta a quimioterapia o por proceso infeccioso pulmonar por E. coli bleer, se cambia sedación de dexmedetomidina a midazolam debido a ausencia de buena respuesta a dexmedetomidina, ya que presenta agitación intermitente aun con dosis altas, se continua con manejo establecido; el día 25/04/13 ingresa a quirófano a las 16:10 pm para realización de traqueostomía, instalándose cánula de traqueotomía de calibre #8, egresa de quirófano estable a las 17:30 pm; continua con mismos parámetros de ventilación, continua bajo sedación con Ramsay de 5 puntos.

Nuevamente presenta fiebre 38.8°C, se realiza cultivo de secreción bronquial, hemocultivo y urocultivo; reportándose E. coli bleer en aspirado bronquial, presenta leucocitos de 200,000 miles/mm³ y se inicia fluconazol 200 mg c/12 hrs. como profilaxis y se ministra factor estimulante de colonias (300 mcg sc c/12hrs). Presenta deterioro respiratorio por lo cual se queda pendiente descartar fistula-traqueo esofágica, se realiza interconsulta con endoscopia para valoración de probable fistula traqueo esofágica los cuales corroboran dicho diagnostico mediante endoscopia.

Mejora parámetros ventilatorios, se desteta ventilador y se indica nebulizaciones por traqueostomía con ventilación espontanea con FIO₂ 40%, con mascara reservorio con SaO₂ al 99%, se suspende sedación y se mantiene alerta y cooperador, comienza a presentar abundantes secreciones por estoma traqueal luego de dos días de instalación de traqueotomía, se disminuye humidificación de oxígeno disminuyendo las secreciones.

Tolera progresión ventilatoria, presenta mejoría con tratamiento a base de fluconazol estando a febril las ultimas 36 hrs, inicia recuperación hematológica, cursa con hipocalemia, hipomagnesemia e hipofosfatemia K: 3.0 mEq/L; Mg: 1.0 mEq/L; P: 1.7 mEq/L; reponiéndose electrolitos. Cursa con delirio hiperactivo, manejándose con Haldol; se decide iniciar NET sin tolerarla, se indica pro cinético intestinal con metoclopramida; debido a que se ha incrementado la cantidad de leucocitos se decide progresar al paciente trasladándolo al piso de hematología, debido a que no cumple con los criterios para continuar en la UCI; el día 29-04-13 es dado de alta por máximo beneficio de la UTI.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

1.-OXIGENACIÓN:

Paciente orointubado con apoyo ventilatorio en modo controlado por presión (CP) con parámetros de PEEP 8, FIO₂ 60% FR 16. Sedación y analgesia a base de (midazolam 10 ml/hr y fentanil 15 ml/hr) vía acceso venoso central . Con presión arterial de 140/90 mmHg, presión arterial media de 110 mmHg, frecuencia cardiaca de 112 latidos por minuto. A la auscultación presenta estertores en ambos campos pulmonares con presencia de secreciones con características (filantes y hemáticas) a la aspiración; así como hipo ventilación en campo pulmonar derecho; llenado capilar de 2 segundos en miembros torácicos.

Nota: Presenta plaquetas de 270 mil/ mm³, Hb: 10.3 gr/dL. Se realiza interconsulta al área de cirugía de tórax para valoración y programación de cirugía para la realización de traqueostomía, debido a que presenta tiempo prolongado de intubación.

2.-ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN:

Cavidad oral: Formada por paladares duro y blando íntegros así como las paredes de las mejillas, piso de la lengua saburral. La dentición en el maxilar superior prevalece los dientes incisivos, caninos y laterales así como primeros molares; presenta sonda naso gástrica, del número 3 con nutrición enteral (NET) por infusión continua con flujo de 25 ml por hrs, formula polimérica baja en hidratos de carbono volumen total 600 ml en 24 hrs., boca seca, mucosas orales deshidratadas; solución de base Hartmann a 60 ml/hr vía acceso venoso central, abdomen blando, presenta distensión abdominal y peristalsis disminuida de 2xmin.

Nota: Presenta hiponatremia, valores de sodio de 129 mEq/L (131-149 mEq/L)

3.-ELIMINACIÓN:

Órganos genitales de acuerdo a la edad, presenta edema escrotal, sin cambios en la coloración de la piel ni presencia de tumefacciones o úlceras, sonda Foley #16 a derivación, uresis color amarilla paja sin presencia de sedimentos, volumen por turno de 900ml con un gasto urinario de 1.2 ml/kg/h, sin presencia de evacuaciones; edema en miembros inferiores con signo de Godet de (+,+).

4.-MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA:

Paciente orointubado con sedación y analgesia, por lo cual se le coloca en posición semifowler.

5.-DESCANSO Y SUEÑO:

Se encuentra bajo sedación y analgesia a base de (midazolam 10 ml/hr y fentanil 15 ml/hr). Con RAMSAY de 5 puntos. Se apagan las luces del cubículo, para brindar mayor confort.

6.-VESTIDO:

Utiliza bata debido a su hospitalización, se realiza cambio de bata en el cambio de cada turno.

7.-TERMORREGULACIÓN:

Presenta febrícula con temperatura de 37°C, cursa con esquema de antibiótico (ceftriaxona 1g, claritromicina 500 mg), antipirético (paracetamol) debido a que cursa con neumonía adquirida en la comunidad.

8.-HIGIENE:

Se realiza baño de esponja diario, así como cambio de ropa de cama y bata, después del baño y en cambio de turno.

9.- EVITAR PELIGROS:

Se le colocan los barandales de la cama.

Nota: presenta leucocitos de 200,000 miles/mm³, tras haber recibido primer ciclo de quimioterapia del esquema R-CHOP. Se inicia fluconazol 200 mg c/12 hrs. como profilaxis y se ministra factor estimulante de colonias (300 mcg sc c/12hrs).

10. COMUNICACIÓN:

No fue posible la valoración completa, debido a que se encuentra bajo sedación y orointubado.

Nota: Responde al estímulo doloroso.

11.-CREENCIAS Y VALORES:

No fue posible la valoración de la creencia religiosa ni de forma indirecta con familiares, sin embargo refiere ser católico, obteniendo la información de manera indirecta de la historia clínica así como datos subjetivos como la presencia de imágenes religiosas.

12.-TRABAJAR Y REALIZACIÓN:

No fue posible la valoración ni de forma indirecta con familiares, sin embargo refiere ser Ingeniero en electrónica, obteniendo la información de manera indirecta de la historia clínica.

13.-RECREACIÓN:

No fue posible ser valorado debido a que el paciente se encuentra bajo sedación.

14.- APRENDIZAJE:

No valorable por sedación

 ANÁLISIS DE LA INFORMACION

NECESIDADES	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
1.-OXIGENACIÓN	<p>Apoyo ventilatorio en modo controlado por presión (CP) con parámetros de PEEP 8, FIO₂ 60% FR 16, estertores en ambos campos pulmonares con presencia de secreciones con características (filantes y hemáticas) a la aspiración, así como hipo ventilación en campo pulmonar derecho. Presión arterial de 140/90 mmHg, presión arterial media de 110 mmHg.</p> <p>Presenta plaquetas de 270 mil/ mm³, Hb: 10.3 gr/dL. Presenta tiempo prolongado de intubación.</p>	No presenta
2.-ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	<p>Mucosas orales deshidratadas, lengua saburral, presenta sonda nasogástrica con nutrición enteral (NET) por infusión continua con flujo de 25 ml por hrs, fórmula polimérica baja en hidratos de carbono volumen total 600 ml en 24 hrs., peristalsis de 2xmin, distensión abdominal. Presenta hiponatremia, valores de sodio de 129 mEq/L (131-149 mEq/L)</p>	Cavidad oral con piezas dentarias completas
3.-ELIMINACIÓN	<p>Edema escrotal, sonda Foley #16 a derivación, sin presencia de evacuaciones; edema en miembros inferiores con signo de Godet de (+,+).</p>	<p>Órganos genitales de acuerdo a la edad, uresis color amarilla paja sin presencia de sedimentos volumen total de 1.2 ml/kg/hr, sin necesidad de diurético.</p>
4.-MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA	<p>Persona con sedación y analgesia, en posición Semifowler con cambios de posición cada dos horas.</p>	No presenta
5.-DESCANSO Y	<p>Paciente bajo sedación y analgesia, con RAMSAY de 5 puntos.</p>	No presenta

SUEÑO		
6.-VESTIDO	Utiliza bata debido a su hospitalización, se realiza cambio de bata al cambio de cada turno.	No presenta
7.- TERMORREGULACIÓN	Presenta febrícula con temperatura de 37°C, cursa con esquema de antibiótico (ceftriaxona, claritromicina) así como de antipirético (Paracetamol).	No presenta
8.-HIGIENE	Requiere de baño de esponja y de bata y ropa de cama	No presenta
9.-EVITAR PELIGROS	Se colocan barandales de cama. presenta leucocitos de 200,000 miles/mm ³ , cuenta de plaquetas baja 270 mil/mm ³ , tras haber recibido primer ciclo de quimioterapia del esquema R-CHOP	No presenta
10.- COMUNICACIÓN	No fue posible la valoración completa debido a que esta bajo sedación y analgesia.	Responde a estímulos dolorosos
11.-CREENCIAS Y VALORES	No fue posible valorar debido a que se encuentra bajo sedación.	Profesa la religión católica
12.-TRABAJAR Y REALIZARSE	Permanece bajo sedación y analgesia	Profesión Ingeniero en electrónica
13.-RECREACIÓN	No fue posible valorar debido a que se encuentra bajo sedación.	No Presenta
14.-APRENDIZAJE	No fue posible valorar debido a que se encuentra bajo sedación.	No Presenta

DIAGNÓSTICOS

- LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

Relacionado con:

Mucosidad excesiva, vía aérea artificial, cuerpo extraño en la vía aérea.

Manifestado con:

Sonidos respiratorios adventicios (estertores), producción de esputo.

-PROTECCIÓN INEFECTIVA

Relacionado con:

Cáncer, Farmacoterapia (ministración de antineoplásicos), sistema inmune suprimido (leucocitos de 200,000 miles/mm³), disminución de plaquetas (plaquetas 270 mil/mm³).

Manifestado por:

Deficiencia inmunitaria.

-DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL

Relacionado con:

Intubación endotraqueal

Manifestado por:

Boca seca, lengua saburral

-MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL

Relacionado con:

Nutrición enteral, inmovilidad

Manifestado por:

Distensión abdominal

-RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

Relacionado con:

Actividad física insuficiente, cambio en el patrón y tipo de alimentación, disminución de la motilidad gastrointestinal, uso de fármacos opiáceos y sedantes.

-RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS

Relacionado con:

Ingesta de líquidos hipotónicos, electrolitos alterados.

-RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Relacionado con:

Factores mecánicos (Presión), Inmovilización física, deterioro del estado metabólico.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD ALTERADA	Fuente de dificultad	*F.F	*F.C	*F.V	Cuidado básico de enfermería	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
1.-Oxigenación					Sustitución						
Datos objetivos	Datos subjetivos					Datos complementarios					
Estertores Hemoptisis						Presenta cánula oro traqueal					
<p>Diagnóstico de enfermería:</p> <p>- LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS</p> <p>Relacionado con: Mucosidad excesiva y sangre, vía aérea artificial, cuerpo extraño en la vía aérea.</p> <p>Manifestado con: Sonidos respiratorios adventicios (estertores), producción de esputo.</p>											

*F.F: Falta de fuerza

*F.C: Falta de conocimiento

*F.V: falta de voluntad

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Objetivo de la persona: Mantener la vía aérea permeable, mostrar ruidos respiratorios limpios		
Resultados Esperados: Permeabilidad de la vía aérea artificial así como adecuado intercambio gaseoso		
Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> -Auscultación de los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación así como presencia de sonidos adventicios (estertores, sibilancias roncus). -Administración de broncodilatadores (Combivent en micronebulizaciones). -Realizar aspiración de secreciones mediante el tubo endotraqueal, explicando el proceso y verificando que no haya dolor. -Hiperoxigenar antes y entre las sesiones de aspiración de secreciones. -Usar un sistema de aspiración cerrado en línea. -Proporcional cuidado bucal. -Colocar al paciente en la posición que optimice su respiración. -Percusión y vibración si no está contraindicado. 	<ul style="list-style-type: none"> -La presencia de crepitantes durante el final de la inspiración indica líquido en las vías aéreas; las sibilancias señalan una obstrucción de la vía aérea. -Los broncodilatadores reducen la resistencia de la vía aérea secundaria a la broncoconstricción. -EBE: Los estudios han demostrado que la hiperoxigenación ayuda a prevenir la desaturación de oxígeno. -BE: El sistema de aspiración cerrado en línea se asocia con la disminución de la neumonía nosocomial. -EBE Y BE: Constituye el método más eficaz de reducir la placa y controlar la enfermedad periodontal. -La posición elevada permite la máxima expansión pulmonar. -BE los estudios han demostrado que pacientes con ventilación mecánica hay una disminución en la incidencia de neumonía si se le coloca en posición semifowler a 45° en comparación con la posición supina³⁰. -La fisioterapia torácica aumentan el transporte del moco. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se auscultaron los sonidos respiratorios lográndose detectar estertores en ambos campos pulmonares, se procedió a interconsulta con inhalo terapia y se indico micro nebulizaciones con combivent de 2.5 ml, así mismo se procedió a la aspiración de secreciones, la cual al momento de esta se detectó hemoptisis, se revisaron laboratorios, por lo cual sólo se continuo con las micro nebulizaciones y el cambio de posición a semifowler.

EBE: Enfermería basada en la evidencia; BE: Basado en la evidencia

³⁰ Ackley. B. Manual de diagnósticos de enfermería. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2007. 859.p

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD ALTERADA	Fuente de dificultad	*F.F	*F.C	*F.V	Cuidado básico de enfermería Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
9.-Evitar peligros									<u>3</u>		
Datos objetivos	Datos subjetivos					Datos complementarios					
- leucocitos de 200,000 miles/mm ³ -Plaquetas de 270 mil/mm ³						Recibió primer ciclo de quimioterapia con esquema de R-CHOP					
<p>Diagnóstico de enfermería:</p> <p>- PROTECCIÓN INEFECTIVA</p> <p>Relacionado con: Cáncer, Farmacoterapia (ministración de antineoplásicos), sistema inmune suprimido (leucocitos de 200,000 miles/mm³), disminución de plaquetas (plaquetas 270 mil/mm³).</p> <p>Manifestado por: Deficiencia inmunitaria.</p>											

*F.F: Falta de fuerza

*F.C: Falta de conocimiento

*F.V: falta de voluntad

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Objetivo de la persona: Protección y disminución del riesgo de infecciones		
Resultados Esperados: El paciente se mantendrá sin la presencia de nuevas infecciones adquiridas		
Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>-Monitorizar la temperatura así como sus cambios en esta³¹.</p> <p>-Realizar de manera adecuada el lavado de manos antes de realizar alguna técnica invasiva o no con el paciente.</p> <p>-Brindar frecuentemente cuidados orales.</p> <p>-derivar para el tratamiento anti fúngico profiláctico adecuado.</p> <p>-Administrar terapia de factor estimulantes de colonias.</p>	<p>-Los cambios en la temperatura pueden indicar la estimulación del sistema inmunológico, provocando el aumento de temperatura y evidenciar el inicio de una infección.</p> <p>-Se ha demostrado que mejorar el seguimiento de higiene de las manos acaba con la presencia masiva de infecciones, reduciendo la transmisión de microorganismos resistentes a los antimicrobianos.</p> <p>-Los efectos de la quimioterapia en combinación con la inmunosupresión y el paciente en estado crítico, pueden provocar estomatitis, así como candidiasis oral. Unos buenos cuidados orales pueden ayudar a evitar esta complicación.</p> <p>- Una terapia anti fúngica empírica o profiláctica en usuarios con cáncer con el estado inmunológico comprometido debe preferirse, ya que reduce la mortalidad.</p> <p>-son útiles para prevenir infecciones, además de que incrementa la recuperación de Neutrofilos, estimula las células dendríticas y facilitan la actividad antitumoral.</p>	<p>-Se informa a médico de guardia que el paciente cursa con febrícula 37°C teniendo previamente antibioticoterapia con (meropenem 500 mg/c12h y vancomicina 500 mg/c12h), así como conteo de leucocitos de 200,000 miles/mm³, se deriva tratamiento profiláctico fúngico con (fluconazol) 200 mg/c12 h así como factor estimulante de colonias, (Filgastrim) 300 mcg subcutáneos c/12h, hasta recuperación hematológica. Se realiza aseo de cavidad oral gentil, mediante el uso de gasas después de la realización de aspiración de secreciones.</p> <p>Después de dos días se logra mantener sin febrícula teniendo buena respuesta a fluconazol, continua con (Filgastrim).</p>

³¹ Bulechek. G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009. 699.p

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD ALTERADA 2.-Alimentación e hidratación	Fuente de dificultad	*F.F	*F.C	*F.V	Cuidado básico de enfermería Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios						
Boca seca (Xerostomía)					Presenta cánula oro traqueal						
<p>Diagnóstico de enfermería:</p> <p>- DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL</p> <p>Relacionado con: Intubación endotraqueal</p> <p>Manifestado por: Boca seca, lengua saburral</p>											

*F.F: Falta de fuerza

*F.C: Falta de conocimiento

*F.V: falta de voluntad

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Objetivo de la persona: Mantener las membranas de las mucosas húmedas y libres de ulceraciones		
Resultados Esperados: Integridad tisular		
Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> -Inspeccionar la cavidad oral al menos una vez al día. -Monitorizar el estado nutricional y de hidratación del paciente -Proveerle higiene oral. -Utilizar agua como agente para enjuagar y como agente de limpieza. 	<ul style="list-style-type: none"> -La inspección oral puede revelar signos de enfermedad, efectos de medicamentos. -La deshidratación y la desnutrición preponen al paciente al deterioro de las membranas de la mucosa oral. -Según enfermería basada en la evidencia, el uso de agua para humedecer la boca ha demostrado ser tan efectivo como cualquier otro agente³². 	<ul style="list-style-type: none"> -Se realiza lavado de la cavidad oral con agua y se limpian las piezas dentales con una gasa para eliminar residuos de la aspiración. Se logró hidratar quedando de gravemente comprometido a sustancialmente comprometido.

³² Ackley. B. Op Cit. 937.p

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD ALTERADA 2.-Alimentación e hidratación	Fuente de dificultad	*F.F	*F.C	*F.V	Cuidado básico de enfermería Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios						
Distensión abdominal					Presenta Nutrición enteral						
<p>Diagnóstico de enfermería:</p> <p>- MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL</p> <p>Relacionado con: Nutrición enteral, inmovilidad</p> <p>Manifestado por: Distensión abdominal</p>											

*F.F: Falta de fuerza

*F.C: Falta de conocimiento

*F.V: falta de voluntad

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Objetivo de la persona: Disminución de la distensión abdominal		
Resultados Esperados: Restablecimiento de la motilidad gastrointestinal		
Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>-Palpar el abdomen en busca de distensión, así como auscultar los ruidos intestinales.</p> <p>-Ministración de fármacos procinéticos.</p> <p>-Vaciamiento de residuo gástrico</p>	<p>-En el paciente con estreñimiento el abdomen suele estar distendido, con rigidez. Los ruidos intestinales estarán presentes.</p> <p>-El uso de procinéticos gastrointestinales mejoran el tránsito intestinal, mejorando la velocidad de vaciado y la función de los esfínteres</p> <p>-La presencia de residuos gástricos elevados es indicativa de un vaciado gástrico lento y un mayor riesgo de aspiración³³.</p>	<p>-Se realiza interconsulta con nutrición y se suspende la nutrición enteral. Se ministra procinético gastrointestinal (metoclopramida) 10 mg vía IV, se retira contenido gástrico y se deja sonda nasogástrica a derivación. Al cabo de dos días se logró disminuir la distensión abdominal, se volvió a interconsultar a Nutrición y se reanuda la nutrición parenteral.</p>

³³ Ackley. B. Op Cit. 800.p

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD ALTERADA	Fuente de dificultad	*F.F	*F.C	*F.V	Cuidado básico de enfermería Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	<u>3</u>	4	5
2.-alimentación e hidratación 3.-eliminación											
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios						
Peristalsis de 2xmin, distensión abdominal sin presencia de evacuaciones					Presenta sonda nasogástrica con nutrición enteral (NET) por infusión continua con flujo de 25 ml por hrs, formula polimérica baja en hidratos de carbono volumen total 600 ml en 24 hrs.						
<p>Diagnóstico de enfermería:</p> <p>- RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</p> <p>Relacionado con: Actividad física insuficiente, cambio en el patrón y tipo de alimentación, disminución de la motilidad gastrointestinal, uso de fármacos opiáceos y sedantes.</p>											

*F.F: Falta de fuerza

*F.C: Falta de conocimiento

*F.V: falta de voluntad

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Objetivo de la persona: Mantener una adecuada eliminación intestinal		
Resultados Esperados: Mantenimiento de la función gastrointestinal así como su eliminación intestinal.		
Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>-Palpar el abdomen en busca de distensión.</p> <p>-Vigilar la existencia de peristaltismo³⁴.</p> <p>-Evaluar las deposiciones así como su frecuencia y consistencia.</p> <p>-Ajustar la dieta si es necesario.</p> <p>-Uso de procinéticos gastrointestinales, así como laxantes.</p>	<p>- En los pacientes con estreñimiento el abdomen suele estar distendido con rigidez. Los ruidos intestinales estarán presentes. Así como identificar futuras necesidades o eficacia del tratamiento³⁵.</p> <p>-Los procinéticos gastrointestinales pueden aumentar la motilidad gástrica y la frecuencia de las deposiciones.</p>	<p>-Se realiza la exploración física del abdomen así como la palpación y percusión, para identificar distensión abdominal, siendo presente está junto con peristalsis disminuida de 2xmin, no presenta evacuaciones aún después de la alimentación enteral (Net). Se suspende Net y se retira residuo gástrico, se procede a dejar la sonda nasogástrica a derivación y se ministra metoclopramida 10 mg cada 12 hrs. Durante tres días. Posterior a suspensión de net y el uso de procinético gastrointestinal, se presentan evacuaciones líquidas color amarillo no fétidas, volumen de 50 ml. A la exploración se identifica aumento de peristaltismo de 3xmin y disminución de distensión abdominal. Continúa con procinético y se reinicia Net.</p>

³⁴ Bulechek. G. Op Cit. 573.p

³⁵ Ackley. B. Op Cit. 638.p

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD ALTERADA 2.-Alimentación e hidratación 3.-Eliminación	Fuente de dificultad	*F.F	*F.C	*F.V	Cuidado básico de enfermería Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	<u>3</u>	4	5
Datos objetivos	Datos subjetivos					Datos complementarios					
sodio de 129 mEq/L (131-149 mEq/L)						-Sonda Foley #16 a derivación. -Sol de base Hartmann a 60ml/hr					
Diagnostico de enfermería: - RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS Relacionado con: Ingesta de líquidos hipotónicos, electrolitos alterados.											

*F.F: Falta de fuerza

*F.C: Falta de conocimiento

*F.V: falta de voluntad

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

<p>Objetivo de la persona: Restablecimiento del equilibrio hídrico, disminución del edema.</p>		
<p>Resultados Esperados: Equilibrio hídrico, hidratación.</p>		
Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>-Monitorización de entrada y salida de líquidos.</p> <p>- Reposición del electrolito así como soluciones ricas en sodio.</p>	<p>-Una excreción menor a 30 ml/h es insuficiente para una función renal normal e indica hipovolemia.</p> <p>-El sodio es el catión más abundante del organismo, es responsable de más del 90% de la osmolaridad plasmática y su concentración está íntimamente relacionada con el balance hídrico.</p>	<p>-Se realiza interconsulta con médico de guardia y se cambia solución de base hartmann por solución de cloruro de sodio al 9% con un flujo de 60 ml/h. Se llevó control de líquidos así como apariencia de la orina. Se verificaron los laboratorios luego del cambio de la solución de base en el cual según resultados de laboratorio permaneció en 129 mEq/L. A dos días del cambio de solución subió valores de sodio a 130 mEq/L.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD ALTERADA	Fuente de dificultad	*F.F	*F.C	*F.V	Cuidado básico de enfermería Asistencial	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
4.- MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA.										<u>4</u>	
Datos objetivos	Datos subjetivos					Datos complementarios					
Edema escrotal Edema en miembros inferiores.						Paciente que cursa con sedación y analgesia					
<p>Diagnostico de enfermería:</p> <p>- RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA</p> <p>Relacionado con:</p> <p>Factores mecánicos (Presión), Inmovilización física, deterioro del estado metabólico.</p>											

*F.F: Falta de fuerza

*F.C: Falta de conocimiento

*F.V: falta de voluntad

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Objetivo de la persona: Mantener la integridad cutánea		
Resultados Esperados: Integridad tisular de la piel y prevención de úlceras por presión		
Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>-Monitorizar el estado de la piel para determinar los cambios de color y textura.</p> <p>-Minimizar la exposición de la zona afectada a la humedad, sudoración o drenajes.</p> <p>-Valorar es estado de la piel de las prominencias óseas.</p> <p>-Valorar posibles cambios de posición cada 2 horas.</p>	<p>-La inspección sistemática puede identificar problemas inminentes en su inicio.</p> <p>-El uso de un protector o de un limpiador pueden reducir significativamente la erosión cutánea y la formación de úlceras por presión.</p> <p>-Las úlceras por presión suelen aparecer sobre las prominencias óseas, como sacro, cóccix, talones, a consecuencia de la falta de alivio de la presión entre la prominencia y la superficie de apoyo.</p> <p>-La implementación de protocolos de prevención puede producir una significativa reducción de costos e incidencias de lesión cutánea y úlceras por presión en los entornos de cuidados prolongados³⁶.</p>	<p>-Al inicio de turno se realizó la valoración para detectar signos de úlceras presión así como por medio del signo de Godet para valorar presencia de edema, detectándose edema en miembros inferiores y edema escrotal con puntuación de Godet de (++) . Se le coloca una almohadilla en escroto; se protege evitando la exposición a materia fecal con un pañal, se coloca en tobillos almohada para evitar presión. Se da movilización a la mitad del turno, Se coloca en posición semifowler y se brinda protección a prominencias óseas.</p>

³⁶ Ackley. B. Op Cit. 776.p

EVALUACIÓN DEL PROCESO

En el presente PAE se brindaron cuidados teniendo en cuenta el estado de salud y sus necesidades alteradas, así como sus esferas (bio-psico-social y espirituales) adaptándose intervenciones personalizadas, si bien debemos mencionar que no se lograron cumplir todos los objetivos debido al estadio avanzado en el que se encontraba. Sin embargo se logro fortalecer habilidades para el cuidado hacia la persona en estado crítico, así como identificar las necesidades que se ven principalmente afectadas en este tipo de padecimientos y su relación con la persona y el entorno.

La valoración de enfermería no fue buena debido a que no se pudo valorar todas sus necesidades a causa de la sedación en el que se encontraba, además de que no se tuvo contacto con sus familiares debido a que se realizo la valoración en el turno nocturno, teniendo en claro que sus necesidades de comunicación, trabajar y realización, recreación y aprendizaje se ven afectadas y no se pudieron realizar intervenciones directas para estas.

Se logro valorar y elaborar diagnósticos personalizados de acuerdo a sus necesidades principalmente afectadas, teniendo que dar cuidados meramente de sustitución, pudiéndolos ejecutar de manera interdisciplinaria, además de que se pudieron evaluar los resultados en corto tiempo, siendo estos un beneficio para la persona y ayudar al mantenimiento de estas necesidades.

Si bien estas necesidades básicas (oxigenación, alimentación, eliminación, movimiento y mantener buena postura, protección) solo se pudieron mantener. Es cierto que al egreso del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos no se deben descuidar las demás necesidades de desarrollo personal ya que se van a ver primordialmente afectadas; por lo cual fue necesario un adecuado plan de alta que incluyera cuidados e intervenciones para el mantenimiento de sus demás necesidades tanto para la persona y su familia.

PLANIFICACIÓN DE ALTA

-Criterios para el alta de enfermería

Se realiza traqueostomía debido a tiempo prolongado de intubación y se decide dar de alta por máximo beneficio de la UTI, es trasladado al piso de hematología. En el momento del alta el paciente demostró:

Signos vitales estables (130/ 77 mmHg, FC 75x', FR 18 x',)

Ausencia de fiebre (temperatura 36.6°)

Ausencia de signos y síntomas de infección.

Recuento de serie blanca dentro de parámetros normales. (Leucocitos 54.4miles/mm³, plaquetas 27.3 miles/ mm³, Hb 9 gr/dL)

-Planificación de Cuidados de enfermería:

1.-OXIGENACIÓN:

Aspiración de secreciones cada que sea necesario.

Cuidados a traqueostomía.

Toma de oximetría.

Micronebulizaciones con combivent 2.5 ml c/8 h.

Interconsulta con inhalo terapia para valoración.

Cuidados a catéter venoso central.

Identificar signos y síntomas de infección así como medidas de protección.

2.-ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN:

Cuidados de la sonda naso gástrica.

Cuidados a cavidad oral.

Ministración de Nutrición enteral.

Vigilar signos y síntomas de distensión abdominal.

3.-ELIMINACIÓN:

Vigilar signos de presencia de edema.

Cuidados a sonda Foley.

Cuantificación de líquidos.

4.-MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA:

Mantener en posición Semifowler.

Comenzar con ejercicio pasivo y valorar tolerancia a este; favorecer progresivamente la de ambulación.

5.-DESCANSO Y SUEÑO:

Planificar los horarios de descanso de la persona.

Planificar los cuidados si es posible antes de que la persona duerma.

6.-VESTIDO:

Realizar cambio de bata en caso de que sea necesario.

Si la persona lo prefiere facilitar el uso de su ropa de descanso.

7.-TERMORREGULACIÓN:

Toma de temperatura al inicio y final del turno o en caso necesario.

Ministración de antipiréticos (Paracetamol 1g) en caso necesario.

8.-HIGIENE:

Se realiza baño diario en compañía de un familiar, previa valoración de la de ambulación y ejercicio pasivos.

Educar a los familiares a la hidratación de la piel con crema (Lubriderm) específicamente después del baño.

9.- EVITAR PELIGROS:

Se le colocaran los barandales de la cama.

Al momento de iniciar la de ambulaci3n ir acompa1ado.

Permanecerá con Meronpenem 500 mg/c12h, hasta completar 10 d1as de antibioticoterapia.

10. COMUNICACI3N:

Favorecer la comunicaci3n y la confianza entre enfermero- paciente

Tener comunicaci3n constante sobre el proceso de duelo.

11.-CREENCIAS Y VALORES:

Permitir la expresi3n de su creencia religiosa y estar en comunicaci3n directa en caso de requerir ayuda espiritual.

12.-TRABAJAR Y REALIZACI3N:

Favorecer la expresi3n de sus sentimientos a cerca de su estado laboral, as1 como apoyo psicol3gico si la persona lo solicita.

13.-RECREACI3N:

Favorecer la terapia ocupacional durante la estancia hospitalaria, adem1s de permitir la interacci3n con las dem1s personas.

14.- APRENDIZAJE:

Favorecer el estimulo a la lectura, as1 como lo que la persona considere que le sirve de aprendizaje.

-Educación sanitaria al paciente y la familia:

Explicar el proceso patológico y el progreso, tanto del área de enfermería como en el momento de la primer visita médica, tanto al paciente como a su familia.

Poder hacer valida la participación en el proceso de la toma de decisiones relacionado con su tratamiento y sobre los cuidados que se le van a brindar o se le están brindando, así como tratar de aclarar sus dudas tanto sobre los cuidados como con su tratamiento y lo que se pretende lograr.

Educar al paciente y a la familia sobre los síntomas que pudiera tener con la ministración de quimioterapia como: (alopecia, estomatitis, fiebre, nauseas, vómitos, entre otros), en caso de que se llegara a aplicar y sin olvidar utilizar vocabulario que sea entendible para el paciente y su familia. Además se deberá explicar los síntomas y signos de alarma de los cuales deberán de estar atentos durante la ministración de la quimioterapia, como: (Disnea, opresión en el pecho, calambres, eritema en cualquier parte del cuerpo, según sean las reacciones posibles con el esquema de quimioterapia).

Explicar sobre los cuidados de su alimentación, como ingerir solo productos cosidos y no crudos, aumentar ingesta de verduras, frutas, agua. Así como pedir interconsulta con nutrición para brindar mayor información en caso de que lo requieran.

Tener comunicación constante y explicar sobre el proceso de duelo que está pasando la persona y la pérdida de la salud así como la familia, preguntar si les gustaría hablar con un psicólogo y si lo solicita realizar interconsulta con el área de psicología.

CONCLUSIONES

El presente proceso me permitió valorar y desarrollar habilidades para la identificación de las necesidades de la persona con LNH en estado crítico, así como la importancia de brindar un cuidado holístico, pero sobre todo ejecutar cuidados e intervenciones para disminuir el nivel de dependencia de la persona y poder aplicar lo que decía Florence Nightingale: <<dejar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza siga su curso>>. ³⁷ Debemos mencionar que no todos los objetivos se lograron cumplir ya que no se alcanzo a tener la independencia completa del paciente debido al estadio avanzado en el que se encontraba, sin embargo nos permitió brindar cuidados individualizados a las necesidades primordialmente afectadas, los cuales fueron meramente de sustitución.

El señor RZM fue dado de alta de UTI por máximo beneficio y fue trasladado al piso de hematología; su estado de salud continuo como delicado y su pronóstico era reservado. El señor RZM falleció al mes de haber sido dado de alta del servicio de UTI.

Para finalizar podemos indicar que el PAE es sinónimo de calidad en la atención de enfermería aplicada así como su perfeccionamiento en las unidades asistenciales, traduciéndose los resultados como el esfuerzo de una labor diaria para mejorar la calidad de vida diaria de las personas; sin duda nos llama a estar mejor preparados para poder brindar un mejor cuidado pero sobre todo, en el acompañamiento al buen morir el cual nos invita a estar inmersos en la atención del cuidado a la persona terminal, así como a brindar cuidados paliativos de calidad.

³⁷ Henderson. V. Op Cit. 1.p

SUGERENCIAS

Sin duda enfermería es una profesión vocacional cercana al paciente y llegan a establecer lazos estrechos, momentos intensos y delicados; entre sus objetivos está en proporcionar confort y preservar la calidad de la vida, planificando cuidados adecuados en cada momento e individualizados por ello es que debemos:

-Planificar los horarios de descanso del paciente, aplicando un tiempo fuera así como la modificación de las actividades del cuidado si es posible.

-Instaurar medidas de confort en la piel.

-Mantener la comunicación con el paciente sin olvidar la no verbal, como tocarle, hablarle al realizar algún cuidado.

-Promover el uso de la musicoterapia.

-Facilitar las visitas en el horario nocturno, por lo menos un familiar. Ya que las visitas por parte de sus familiares y amigos resulta una estimulación beneficiosa para el paciente.

Y por último y no menos importante; el cuidado holístico solamente es posible cuando el cuidador esta consiente de sí mismo, para ser capaces de cuidar de la espiritualidad de sus pacientes³⁸.

³⁸ Winterkorn. L. Oliveira. M. La espiritualidad en el cuidado de si para profesionales de enfermería en terapia intensiva. Rev Latino-am Enfermagem .2008; 16 (2): 1-7.

GLOSARIO³⁹

Antineoplásicos: fármacos citostáticos, sustancias que lesionan las células (citotóxicas) que afectan sobre todo a células que tienen un aumento de la división celular⁴⁰.

Autonomía: Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie.

Asepsia: conjunto de procedimientos terapéuticos encaminados a preservar el organismo de gérmenes inefectivos.

Colliere: Profesora de enfermería francesa y destacada figura de la enfermería internacional.

Diaforesis: excesiva sudoración.

Dependencia: situación de una persona que no puede valerse por sí sola.

Disnea: Dificultad de respirar.

Esputo: Flema que se arroja de una vez en cada expectoración.

Estertores: Ruido de burbuja que se produce en ciertas enfermedades del aparato respiratorio y se percibe por la auscultación.

Estomatitis: Inflamación de la mucosa bucal.

Hemoptisis: Expectoración de sangre que proveniente de la tráquea, los bronquios o los pulmones.

Hipocalemia: Disminución de la concentración sérica del potasio.

Hipofosfatemia: Disminución de la concentración sérica del potasio.

³⁹ Diccionario de la lengua española. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
Consultado: 26 de septiembre del 2013.

⁴⁰ Hurtado.R.Labardini.J.Manual de quimioterapia. México: Instituto Nacional de Nutrición; 2000. 31.p

Hipomagnesemia: Disminución de la concentración plasmática de magnesio.

Hiponatremia: Disminución de la concentración plasmática de sodio.

Ida Orlando: Enfermera, principal teórica de la enfermería, con su teoría de la relación recíproca entre el paciente y el enfermero.

Indisociable: que no se puede separar algo de otra cosa a la que estaba unida.

Lengua saburral: Capa blanquecina que cubre la lengua por efecto de la secreción mucosa espesa que se acumula en las paredes del estómago. DIC

Metodología: Conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica o en una exposición doctrinal.

Moraxella Catharralis: diplococo gran negativo.

Paradigma: Maneras de ver o comprender al mundo.

Quimioterapia: Designa el uso de medicamentos con la capacidad de inhibir, (a través de múltiples mecanismos) los procesos de proliferación y diferenciación de células neoplásicas malignas.

Ramsay: Escala de nivel de sedación.

Voluntad: facultad de decidir y ordenar la propia conducta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ackley. B. Manual de diagnósticos de enfermería.7^a ed.Madrid: Elsevier; 2007.
2. Bulechek. G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).5^aed.Madrid: Elsevier; 2009.
3. Chabner.A.B.Manual de oncología.1^a.ed.México: The Mc graw-hill;2009.
4. Henderson.V.La naturaleza de la enfermería.2^aed.España: Mcgraw-hill.
5. Hurtado.R.Labardini.J.Manual de quimioterapia. México: Instituto Nacional de Nutrición; 2000.
6. kéroac. S. pepin. J. El pensamiento enfermero.1^aed. Barcelona: Masson;2000.
7. Luis. M. T. Fernández.C.De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.2^a ed. Barcelona: Masson; 2000.
8. Otto S. Enfermeria oncologica. 3^a. ed. Madrid: Mosby; 2000.
9. Rodríguez. R. Vademécum académico de medicamentos .5^a ed. México: Mc Graw-Hill; 2009.
- 10.Wesley.R.L .teorías y modelos de enfermería.2^a.ed. México: Mcgraw-hill.

ELECTRONICAS

1. Diccionario de la lengua española. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html> Consultado: 26 de septiembre del 2013.
2. Facultad de medicina. Ciclofosfamida [sitio en internet]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx> Consultado: 17 de septiembre del 2013.
3. Estrada.E.Rituximab: historia. Farmacología y perspectivas [sitio en internet]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol_26_3_10/hih02310.htm Consultado en: 17 de septiembre 2013.
4. Linfoma difuso de células grandes B. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.sah.org.ar/docs/251-274.5B.SAH_GUIA2012_LinfomaCelulasGrandes_1.pdf Consultado: 17 del septiembre de 2013
5. Vademecum. Vincristina[sitio en internet]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-vincristina-l01ca02> Consultado: 17 de septiembre del 2013
6. Winterkorn. L. Oliveira. M. La espiritualidad en el cuidado de si para profesionales de enfermería en terapia intensiva. Rev Latino-am Enfermagem .2008; 16 (2): 1-7.

LINFOMA NO HODGKIN

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

El linfoma no Hodgkin es diferente de la enfermedad de Hodgkin desde el punto de vista morfológico y clínico, ya que este identifica las enfermedades similares a la de Hodgkin pero sin las células particulares de Reed-Sternberg. Se calcula que se diagnosticaron alrededor de 63 190 nuevos casos de LNH y 23,300 personas murieron por esta causa⁴¹. El riesgo es un poco más alto en los hombres que en las mujeres, y mayor en los de raza blanca que en los de raza negra. La incidencia tiene un pico en la pubertad y un mínimo al final de la adolescencia, seguido de un aumento paulatino con la edad.

La etiología del LNH se desconoce aunque se ha sugerido diversos factores etiológicos. El más probable es la anomalía inmunológica, teoría que sugiere que la estimulación crónica del sistema inmunológico, en combinación con otros factores, da lugar a la proliferación incontrolada de linfocitos anómalas características del LNH. Apoyándose en el aumento de la incidencia con la edad de los pacientes inmunosuprimidos por largo tiempo (trasplante de órganos) y en quienes padecen enfermedades autoinmunes, o inmunodeficiencias primarias o adquiridas. Las personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana tiene un riesgo cuatro veces mayor de padecer este cáncer. Los virus también pueden ser factores etiológicos porque contribuyen a la estimulación crónica del sistema inmunológico. Dos virus relacionados con el LNH son el virus de EPSTEIN-BARR (EBV) y el virus tipo 1 de leucemia de células T humanas (HTLV-1); el primero se asocia más con el linfoma de BURKITT y el segundo con el LNH de células T adultas⁴².

⁴¹ Otto S. Op cit.360.p

⁴² Otto S. Op cit.360.p

La exposición a ciertos medicamentos también se relaciona con un aumento en la incidencia de LNH. La enfermedad se ha desarrollado como un efecto secundario al tratamiento quimioterapéutico de la leucemia aguda y la enfermedad de Hodgkin.

PREVENCIÓN CRIBADO Y DETECCIÓN

En la actualidad no se puede prevenir el LNH porque aun no se han identificado factores de riesgo que puedan evitarse. La detección precoz es importante la cual puede verse obstaculizada por la vaguedad de los síntomas comunes. Debiendo motivarse a las personas a la detección oportuna de signos y síntomas comunes persistentes.

CLASIFICACIÓN

El LNH es un grupo de enfermedades con histologías diversas. Rappaport introdujo un sistema de clasificación para los diversos tipos histológicos del LNH de acuerdo con la morfología, la citología y el posible origen de las células.

La formulación divide a los linfomas en grados histológicos según la agresividad del tipo celular y el patrón de crecimiento observado; estos grados-bajo, intermedio y alto-corresponden al curso clínico esperado. Por ejemplo, las enfermedades de bajo grado son menos agresivas y las supervivencias se miden en años. El sistema de clasificación más reciente es el Sistema Europeo-Americano revisado para el linfoma, que a continuación se muestra⁴³.

⁴³ Otto S. Op cit.p.360

ESQUEMA CLÍNICO DEL NATIONAL CANCER INSTITUTE PARA LOS LINFOMAS LINFOCÍTICOS DE ACUERDO CON LA HISTORIA NATURAL DE LOS PACIENTES NO TRATADAS O QUE SOLO RECIBEN TRATAMIENTO PALIATIVO

SILENCIOSO (SUPERVIVENCIA MEDIA MEDIDA EN AÑOS)

Linfocítico de células pequeñas
Folicular de células pequeñas hendidas
Folicular, de células mixtas
Difuso, de células pequeñas hendidas
Difuso, de células moderadamente diferenciadas
Cutáneo de células

AGRESIVO (SUPERVIVENCIA MEDIA MEDIDA EN MESES)

Folicular, de células grandes
Difuso, de células mixtas
Difuso, de células grandes
Difuso, inmunoblástico

MUY AGRESIVO (SUPERVIVENCIA MEDIA MEDIDA EN SEMANAS)

Difuso, de células pequeñas no hendidas (de Burkitt)
Difuso, de células pequeñas no hendidas (No Burkittiano)
Linfoblástico
Leucemia/linfoma de células T adultas

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El síntoma más común del LNH no relacionado con Sida, es un agrandamiento discreto e indoloro de los ganglios cervicales (Linfadenopatía) similar a la de la enfermedad de Hodgkin, pero que tiende a ser más generalizado y afectar ganglios abdominales y localizaciones extra ganglionares como el tracto gastrointestinal, la médula ósea, hígado. Se presentan síntomas como molestias abdominales vagas, lumbago, alteraciones gastrointestinales y ascitis, que casi siempre indican afecciones gastrointestinales o de ganglios abdominales. Los síntomas B (fiebre, diaforesis nocturna y pérdida de peso) se manifiestan en el 20 al 30 % de las veces, y aunque indican enfermedad avanzada, no predicen el pronóstico como en el caso de la enfermedad de Hodgkin.

Otros signos y síntomas posibles dependen de la localización y extensión del tumor. La tos, la disnea y el dolor torácico se presentan el 20 % de las veces e indican enfermedad pulmonar. La afección del sistema nervioso central puede ser primaria (masas tumorales) o secundaria (afección meníngea). Casi siempre es un tipo agresivo de LNH y es la localización extra ganglionar más común en los enfermos de VIH. Las manifestaciones del deterioro del sistema nervioso central dependen del órgano afectado, por ejemplo, cefaleas, cambios mentales, confusión, letargo, convulsiones,

defectos visuales, parálisis de los pares craneales o compresión aguda de la medula espinal.

Los niveles elevados de ácido úrico y calcio son frecuentes en el momento del diagnóstico, y el de fosfatasa alcalina se incrementa cuando el hígado está afectado. Si el nivel de deshidrogenasa láctica (LDH) es alto, por lo general implica una carga tumoral grande. Los linfocitos pueden mostrar anomalías cromosómicas, aunque se desconoce su valor diagnóstico⁴⁴.

PROCESO METÁSTASICO

El proceso metastásico varía según el tipo de linfoma: El folicular afecta la médula ósea y el difuso se disemina con rapidez al SNC, los huesos y el tracto gastrointestinal

DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACIÓN

El diagnóstico de LNH requiere la biopsia de una masa o de un ganglio anómalo. Una vez establecido, debe determinarse el estadio clínico de la enfermedad. Aunque ésta es localizada solo de 15 al 20 % de los pacientes, el proceso de estadificación es necesario para identificar la extensión de la enfermedad y el volumen de la masa tumoral⁴⁵. El sistema de clasificación de Ann Arbor sirve para reconocer la extensión del LNH. Mostrado en el siguiente recuadro.

SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN DE ANN ARBOR

- **Etapa 1: afección de una sola región o de un solo órgano o sitio extra linfático**
- **Etapa 2: dos o más regiones en el mismo lado del diafragma solas o con compromiso limitado de un órgano o sitio extra linfático contiguo.**
- **Etapa 3: afección de regiones en ambos lados del diafragma que puede incluir el bazo o limitada a órgano o sitio extra linfático contiguo o a ambos.**
- **Etapa 4: Focos de enfermedad difusos o diseminados de uno o más órganos o tejidos extra linfáticos, con o sin compromiso linfático.**

Fuente: CHABNER.A.B.MANUAL DE ONCOLOGIA.1EDICIÓN .THE MC GRAW-HILL.MÉXICO.2009. PAG 226.

⁴⁴ Otto S. Op cit.p.361

⁴⁵ Otto S. Op cit.p.361

Debido a la gran variedad de diferencias histológicas que se presentan en el LNH, abordaremos solo el Linfoma Difuso de Células B Grande, diagnóstico y tratamiento que es el que se va a tratar en el presente Proceso de Atención en Enfermería.

LINFOMA DIFUSO DE CELULA B GRANDE

El linfoma difuso de célula B grande (DLBCL), es el subtipo histológico más común de los LNH y corresponde acerca del 30 al 45% de todos los casos. En la mayor parte de los casos, no se identifican factores de riesgos claros. Una minoría desarrollara DLBCL, después de años de batallar con un linfoma más indolente como el linfoma folicular (FL) o la leucemia linfocítica crónica (CLL)⁴⁶.

DIAGNOSTICO

El diagnostico del DLBCL se realiza atreves de una biopsia excisional del tejido afectado. Por lo general el análisis patológico muestra linfocitos grandes nucléolos prominentes y citoplasma basófilo. A menudo se observa un índice de proliferación alto. Las células malignas expresan los antígenos de células B CD19, CD20, CD22 Y CD79a.

Los pacientes se estratifican según su pronóstico de acuerdo al Índice Pronostico Internacional (IPI). El sistema de la escala IPI se basa en cinco factores clínicos, (cada uno vale un punto): etapa 3 o 4 en la enfermedad, edad mayor a 60 anos, LDH sérica elevada, estado de desempeño ECOG ≥ 2 y \geq sitios extra ganglionares de la enfermedad.

⁴⁶ Chabner.A.B. Op cit. 225.p

Índice Pronóstico Internacional (IPI)			
Puntaje IPI	Grupo de riesgo	Os de 5 años (%)	Tasa de CR (%)
0-1	Riesgo bajo	73	87
2	Riesgo intermedio bajo	51	67
3	Riesgo intermedio alto	43	55
4-5	Riesgo alto	26	44
IPI	Grupo de riesgo revisado	% de pacientes	OS de 5 años (%)
0	Muy bueno	10	94
1,2	Bueno	45	79
3,4,5	Pobre	45	55

Fuente: CHABNER.A.B.MANUAL DE ONCOLOGIA.1EDICIÓN .THE MC GRAW-HILL.MÉXICO.2009. PAG 227.

TRATAMIENTO

La quimioterapia en combinación es el principal pilar del tratamiento con DLBCL. Incluso para pacientes con enfermedad localizada, con antecedentes de solo haber recibido tratamiento con radioterapia, la adición de quimioterapia mejora el resultado. Una opción para la enfermedad localizada con buen pronóstico es la terapia de modalidad combinada con tres o cuatro ciclos de quimioterapia CHOP seguido por radioterapia del área afectada.

Para la enfermedad en etapa avanzada el tratamiento de elección es R-CHOP. La adición del cuerpo monoclonal Rituximab a la quimioterapia CHOP mejora en forma significativa el resultado del tratamiento.

Cuando el paciente aun puede tolerar la terapia intensiva se usa la quimioterapia de salvamento. Los tratamientos más comunes incluyen ICE (Ifosfamida, carboplatino, etopósido), DHAP (Dexametasona, citarabina,procarbacin) Y ESAHAP (etopósido, metilprednisolona, citarabina, cisplatino).

La recaída del SNC ocurre en 2 a 5 % de los pacientes después de inducir la remisión de quimioterapia basada en CHOP. Esta suele ocurrir al establecerse la enfermedad

sistémica progresiva y sucede más a menudo en pacientes con afección de hueso, medula ósea, testículo, orbita o senos⁴⁷.

La neutropenia febril es una preocupación de todos los esquemas de quimioterapia de combinación mielosupresivos. El factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) administrados como inyección reduce el riesgo en especial en los ancianos. Si bien el (G-CSF) se incorpora al tratamiento en situaciones específicas

- 1) Retraso de la quimioterapia debido a neutropenia en ciclos previos.
- 2) Un episodio anterior de fiebre y terapia complicada por neutropenia.
- 3) Terapéutica administrada en forma de dosis densa (R-CHOP a intervalos de 14 días).
- 4) Evidencias de infección preexistente y pacientes ancianos.

La anemia inducida por quimioterapia es una consecuencia común con los esquemas tipo CHOP, en especial en los ciclos tardíos del tratamiento. La anemia puede agravar con morbilidades concurrentes como las afecciones de la función cardíaca y pulmonar⁴⁸.

⁴⁷ Chabner.A.B. Op cit. 229.p

⁴⁸ Chabner.A.B. Op cit. 229.p

ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA R-CHOP EN LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES

El esquema de quimioterapia R-CHOP, varía según los estadios en que se encuentra el paciente. Los cuales se dividen principalmente en tres categorías:

- Estadios I, no voluminosos

-R-CHOP durante 21 días x 3 ciclos + Radioterapia (RT) loco regional en campo comprometido (30-36 Gy).

R-CHOP x 6 ciclos

R-CHOP x 3 ciclos.

Se aconseja realizar Tomografía de emisión de positrones (PET), en caso de ser negativa se completara 1 ciclo más de R-CHOP, si llegara a ser positiva se le proporcionaría al paciente RT de consolidación. Este grupo de pacientes presenta una sobrevida libre de enfermedad a 10 Años del 90 %⁴⁹.

- Estadios I y II no voluminosos con factores de riesgo

Factores de riesgo:

LDH elevada

Edad mayor de 60 años

Síntomas B

⁴⁹ Linfoma difuso de células grandes B. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.sah.org.ar/docs/251-274.5B.SAH_GUIA2012_LinfomaCelulasGrandes_1.pdf Consultado: 17 del septiembre de 2013.

-R-CHOP por 21 días x 3 ciclos y RT en campo comprometido

R-CHOP por 21 días durante 6 ciclos.

La adición de radioterapia es discutida si se realizan más de 3 ciclos, en este grupo la sobrevida libre de eventos a 5 años es del 70 %.

Se realizará evaluación con Tomografía axial computarizada (TAC) luego de 4 ciclos de tratamiento. Si el Paciente se encuentra en remisión completa se le darán 2 ciclos más; si se encuentra en remisión parcial deberá realizar 4 ciclos más.

- Estadios I y II voluminosos

-R-CHOP por 21 días x 6 ciclos +/- RT locorregional (30-40 Gy en campos comprometidos).

Presentan una sobrevida libre de eventos a 5 años del 49 %.

ESQUEMA R-CHOP					
Medicamento	Dosis mg/m ²	Aplicación		vía	Tiempo de infusión
		c/hr	Día (s)		
Rituximab	375	DU	(1)	CVC, IV	DR
Ciclofosfamida	750	DU	(1)	CVC, IV	60 min
Adriamicina	50	DU	(1)	CVC, IV	60 min
Vincristina	1.4-2	DU	(1)	CVC, IV	Bolo
Prednisona	100 mg/ día	24	1-5	VO	-

FARMACOLOGIA

- RITUXIMAB

Mecanismo de acción:

Anticuerpo monoclonal quimerico murino/humano, se une específicamente al antígeno CD20 de los linfocitos B, induciendo muerte celular vía apoptosis.

Farmacocinética:

Las concentraciones séricas del anticuerpo aumentaron al incrementar la dosis en pacientes tratados con 125, 250 ó 375 mg/m², administrado una vez a la semana durante 4 semanas, en infusión intravenosa. Después de la primera perfusión, en los pacientes que recibieron la dosis de 375 mg/m² la vida media sérica del rituximab fue de 68,1 horas, la concentración máxima (C_{máx}) de 238,7 mg/mL, y el aclaramiento plasmático medio fue 0,0459 L/hora. Las concentraciones séricas fueron significativamente superiores en los pacientes que presentaron respuesta comparado con los pacientes que no la presentaron, justo antes y después de la cuarta perfusión, y se correlacionaron negativamente con la carga tumoral. Generalmente, el rituximab se detectó en sangre durante 3 a 6 meses después de haber terminado la terapia.

Tras completarse la primera dosis, la mediana del recuento de células B periféricas disminuyó por debajo de lo normal y su recuperación comenzó después de 6 meses. Los niveles de células B volvieron a su estado normal entre los 9 y los 12 meses después de finalizado el tratamiento.

Indicaciones terapéuticas:

- Linfoma no Hodgkin

- En combinación con quimioterapia en el tratamiento de los pacientes con LNH folicular estadios III-IV que no hayan sido tratados previamente.

- Como mono terapia en el tratamiento de los pacientes con LNH folicular estadios III-IV resistentes a la quimioterapia o que están en su primera o segunda recaída.

- En combinación con quimioterapia CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisolona) en el tratamiento de los pacientes con LNH difuso de células grandes B (LDCGB) CD20 positivas.

- Leucemia linfocítica crónica (LLC):

- En el tratamiento de primera línea en pacientes con LLC en combinación con quimioterapia.

- Artritis reumatoide:

- Se usa en combinación con metotrexate para el tratamiento de pacientes adultos con artritis reumatoide activa grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, incluidos uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral⁵⁰.

Contraindicaciones y precauciones

Hipersensibilidad a rituximab o a proteínas murinas, infecciones graves y activas, estado inmunocomprometido grave. Además, en artritis reumatoide: insuficiencia cardíaca grave o enfermedad cardíaca graves no controladas.

Hay que mantener una vigilancia estricta en algunos sistemas como el respiratorio, donde se han reportado eventos de bronco espasmo, infiltrados pulmonares e insuficiencia respiratoria aguda.

Desde el punto de vista cardiovascular, es frecuente la hipotensión arterial durante la infusión y se han comprobado angina de pecho y arritmias cardíacas en pacientes que fueron tratados con este medicamento. En los pacientes con gran carga tumoral se han reportado casos de lisis tumoral aguda y en raras ocasiones se ha descrito la leucoencefalopatía multifocal progresiva como evento neurológico grave.

La vigilancia del hemograma es importante sobre todo en aquellos pacientes donde se use combinado con quimioterapia, ya que el rituximab en mono terapia no es

⁵⁰ Estrada.E.Rituximab: historia. Farmacología y perspectivas [sitio en internet]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol_26_3_10/hih02310.htm Consultado en: 17 de septiembre 2013.

mielodepresor, pues se ha usado en pacientes con hipofunción medular sin inducir mielotoxicidad.

- CICLOFOSFAMIDA

Propiedades farmacológicas

Agente antineoplásico relacionado con las mostazas nitrogenadas, tipo especial alquilante. Su actividad antitumoral depende de su biotransformación en mostaza fosforamida y acroleína, su acción cito tóxica final depende de la formación de enlaces cruzados con las cadenas de DNA Y RNA, y de la inhibición de la síntesis de proteínas. Su acción es inespecífica sobre el ciclo celular, y su efecto se manifiesta cuando la célula entra en fase G2. Eficaz para el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin y otro tipo de linfomas. La ciclofosfamida no es vesicante ni produce irritación local, tiene propiedades inmunosupresoras muy importantes.

Farmacocinética:

La ciclofosfamida se absorbe bien después de administración vía oral. Sufre activación metabólica inicial por el sistema de las oxidasas del citocromo P450, seguida del transporte circulatorio del intermediario activado (aldofosfamida) a los sitios de acción, lugar donde el metabolito activo sufre desdoblamiento, generándose mostaza fosforamida y acroleína, a este se le debe la cistitis hemorrágica. Un porcentaje de ciclofosfamida se elimina sin cambios (25%) o en forma de metabolitos por la orina⁵¹.

⁵¹ Rodríguez. R. Vademécum académico de medicamentos .5ª ed. México: Mc Graw-Hill; 2009.173.p

Indicaciones:

Tratamiento de las leucemias agudas: linfofocítica, mielocítica, monocítica, leucemias crónicas, mielocítica y linfofocítica, linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, mieloma múltiple.

Contraindicaciones:

Está contraindicada en pacientes con severa depresión de la función medular ósea y en aquellos que demostraron hipersensibilidad previa al medicamento.

Reacciones secundaria y adversa:

La reacción adversa más importante es la mielosupresión que se manifiesta con leucopenia, anemia y ocasionalmente trombocitopenia; alteraciones gastrointestinales, anorexia, náusea, vómito, diarrea.

Puede presentarse cistitis en algunos casos graves, hemorragia, hiperpigmentación de la piel y uñas, secreción inapropiada de hormona antidiurética; se ha reportado también alteraciones de esterilidad en mujeres y hombres (amenorrea y azoospermia) sobre todo en relación al total de la dosis acumulada de ciclofosfamida⁵².

⁵² Facultad de medicina. Ciclofosfamida [sitio en internet]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx>
Consultado: 17 de septiembre del 2013

- ADRIAMICINA⁵³

-Mecanismo de acción:

Antibiótico antitumoral, antraciclino, también aislado del streptomyces. Actúa mediante:

- 1.-Unión al ADN y se intercala entre las bases.
- 2.-Se une a membranas celulares y altera el flujo de iones
- 3.-induce la formación de radicales libres.
- 4.-Es ciclo celular no específico.

-Farmacocinética:

a) Administración por vía IV

b) distribución y metabolismo. Se une a proteínas. Su metabolismo es hepático y produce metabolitos activos e inactivos. Los niveles en suero disminuyen 50% en 30 minutos; no obstante, persisten niveles hasta 20 ó 30 horas. No pasa la barrera hematoencefalica.

Su excreción es principalmente por vía biliar, con circulación enterohepatica. Una pequeña parte se elimina por riñón.

-Indicaciones:

Es uno de los quimioterapéuticos de mayor uso en:

- a) Linfomas y leucemias.
- b) Carcinomas (mama, endometrio, ovario, testículo, tiroides, pulmón).
- c) Sarcomas. (sarcoma de edwing, osteosarcoma, rabdomiosarcoma, neuroblastoma).

⁵³ Rodríguez. R. Op Cit .49.p

-Contraindicaciones:

Pacientes con hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los componentes del producto, en el embarazo y en la lactancia.

Pacientes que han recibido previamente la dosis máxima ambulatoria de doxorubicina o de cualquier otra antraciclina.

-Rango de dosis:

1.- agente único: 60-75 mg/m² IV cada tres semanas.

2.-agente único: 15-20 mg/m² IV semanal.

3.-tratamiento de combinación: 45-60 mg/m² IV cada tres semanas.

4.- infusión continua: 60-90 mg/m² IV en 96 horas.

-Toxicidad⁵⁴:

Cardiotoxicidad: se induce probablemente por radicales libres y puede ser de dos tipos:

- 1) Temprana: sin relación a dosis acumuladas, posteriormente a cualquier dosis y origina alteraciones del ritmo y más raramente, miopericarditis.
- 2) Tardía: insuficiencia cardíaca congestiva irreversible y si tiene relación directa con dosis acumulativa excesiva.

Mielosupresión: es sobre todo para la serie granulocítica y el nadir ocurre a los 7-14 días posterior a la administración con recuperación de una semana después.

Alopecia; se produce en el 80% de los pacientes y es reversible.

Náusea y vómito: de mediana intensidad en la mitad de los casos.

Irritación local: puede ser grave en caso de extravasación.

⁵⁴ Rodríguez. R. Op. Cit. 49.p

Otro: coloración rojiza de la orina, hiperpigmentación, estomatitis, falla renal, potencialmente teratogénica y carcinogénica.

- VINCRISTINA⁵⁵

Alcaloide de la vinca, agente antimicrotúbulos

-Mecanismo de acción:

*Alcaloide de plantas extraído de la planta pervinca *Catharanthus roseus*.

*Especifica del ciclo celular, activa en la fase de la mitosis (M) del ciclo celular.

*Inhibe la polimerización de la tubulina, desorganizando la formación del ensamblaje de micro túbulos durante la mitosis. Esto tiene como resultado la detención de la división celular, que lleva finalmente a la muerte celular.

*Puede inhibir también el DNA, el RNA y la síntesis de proteínas.

-Farmacocinética:

Absorción: absorción pobre y errática por vía oral, su distribución es extensa y rápida distribución en la mayoría de los tejidos del cuerpo. Se une extensamente a las plaquetas, glóbulos rojos y glóbulos blancos en los primeros 30 minutos de su administración. Poca penetración en el LCR.

Se metaboliza en el hígado por el sistema microsomal P450. Pequeñas cantidades de un metabolito por lo menos, desacetil vinblastina, pueden ser tan activas como el fármaco original. La mayoría de vinblastina es excretada en forma de metabolitos a través del sistema biliar entero hepático. Sólo 10% del fármaco original se excreta en

⁵⁵ Vademecum. Vincristina[sitio en internet]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-vincristina-l01ca02> Consultado: 17 de septiembre del 2013.

las heces. Aproximadamente 14% del fármaco es eliminado por los riñones. La vida media terminal del fármaco es aproximadamente de 25 horas.

-Indicaciones:

Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, cáncer testicular, cáncer de mama, sarcoma de kaposi, carcinoma de células renales.

-Rango de dosis:

Enfermedad de Hodgkin: 6 mg/m² IV los días 1 y 15 como parte del régimen ABVD.

Cáncer testicular: 0.15 mg/kg IV los días 1 y 2 como parte del régimen PVB.

-Contraindicaciones:

Hipersensibilidad, embarazo y lactancia, pacientes con la forma desmielinizante del s. charcot-Marie-Tooth, radioterapia que concluya región hepática.

-Reacciones adversas⁵⁶:

Alopecia, pérdida sensorial, parestesias, dificultad para caminar, marcha atáxica, arreflexia tendinosa profunda, atrofia muscular

⁵⁶ Vademecum. Es. Op cit.