



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.



“PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA APLICADO A ADULTO MADURO  
CON ALTERACIÓN EN LAS NECESIDADES DE  
NUTRICIÓN/HIDRATACIÓN, DESCANSO/SUEÑO, MOVILIDAD/POSTURA,  
Y SEGURIDAD/PROTECCIÓN DE ACUERDO AL MODELO DE  
VIRGINIA HENDERSON.”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA:

P R E S E N T A:

MARTÍNEZ LÓPEZ MAYRA.

NO. DE CUENTA: 305845519.

DIRECTORA DE TRABAJO:

MAESTRA: MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL.

México D.F. Octubre de 2013.



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.



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.

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS**

*Agradezco y dedico a la mejor institución de estudios superiores de México América Latina e Iberoamérica, la Universidad Nacional Autónoma de México en conjunto con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, quienes me admitieron y desde el momento de pisar esa orbe porte sus colores azul y oro, escudos, himnos y lema con honor, respeto y espíritu universitario el cual portare el resto de mi vida, ya que me ofrecieron conocimientos y habilidades para mí competencia profesional y personal.*

*Quienes integran mi jurado por aceptar mi examen profesional ya que son excelentes docentes y personas quienes confiaron y apoyaron mi proceso de titulación de lo contrario no finalizaría ellos son:*

*L.E.O. Irma Valverde Molina.*

*L.E.O. Isabel Cristina Peralta.*

*L.E.O. María Consuelo de los Reyes García*

*Lic .Bio. Víctor Valverde Molina.*

*A Dr. José Cruz Rivas Herrera, quien tiene firme juicio y propósito de la enfermería siempre ejerciendo y plasmando a nuevas generaciones de profesionales, por su apoyo en buenos y no tan buenos momentos valorando mis logros fortaleciendo mi ser, mi vida y mi autenticidad a partir de la enseñanza/aplicación, ya que desde que lo conocí dejo huella durante mi estancia en la universidad.*

*A mí familia, papá te admiro como a nadie, te doy mi gratitud por impulsarme a ser parte de esta universidad mostrándome templanza en toda adversidad, siempre poniendo tu ejemplo como excelencia de persona eso me deja el realizar cambios de vida que ayudan a mi independencia y realización. Mamá tus brotes cargados de sentimientos positivos y creativos dan sentido al hacer de mi vida siempre comprensiva, amorosa, inteligente... y no terminare porque aún falta tanto por descubrir junto a la familia. Selene/Mario como ángeles en momentos malos y como una amigos en los buenos siempre con incondicional comprensión, esforzándose por mejorar los valores de familia aprendo casi todo cuanto los observo les toco ser los primeros. Gloria también te agradezco los dolores de cabeza, aprendo mucho de ti y así debe ser de eso se tratará gran parte de tu vida y lo que a mí me resta bien a medias o mal que tengo la responsabilidad de ser mejor para darles un ejemplo. Dagoberto reconozco tu afecto y apoyo haciéndote presente en momentos específicos y necesarios. Primos Lizbeth y Daniel por su escucha activa, grandes favores, vivencias, cariño incondicional y tiempo dado. Finalizando con Oscar Ríos, no siendo un familiar directo has llegado a ser tan importante como uno de ellos porque me otorgas, tiempo, cariño, comprensión y ayuda esperando esto continúe.*

Los amo, Mayra Martínez López.

---

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>III</b>
<b>II. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>V</b>
<b>III. OBJETIVOS.....</b>	<b>VI</b>
<b>VI. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>1</b>
<b>4.1. Enfermería como profesión disciplinar.....</b>	<b>1</b>
<b>4.2. El cuidado como objeto de estudio.....</b>	<b>3</b>
<b>4.3. Teoría de enfermería.....</b>	<b>4</b>
<b>4.3.1. Concepto de teoría, objetivo y ventajas.....</b>	<b>4</b>
<b>4.3.2. Clasificación de teorías.....</b>	<b>5</b>
<b>4.3.3. Modelo de Virginia Henderson.....</b>	<b>6</b>
<b>4.4. Proceso de enfermería.....</b>	<b>11</b>
<b>4.4.1. Definición, objetivos y características.....</b>	<b>12</b>
<b>4.4.2. Descripción de las etapas.....</b>	<b>13</b>
<b>V. Desarrollo del Proceso Atención Enfermería.....</b>	<b>20</b>
<b>5.1. Presentación de caso.....</b>	<b>20</b>

5.2. Análisis de la valoración.....	23
5.3. Desarrollo de las etapas del proceso.....	26
5.4. Plan de alta C.U.I.D.A.M.E.....	42
VI.CONCLUSIONES.....	49
VII.BIBLIOGRAFÍA.....	50
VIII.ANEXOS.....	52

## **I. INTRODUCCIÓN.**

El Proceso. Atención. Enfermería. Es un método sistematizado y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales. Es decir, la aplicación de la resolución científica de problemas del paciente para planear y ejecutar en forma sistémica los cuidados de enfermería y para evaluar en forma los resultados obtenidos con estos cuidados.

Este documento denominado Proceso de Atención Enfermería, tiene como antecedente a Virginia. Henderson con las 14 Necesidades permitiéndonos ver al paciente como un ser holístico recuperando o conservando la independencia de este. Desde mi punto de vista esta teoría nos explica que el individuo, sano o enfermo es un todo completo y que buscan la independencia de su persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sana y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

Por medio de este Proceso Atención Enfermería sistematiza en la práctica asistencial, el cual nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, centrados en identificación y tratamiento de respuesta única del paciente motivo de tal análisis.

El siguiente Proceso Atención Enfermería se efectuó en las instalaciones del Instituto Nacional de Cancerología. Se aplicó a una persona femenina de 57 años de edad hospitalizada en el primer piso del servicio hematología como paciente aislado debido al padecimiento que cursa, con un Diagnóstico: Linfoma No Hodgking de células grandes B, estadio I.

Intervine al momento de la alta con la paciente proporcione información para los cuidados que debe seguir en el hogar y las consultas correspondientes posteriores por la peculiaridad del padecimiento que mantuvo la paciente en hospitalización, esto ayudara a mantener un buen seguimiento y conservación así como prevención para mejorar la calidad de salud de la persona.



## II. JUSTIFICACIÓN.

El Proceso Atención Enfermería favorece la sistematización del cuidado en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

El uso del Proceso Atención Enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas y trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.

Para determinar el problema o situación de salud que presenta este paciente, me he valido de la información proveniente de tres fuentes, las cuales son:

- 1ro. Historial Clínico.
- 2do. Instrumento de valoración.
- 3ro. De la propia familia (Hermana).

### **III. OBJETIVOS.**

- Estructurar con el Proceso Atención Enfermería una atención directa, holística y completa hacia el paciente. Conservando y orientando la importancia de mantener una vigilancia estricta de la salud de este, en base a los fundamentales problemas y necesidades detectados en el mismo.
- Establecer comunicación terapéutica enfermera-paciente. Para mejorar el estado de salud intra y extra hospitalario en pro el paciente.
- Efectuar planes de cuidado e intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades (respuestas humanas) del paciente.

## VI. MARCO TEÓRICO.

### 4.1. Enfermería como Profesión Disciplinar.

Enfermería: Constituida principalmente por dos componentes disciplina y profesión. Es un hecho que a lo largo de 5 décadas la enfermería, trabaja en busca de un cuerpo sustancioso de conocimientos, el cual se desarrolla con bases teóricas y prácticas de manera tal que dicho conocimiento sea expandido, probado y comunicado.

La profesión de enfermería se concentra en mejorar la calidad de vida del ser humano al tratar de resolver los problemas que se inmiscuyan o incluyan en su logro. Como disciplina forja con conocimiento una estructura independiente para contra restar fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud. Siendo estos vistos y aplicados de manera individual o en comunidad enfocada a las respuestas de los seres humanos a los problemas reales o potenciales.

En tanto, hay que aclarar y mencionar que enfermería comprende en su estructura aspectos científicos, artísticos y tecnológicos. La enfermería como disciplina<sup>1</sup> tiene mayor amplitud que la ciencia propia de esta, su autonomía se acuña en su perspectiva: Donalson y Crowley, 1978 menciona: *“Es necesario discutir éste planteamiento por dos razones: Primero porque la disciplina de enfermería no fue cerrada por sí misma, surgió dentro del contexto de otras disciplinas”*.

El fin de las disciplinas académicas es conocimiento y teorías descriptivas, enfermería consta de cuerpo humanista y biológico entre los más destacados ya que también enriquece su conocimiento a partir de otras ciencias, por lo cual dirige sus logros a la utilidad teórica-práctica y se mantiene en ámbitos descriptivo y prescriptivo.

---

<sup>1</sup> La meta de las disciplinas académicas es conocer, sin tener en cuenta que si el conocimiento es puro o aplicado. Por éste motivo las áreas que enfatizan la utilización de la investigación aplicada deben llamarse disciplinas aplicadas o ramas aplicas de las disciplinas académicas y no disciplinas profesionales. Estos últimos se caracterizan porque son los que ejecutan la aplicación directa del conocimiento en el sentido práctico.

Enfermería vista y valorada como una verdadera profesión, es por la existencia de un sinfín de conocimientos teóricos llevados a la práctica, sin embargo al separar teoría de práctica que comúnmente ocurre dentro de gremio hace ver a enfermería como una vocación y no como una profesión.

Para no conflictuar los aspectos anteriores, cabe mencionar que la disciplina y la práctica profesional, evolucionar interdependientemente para dar, resolver, las necesidades humanas. Entonces entiéndase que la disciplina de enfermería debe manejar la práctica, en las respuestas humanas agrupando todo el conocimiento significativo, explorando a través del proceso científico de investigación, retándose y evolucionando permanentemente.

La ciencia de enfermería de acuerdo con Donalson y Crowley (1978) está construida de estructura sustancial y de estructura sintáctica, la primer se compone de dos conceptos propios de enfermería profesional (valores) y la segunda comprende metodologías científicas que justifiquen conceptos y postulados verdaderos con criterios, dicho en otras palabras la estructura sustantiva determina el sujeto de investigación y la sintáctica el o los procedimientos para concluir la investigación y la validación de resultados.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Durán M. Disciplina de enfermería. Desarrollo teórico e investigación. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Editorial Unibiblos. Colombia, 1998. p. 15-59.

## 4.2. El cuidado como objeto de estudio.

El cuidado por razones de evolución y desarrollo de la conservación de especie se hace presente en todo momento, sin que se medie un fin racional, sino más bien un elemento instintivo. Se manifiesta el cuidado a lo largo de la vida a partir de que un ser humano necesito atención de otro y por tanto ese otro prestó su servicio y estuvo dispuesto a brindar atenciones en ayuda de resolver dificultades. El cuidado evolucionó y se convirtió en actividades rodeadas de contenidos culturales con alta capacidad humana llena de valores y sustentada por razonamiento.<sup>3</sup>

El cuidado como objeto de estudio en enfermería es un análisis que sin duda atribuye un analizar ante el actuar, en una dimensión social en interacción multidisciplinaria en relación con la salud. En el contexto de profesión disciplinar de enfermería como en todas las profesiones algo que las delimita es el “bien interno”<sup>4</sup>, lo cual las define. En caso de enfermería, en la medida en que aún tiene que acabar de definir cuál es ese bien que le denota de sentido, probablemente puede ser considerada una profesión en periodo de construcción.<sup>5</sup>

La percepción a través de fenómenos relacionados con la asistencia, técnicas adecuadas, manejo de tecnologías, capacidad para prevenir complicaciones, conducta de apoyo y actitudes cuidadoras de enfermería, es por interacción activa y efectiva con el individuo la cual logra propuestas de cambio para dignificar al ser humano y fortalecer su individualidad, se requiere del compromiso de la persona que lo proporciona y de él que lo recibe para lograr un crecimiento integral y en esta interacción se benefician ambas partes tanto el cuidador como el cuidado.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> Colliere, F. Promover la vida; Editorial Mac Graw-Hill; 2ª ed., México 2009, p. 5-27.

<sup>4</sup> Todo profesional como “bien interno”, tiene un fin y un objetivo con sentido interno que justifica su existencia y modo de proceder, situando estos elementos a un modo de entendimiento profesional y social así como de identidad.

<sup>5</sup> Padilla F. Cuidado y Práctica de Enfermería, Editorial Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Colombia 2011, p.4-9.

<sup>6</sup> Feito L. Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado. Editorial Unibiblos. Madrid. España. 2009 p.13-22.

### **4.3. Teoría de enfermería.**

La teoría de enfermería busca perfeccionar, explicar y proyectar agrupamientos de ideas lógicas, conceptos y definiciones que contribuyan a una praxis con fundamentación atendiendo respuestas humanas.

#### **4.3.1. Concepto de Teoría, Objetivo y Ventaja.**

Una teoría es el conjunto de estructuras (conceptos, definiciones y proposiciones, que al interrelacionarse proyectan una visión y una perspectiva que hace referencia acerca de los fenómenos de manera específica en cuanto al significado de los mismos y su relación con el universo. Es el principal objetivo de la ciencia, es una combinación que se proyecta en una perspectiva sistemática de los fenómenos con el fin de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos.<sup>7</sup>

El objetivo de las teorías es el de impulsar el desarrollo de las perspectivas de comportamiento de los fenómenos sujetos a un análisis, ese análisis será base para crear, controlar y evaluar cualquier sistema emergido del desarrollo de conceptos y definiciones para lograr la obtención de un modelo conceptual.

Las ventajas que contiene una teoría son que al ser una hipótesis o conjunto de ellas; nos permitirá obtener ciertas reglas que permitan extraer consecuencias de la propia hipótesis de las teorías. En realidad las teorías tienen como ventaja el que de ellas se pueden confeccionar o crear nuevos modelos científicos que interpreten un conjunto amplio de observaciones, en función de los axiomas<sup>8</sup> o principios, supuestos y postulados de la teoría.

---

<sup>7</sup> Marriner T., Raile A. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Harcourt Brace, 4ª ed., 1999, p 3-13.

<sup>8</sup> Estructuras lógicas de lenguaje formal que se consideran verdaderas sin demostración, como punto de partida para demostrar otras fórmulas que crean. Conjuntos básicos de enunciados independientes entre sí de acuerdo a la disciplina que se enfoque.

### 4.3.2. Clasificación de Teorías.

En enfermería, el término teoría está en una etapa inicial, ya que en teorías habitualmente se baja su clasificación como teorías “T” y no teorías “X”. En la Teoría “T” se abarcan aspectos rigurosos criterios de la teoría científica<sup>9</sup>; en la “X”, se encuentra enfermería, esta no contiene los rigurosos criterios y además las formulaciones de la teoría “T” no se refieren al fenómeno que da respuesta a los intereses de las teorías “X” en el ámbito enfermero.

A estas 2 teorías se les ordena por medio de un sistema de clasificación de acuerdo a su representación en enfermería y pueden transformarse de acuerdo a su integridad relativa según el sociólogo (Merton 1968); y se representan en lo siguiente:

- **Teoría completa, teoría alta o grandes teorías.-** Son aquellas extensas y muy abstractas. Persiguen la descripción e interpretación de cuestiones generales de enfermería que la expliquen y especifiquen dentro de su entorno.
- **Teoría incompleta, teoría media o teoría de nivel medio.-** En estas teorías subyacen la teoría y la práctica respaldado con evidencia, creándose entonces a partir de la práctica, lo cual realiza un gran beneficio a enfermería, debido a que estas son más dirigidas, precisas y específicas.
- **Teorías del alcance limitado, teoría baja o no teoría.-** Son también denominadas teorías de la práctica (McKena y Slevin 2008), son mucho más concretas y específicas, la base que tiene es mediante investigación y algunas otras por práctica; así enfatiza los aspectos funcionales o carentes de funcionalidad.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> El criterio riguroso debe entenderse por aquel que se usa para explicar hechos, fenómenos o leyes; asimismo para predecir nuevos. Se caracterizan por sus citas lógicas, empíricas, sociológicas e históricas, y en su caso legal.

<sup>10</sup> Cutcliffe H, Kristiina H. Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica, Editorial Manual Moderno 2011, México, p. 64-73.

### 4.3.3. Modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City, Missouri. En 1918 ingresa en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, DC. En 1921 se graduó y acepta un puesto como enfermera en el Henry Street Visit Nurse Service de New York. En 1922 inicia su carrera como docente en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

En 1956, Henderson publica su definición de enfermería en el libro de texto "The Nature of Nursing". Basándose en las ciencias de la Salud y el ser Humano, en dicho libro, siente la necesidad de aclarar cuál era la función de las enfermeras de forma unánime. De tal forma que Henderson toma en cuenta cuatro conceptos de la disciplina de enfermería (metaparadigma), los cuales trata de definirlos:

Enfermería. *"la única función de la enfermera es asistir en ayudar al individuo, enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o una muerte tranquila), que llevara a cabo por sí mismo, si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se facilite la incorporación a su independencia más rápido posible".*

Salud. Henderson no proporciona una definición propia de salud, sin embargo compara la salud con la capacidad de actuar de manera independiente, por lo que declara que la salud se trata más bien de la calidad de salud de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas expectativas como ser humano.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Virginia Nursing All of Fame 2003. Consultado 09/09/11 disponible en: <http://www.library.vcu.edu/tml/speccoll/vnfame/henderson.html>.



Persona: Considerada en este modelo como ser biológico, psicológico, social y espiritual que tiende a constituir su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales o básicas, además considera a la comunidad, familia y a la persona como una unidad.

Entorno: Factores externos que actúan directamente en la persona de tal forma que esta pueda ejercer un efecto positiva o negativa en su vida (Factores ambientales y socioculturales).

Cuidado: Asistencia al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimientos con el fin de conservar o restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades.

El rol fundamental de la enfermera, considerado en el modelo de Virginia Henderson consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir tareas que realizaría el solo si tuviera la fuerza. La voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible.

#### Postulado

Principalmente es el que sostiene el modelo, aquí nos permite describir el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Ya que para Virginia Henderson el individuo, sano o enfermo es un todo completo, el cual presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de la enfermería consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Virginia Nursing All of Fame 2003. Consultado 09/09/11 disponible en: <http://www.library.vcu.edu/tml/speccoll/vnfame/henderson.html>.

Dichas necesidades son el eje para poder brindar un cuidado enfocándose en aquellas que presenten alguna alteración y los cuidados de enfermería deben estar sujetos a un sustento científico, bibliográfico y práctico a continuación se hace mención de las catorce necesidades del modelo de Virginia Henderson:

- 1) Necesidad de Oxigenación.
- 2) Necesidad de Nutrición e Hidratación.
- 3) Necesidad de Eliminación.
- 4) Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
- 5) Necesidad de Descanso y Sueño.
- 6) Necesidad de Usar Prendas de vestir adecuadas.
- 7) Necesidad de Termorregulación.
- 8) Necesidad de Higiene.
- 9) Necesidad de Evitar peligros.
- 10) Necesidad de Comunicarse.
- 11) Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.
- 12) Necesidad de Trabajar y Realizarse.
- 13) Necesidad de Jugar y Recrearse.
- 14) Necesidad de Aprendizaje.

De ahí que se derivan los conceptos principales. Identificación de tres modelos de función enfermera:

- Sustituta.- Compensa lo que le falta al paciente.
- Ayudante.- Establece las intervenciones clínicas.
- Compañera.- Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Necesidad fundamental o respuesta humana: Es toda aquella que se esencial el ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.<sup>13</sup>

Independencia. La satisfacción de una de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

---

<sup>13</sup> Virginia Nursing All of Fame 2003. Consultado 09/09/11 disponible en: <http://www.library.vcu.edu/tml/speccoll/vnfame/henderson.html>.

Dependencia. No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de falta de suplencia.

Problema de dependencia. Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

Manifestación. Son los signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Valores: Estas reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson. Esta se refiere al ejercicio de la profesión en el cual nos dice que si la enfermera no cumple ese rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Rol de enfermería; Es un rol de suplencia; para Henderson esto significa hacer aquello que al mismo podría hacer tuviera fuerza, la voluntad o los conocimientos. Las intervenciones de la enfermera van dirigidas esencialmente hacia la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales y lo más rápidamente posible.<sup>14</sup>

Fuentes de dificultad, Henderson identifico tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, voluntad y conocimientos. Por lo que se define a las fuentes de dificultad como la causa de la independencia del individuo, es decir cualquier impedimento mayor para la satisfacción de un o varias necesidades fundamentales; este puede ser concebido de cuatro maneras:

---

<sup>14</sup> Virginia Nursing All of Fame 2003. Consultado 09/09/11 disponible en: <http://www.library.vcu.edu/tml/speccoll/vnfame/henderson.html>.

1. -Factor del orden físico: Atentando la integridad física debido a:
  - Insuficiencia intrínseca del organismo.
  - Insuficiencia extrínseca del organismo.
  - Desequilibrio del organismo.
  - Sobre carga del organismo.
  
2. Factor de orden psicológico:
  - Atentado en la integridad del yo.
  
3. -Factor de orden sociológicos:
  - Atentado en la integridad social (relación con el medio y el entorno).
  
4. -Falta de conocimiento:
  - Insuficiente conocimiento de sí mismo de los demás y del medio.

Intervenciones. El centro de la intervención y las formas de suplencia están en relación con el objetivo deseado, es decir la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. Por lo que las formas de suplencia son indicadores de intervenciones frente a fuentes de dificultad identificadas, es por ello que la utilización de verbos de acción permite determinar más adecuadamente las intervenciones apropiadas.

Consecuencias deseadas. Usando el modelo de Virginia Henderson, es evidente que la enfermera apunta como consecuencia deseadas el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. Es por eso que gracias a este modelo nos da el conocimiento de los cuidados de enfermería.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup>Virginia Nursing All of Fame 2003. Consultado 09/09/11 disponible en: <http://www.library.vcu.edu/tml/speccoll/vnfame/henderson.html>.

#### 4.4. Proceso Atención Enfermería.

En el año de 1995 en una urgencia en, New Yérsey sobre la calidad en la asistencia sanitaria, Lidia Hall menciona “*la asistencia sanitaria es un proceso*” y “*la asistencia a el paciente, para el paciente y con el paciente*”, no fue hasta entonces que comenzó a darse sentido al objetivo del proceso enfermero.

Otro dato importante es que en el año de 1973, se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería de Estados Unidos, el Proceso Atención Enfermería, porque ya se considera un buen instrumento para dar cuidado individual a un paciente. Una obra fue titulada La relación Dinámica Enfermera Paciente (I.J. Orlando), cuyo componente central de esta obra es la relación interpersonal dando a establecimiento acciones y actividades específicas de la profesión de enfermería.

La aplicación del Proceso Atención Enfermería en la práctica clínica adquirió una mayor legitimidad en 1973 cuando las fases del mismo se incluyeron en las Sanders of Clinical Nursing Practice (Normas de la práctica de enfermería) de la American Nurses Asociation (A.N.A.) de Estados Unidos. Las normas de cuidados (Standars of care), contenidas en Standars of Clinical Nurses Practice más recientes contienen las cinco fases del Proceso Atención Enfermería, (Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución, Evaluación), (A.N.A.1998).

El Proceso Atención Enfermería se comparaba con el proceso de resolución de problemas y el método científico, sosteniendo, con los mismos pasos, pero dando resolución a los problemas de acuerdo al nombre de necesidades que se encuentren con alteración en el individuo. Por lo cual actualmente estos conceptos se siguen utilizando en enfermería y son la base para impulsar la profesionalización de la misma.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup>Proceso de atención de enfermería 2008, consultado, 26/08/13. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.

#### 4.4.1. Definición, Objetivos y Características.

Se define al Proceso Atención Enfermería como un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Es decir, es un conjunto de acciones intencionados que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.

Así mismo, se destaca la necesidad de favorecer el pensamiento reflexivo de la enfermera y de impulsar su participación activa en la atención al paciente utilizando el ordenamiento sistemático de los pasos necesarios para implementar y poner en práctica un plan de cuidados, mediante el cual se dé al paciente un trato más individual y se atiendan sus necesidades en las tres esferas, considerándolo como ser biopsicosocial y espiritual.

Sin embargo para que esto sea posible, se deberán seguir uno a uno los pasos que lo conforman, con esto se logra una organización y el poder identificar los problemas que presenta el individuo, familia o comunidad, dando pauta a encontrar solución a estos, al igual que evitar complicación en los ya existentes. Las fases del proceso de enfermería no son entidades aisladas, sino procesos continuos que se superponen.<sup>17</sup>

El proceso cuenta con características las cuales son:

- Los datos obtenidos en cada fase proporcionen información para la fase siguiente. Es una secuencia de acontecimientos que se repiten regularmente (un ciclo) y cambian de forma constante (es dinámico) en vez de estático.
- Se centra en el paciente como objeto de estudio.
- Puede considerársele como un proceso paralelo, aunque independiente, del proceso utilizado por los médicos (el proceso médico).

---

<sup>17</sup> Proceso de atención de enfermería 2008, consultado, 26/08/13. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.

- ☑ En cada fase del proceso interviene la toma de decisiones. Los profesionales de enfermería no se ven limitados por respuestas normalizadas, y pueden aplicar su repertorio de habilidades y de conocimientos para ayudar a los pacientes, esto facilita la individualización del plan de cuidados de enfermería.
- ☑ Es un proceso interpersonal y colaborativo.
- ☑ Es universal, lo que significa que se utiliza como marco para los cuidados de enfermería en todos los tipos de contextos de existencia sanitaria con pacientes de todos los grupos de edad

#### 4.4.2. Descripción de las Etapas.

Así pues, se debe entender por Proceso Atención Enfermería a un procedimiento metódico de intervención práctica, que permite tras el análisis de un caso (individuo/paciente) concreto, crear “Un Método Sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”.<sup>18</sup>

---

#### **Proceso Atención Enfermería objetivo dentro de las instituciones de salud.**

<b>Simbólica.</b>	Que trata de generar respuestas a las deficiencias de organización a través de instrumentos que generen solución de problemas.
<b>Propagandística.</b>	Señaliza al gremio de enfermería profesional acreditando, conocimientos, competencias y actividades que fortalezcan y proyecten una imagen de reconocimiento a la sociedad.
<b>Racionalidad.</b>	Instrumento que expone y demuestra las reglas formales del todo pensar incluyendo a la lógica para él logro específico de propias prácticas e historia de enfermería.
<b>Política.</b>	Crea un marco organizacional para la resolución de diversas cuestiones que aquejen al ser humano y a su sociedad.

---

<sup>18</sup> Hernández C. Esteban A. *El Método de Intervención en Enfermería: El Proceso de Enfermería, en fundamentos de la enfermería. Teoría y Método.* Editorial Mac Graw-Hill Interamericana. Madrid, España. p. 127-140.

---

## Proceso Atención Enfermería objetivo como profesional de la salud.

<b>Satisfacer.</b>	Respuesta humanas inmediatas.
<b>Lograr.</b>	Sentido de control, confianza, decisión, seguridad a acción de enfermería.
<b>Ayudar.</b>	Promoción de la salud, educación continua, sujetos de cambios.
<b>Ordenar.</b>	Actuar conforme a recursos y medios, cognoscitivos y materiales.
<b>Organización.</b>	En tiempo para lograr fines profesionales en la relación y preparación.
<b>Preparar.</b>	Actividades disciplinarias específicas y generales que se pondrán en marcha.
<b>Facilitar.</b>	Los objetivos y actividades propuestos para el desarrollo de intervención de enfermería.
<b>Organizar.</b>	La relación y preparación del paciente para la intervención del profesional de enfermería.
<b>Modificar.</b>	El plan de actuación a fin de adecuarlo a las circunstancias particulares que encontremos en cada situación de cuidados.
<b>Cumplir</b>	Requisitos administrativos técnico-práctico, legal, normativo, reglamentario y con fundamento teórico.
<b>Facilitar.</b>	El que hacer de enfermería con el paciente, continuidad, intervención, traslado o defunción siendo medio de comunicación entre profesionales permitiendo mejorar su actuación. <sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Hernández C. Esteban A. El Método de Intervención en Enfermería: El Proceso de Enfermería”, en fundamentos de la enfermería. Teoría y Método. Editorial Mac Graw-Hill Interamericana. Madrid, España. p. 127-140.



## **Valoración.**

Esta fase inicial del Proceso Atención Enfermero, requiere de la máxima exactitud posible en los datos obtenidos del paciente con la finalidad de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud. Para tal efecto se requiere de la elaboración de la historia clínica, interrogatorio directo o indirecto y la exploración física. El proceso de valoración con lleva cuatro actividades estrechamente relacionadas:

- Obtención de datos.
- Organización de datos.
- Validación de datos.
- Registro de datos.

El profesional de enfermería organiza el plan de cuidados en función de los problemas del paciente. En esta fase se obtienen datos que determinan los hábitos, rutinas y necesidades del paciente, lo que permite al profesional de enfermería incorporar en la medida de lo posible los hábitos del paciente al plan de cuidados.<sup>20</sup>

## **Diagnóstico.**

Una vez que se esté seguro de que la información que ha recopilado es correcta, se puede proceder a analizarla. Es decir se examina el grado de dependencia e independencia del paciente o su familia, necesidades y capacidades. En esta fase se utilizan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos obtenidos durante la valoración e identificar los aspectos positivos y los problemas del paciente. En cada una de las necesidades básicas, y los problemas de salud real o potenciales, se utilizaran las categorías diagnosticas de la NANDA (taxonomía), en relación con los objetivos, tomando en consideración los siguientes puntos:

---

<sup>20</sup> Hernández C. Esteban A. El Método de Intervención en Enfermería: El Proceso de Enfermería”, en fundamentos de la enfermería. Teoría y Método. Editorial Mac Graw-Hill Interamericana. Madrid, España. p. 127-140.

- ☑ Identificar problemas/ diagnósticos de enfermería reales o potenciales.
- ☑ Identificar la causa, o etiología, de tales problemas.
- ☑ Identificar el estilo de vida habitual del paciente y su forma de afrontar los problemas.
- ☑ Determinar que problemas pueden ser tratados de forma independiente por la enfermera y cuales requieren que esta busque asesoramiento o dirección por parte de otros profesionales del cuidado de la salud, por lo general el médico.

---

**Identificación de tipos de diagnóstico de acuerdo con a NANDA.**

<b>Diagnóstico de enfermería real.</b>	Es un juicio clínico sobre una respuesta individual, Familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.
<b>Diagnóstico de enfermería de alto riesgo.</b>	Es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema, y de otros que se encuentran en una situación igual o similar. Los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) y que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.
<b>Diagnóstico de bienestar.</b>	Es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado. <sup>21</sup>

Para escribir las formulaciones diagnosticas de enfermería reales se usa el formato (PES).

<b>P</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	
<b>Problema.</b>	<b>Etiología.</b>	<b>Signos y síntomas (características definitorias).</b>	
<b>Formulación diagnóstica real.</b>	Problema Real "reaccionado con".	Etiología "manifestado por".	Signos y síntomas.
<b>Formulación diagnóstica de riesgo.</b>	Problema. "relacionado con".	Etiología.	Factores de riesgo.

---

<sup>21</sup> Durand, M., Prince R. Diagnóstico de Enfermería: Proceso y Decisión. Nursing Forum. Vol. 5, No. 4, p.14-22.

## Planeación

Una vez que se han identificado o diagnosticado, los problemas se elaboran un plan de acción tendente a reducir o eliminar dichos problemas y promover la salud. Debe iniciarse tan pronto como sea posible tras la valoración inicial, debido a la tendencia a acortar las estancias hospitalarias. Este plan deberá incluir los siguientes aspectos:

- Establecimiento de prioridad. Que problemas son los más importantes y por consiguiente abordarse en primer lugar.
- Fijación de objetivos. Que se pretende conseguir y cuando.
- Prescripción de actividades de enfermería. Decidir qué acciones de enfermería/actividades del paciente ayudara a alcanzar los objetivos que se hayan prescrito.
- Anotación de actividades de enfermería o plan de cuidados. Dar a conocer el plan al resto del personal de enfermería que estarán a cargo del paciente, para lograr objetivos.

A medida que los profesionales de enfermería van obteniendo nueva información y van evaluando las respuestas del paciente a los cuidados, pueden individualizar más el plan de cuidados inicial.<sup>22</sup>

Atendiéndose a los datos que van actualizándose, el profesional de enfermería lleva a cabo la planificación diaria con los siguientes fines:

- Determinar si el estado de salud del paciente ha experimentado algún cambio.
- Establecer las prioridades en el plan de cuidados del paciente durante el turno.
- Decidir en qué problemas centrarse durante el turno.
- Coordinar las actividades de enfermería de forma de forma que en cada contacto con el paciente pueda abordarse más de un problema.

---

<sup>22</sup> Fernández F. Novel M. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería". El proceso de Atención Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona, España. 1993. p. 1-10.

## Ejecución

Consiste en hacer y registrar las actividades de enfermería específicas para llevar a la práctica el plan, es decir seguir las siguientes actividades:

- Seguir recopilando información acerca del paciente para determinar si han aparecido nuevos problemas y como responde el paciente a sus acciones.
- Llevar a cabo las actividades y acciones de enfermería prefijadas durante la fase de planificación.
- Registrar y comunicar el estado de salud y la respuesta del paciente a las actividades de enfermería.

Para ejecutar con éxito el plan de cuidados, los profesionales de enfermería deben poseer habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas. Estas habilidades se diferencian unas de otras; Sin embargo, en la práctica los profesionales de enfermería las utilizan en diversas combinaciones y con diferentes énfasis, dependiendo de la intervención.

Habilidades cognitivas: (habilidades intelectuales) incluyen la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad. Son esenciales para proporcionar cuidados de enfermería seguros e inteligentes, basándose en evidencia científica y aplicación de conocimientos.

Habilidades interpersonales: Son intervenciones verbales y no verbales que utiliza las personas al interactuar unas con otros. Se utiliza la comunicación terapéutica para comunicarse con el paciente y sus familiares y ser comprendido mejor por este. Por otro lado también es importante poder trabajar eficazmente con otros profesionales como miembro de un equipo de salud.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Fernández F. Novel M. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería". El proceso de Atención Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona, España. 1993. p. 1-10.

Habilidades técnicas: Son las habilidades prácticas, tales como la manipulación de equipos o instrumental, la administración de inyecciones, la colocación de vendajes, cambiar de posición al paciente, etc. Las habilidades requieren conocimientos y a menudo destreza manual, estas son técnicas con fundamentación científica se logran a partir de un marco teórico/científico, se desarrollan y fortalecen largo de la práctica profesional de enfermería.

## Evaluación

Es la quinta fase del Proceso Atención Enfermería. Se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario hacer algún cambio. La evaluación se hace a los objetivos propuestos. ¿Se ha logrado la independencia del paciente en cada una de sus necesidades básicas? ¿En qué medida? ¿Se realizaron las actividades como estaban propuestas? Y ¿Qué cambios hay que introducir?

La evolución es una actividad planificada, continuada y dotada de objetivos en la cual los pacientes y los profesionales de enfermería determinan:

- La evolución del paciente en relación con la consecución de los objetivos/resultados.
- La eficacia del plan de cuidados de enfermería. La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup>Fernández F. Novel M. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería". Capítulo 1, en: El proceso de Atención Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona, España. 1993. P. 1-10.

## V. Desarrollo del Proceso Enfermero.

### 5.1. Presentación de Caso.

<b>FICHA DE IDENTIFICACION.</b>	
<b>NOMBRE: O.C.C.</b>	<b>RELIGION: Católica.</b>
<b>EDAD: 57 años. aparente a la cronológica.</b>	<b>ESCOLARIDAD: Preparatoria Trunca.</b>
<b>SEXO: Femenino.</b>	<b>OCUPACION: Ninguna.</b>
<b>ESTADO CIVIL Soltera.</b>	<b>HEMOTIPO: O +.</b>

<b>Karnofsky: 100%</b>	<b>SOFA: 0</b>	<b>APACHE II: 0</b>	<b>SAPS II: 0</b>
------------------------	----------------	---------------------	-------------------

<b>Presión Arterial.</b>	<b>Frecuencia cardiaca.</b>	<b>Frecuencia respiratoria.</b>	<b>Temperatura.</b>
<b>140/80 mg/Hg.</b>	<b>88 latidos x´.</b>	<b>20 respiraciones x´.</b>	<b>36°C.</b>

**DIAGNÓSTICO MÉDICO: Linfoma No Hodgking de células Grandes B.**

EXPLORACIÓN FÍSICA.	
<b>Cabeza y cuello.</b>	<p>Normocéfala, sin endocitosis ni exostosis, reflejos oculares presentes pupilas de 2mm reactivas cuello cilíndrico adecuada movilidad con traquea central móvil, sin ingurgitación yugular con pulsos carotídeos presentes con frecuencia y ritmo en parámetros normales, no adenomegalias palpables.</p> <p>Con presencia de mucositis grado II y palidez de tegumentos.</p>
<b>Sistema Respiratorio/Tórax anterior y posterior.</b>	<p>Se encuentra con catéter subclavio derecho de larga estancia, no se integra síndrome pleuro pulmonar tórax anterior y posterior con buena amplexión y amplexación, adecuada mecánica respiratoria sin estertores, Mamas simétricas y sin masas palpables.</p>
<b>Sistema Cardiovascular.</b>	<p>Ruidos cardíacos rítmicos con adecuada intensidad y frecuencia. Sin anomalías palpables.</p>
<b>Sistema Digestivo/Abdomen.</b>	<p>Abdomen blando y depresible sin presencia de cicatrices, no doloroso a la palpación, con peristalsis presente normal en frecuencia e intensidad, disminución de la luz intestinal 12 cm largo 2mm circunferencia aproximadamente de acuerdo con resonancia magnética en colon descendente, de acuerdo con tomografía hepatomegalia esta es aproximada de 2 cm a la palpación y sin datos de irritación peritoneal.</p>

<b>Sistema Hemolinfopoyético.</b>	Neutropenia: 1.2 miles/mm <sup>3</sup> . Plaquetas: 74 miles/mm <sup>3</sup> . Leucocitos 2000 miles/mm <sup>3</sup> . Hemoglobina: 6.3 g/dL. Hematocrito: 33%. Hipocalcemia: 1.5 mEq/dL. Hipocalcemia: 7.7 mEq/dL. Resto sin alteraciones.
<b>Sistema Endocrino.</b>	Ganglios negativos a la palpación.
<b>Sistema Osteomioarticular.</b>	Miembros pélvicos y torácicos simétricos con fuerza muscular y sensibilidad presente compromiso circulatorio (signos negativos Homan y Olow), reflejos osteotendinosos presentes.
<b>Sistema Genitourinario/Pelvis.</b>	Ambos riñones lobulados, con parénquima irregular así como litios en cáliz medio no obstruido de acuerdo con tomografía, pelvis perineo genitales sin alteraciones y no presencia de lesiones exofíticas e histerectomía en el año de 1989, por aparente Cáncer Cervicouterino (CaCu).
<b>Sistema Nervioso.</b>	Sin compromiso neuromuscular.



## 5.2. Análisis de la Valoración.

<b>MODELO DE VIRGINIA HENDERSON 14 NECESIDADES</b>	
<b>Oxigenación/Circulación.</b>	<p>Alteraciones congénitas y heredofamiliares negadas.</p> <p>Tabaquismo alcoholismo y toxicomanías negadas, no tiene animales domésticos cuenta con casa propia y con todos los servicios intra y extra domiciliarios.</p> <p>Hacinamiento negado.</p> <p>Menciona Hipertensión Arterial Sistólica hace más de 20 años se apega a tratamiento y se mantiene controlada.</p>
<b>Nutrición/Hidratación.</b>	<p>Hábitos higiénicos adecuados, regulares y equilibrados 3 veces al día aunque deficientes en cantidad ya que menciona la presencia de nausea y dolor EVA: 3/10 por presencia de mucositis grado II esto conlleva a la interrupción y cese de sus alimentos.</p> <p>No refiere vomito tolera bien la vía oral maneja adecuada glicemia que se mide cada semana</p> <p>Talla: 163cm Peso: 55 IMC: 20.70kg/m2.</p>
<b>Eliminación.</b>	<p>Micción adecuada en coloración, claridad, PH, frecuencia, sin presencia de sangre y en parámetros de cuerpos cetónicos.</p> <p>Evacuaciones adecuadas en coloración, olor, consistencia, frecuencia, refiere haber presentado una evacuación de sangre rojo vivo de aproximadamente 30cc dos noches antes de mi valoración posterior a ellas no hay datos significativos. No presencia de sudor y cese de menstruación 52 años.</p>

	Higiene adecuada a cada eliminación.
<b>Movilidad/ Postura.</b>	El familiar y la paciente mencionan que continuamente siente una sensación de debilidad que no se quita, por lo cual solo deambula asistida al ir al sanitario y ella quiere más movimiento.
<b>Descanso/Sueño.</b>	Se observa expresión de cansancio al preguntar sobre su descanso y sueño ella menciona que no puede dormir debido al ruido que el personal de salud hace para la administración de medicamentos y luz de la ventana porque esta no cuenta con persianas. El modo en el que ella se relaja y logra conciliar el sueño es leyendo comenta.
<b>Vestir/Desarropar.</b>	Sin alteraciones, ya que se encuentra en una habitación aislada y refiere que a pesar de solo utilizar una bata las únicas personas que la visitan son personal de salud y su hermana los cuales le generan confianza y respeto sin importar el sexo que estos tengan.
<b>Termorregulación.</b>	Afebril, dice que su habitación esta siempre en un adecuada temperatura. Esta cuenta con ventilación que se ajusta a una temperatura agradable entre 24 y 26°C.
<b>Higiene.</b>	Buenos hábitos higiénicos corporales los realiza un día sí y uno no o diario en caso de calor en el clima.
<b>Seguridad/Protección.</b>	Esquema de vacunación: Completo para la edad. Refiere uso de catéter subclavio doble lumen del cual no recuerda la fecha de instalación encontrándose en buenas condiciones sin

	<p>datos de infección.</p> <p>Presenta lesiones ya regeneradas por multipunción debido a tratamientos de quimioterapia.</p>
<b>Comunicación.</b>	<p>Órganos de los sentidos íntegros, buena comunicación verbal, directa abierta y asertiva.</p> <p>Utilización de expresión escrita.</p> <p>Consiente con cantidad y calidad de interacción con su familiar y con el equipo de salud.</p>
<b>Creencias/Valores/Religión.</b>	<p>Religión católica.</p> <p>Congruencia entre creencias y valores</p> <p>Buen indicador de valores en las interacciones ya que presta atención</p>
<b>Trabajo/Realización.</b>	<p>Buen autoconcepto de sí misma, relación armoniosa consigo misma y con las personas que interactúa.</p> <p>Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado a su hogar el cual considera su trabajo y a las actividades de ocio y recreación.</p> <p>Actualmente es pensionada, le gusta salir a la visitar a su familia en especial sus sobrinos también asistir a la iglesia y los parques.</p>
<b>Juego/Recreación.</b>	<p>Su principal actividad es la lectura ya sea de ella misma o dada por alguien más.</p> <p>También gusta de crucigramas, sopas de letras y ver televisión.</p>
<b>Aprendizaje.</b>	<p>Tiene comportamientos indicativos, en el aprendizaje para resolver sus dudas y problemas ya que pregunta, escucha, demuestra interés y propone alternativas.</p>

### 5.3. Desarrollo de las Etapas del Proceso.

<b>NECESIDAD: NUTRICIÓN/HIDRATACIÓN.</b>	
<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO.</b>	<u>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con incapacidad para ingerir los alimentos y factores biológicos (reducción de la luz intestinal), manifestado por informe verbal de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, presencia de náusea, inflamación y ulceración de la cavidad oral.</u>
<b>DEFINICIÓN.</b>	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. <sup>25</sup>
<b>OBJETIVOS.</b>	Estado nutricional enfocado a ingestión alimentaria y de líquidos valorando la función gastrointestinal reduciendo las náuseas. <sup>26</sup>
<b>INTERVENCIÓN.</b>	<b>EJECUCIÓN.</b>
Manejo de la nutrición.	<p>Preguntar a la paciente sobre alergias de cualquier tipo. (Alimentos, medicamentos, animales etc.)</p> <p>Determinar las preferencias de comida de la paciente en colaboración con nutriología así como valoración de ingesta de calorías y tipo de nutrientes necesaria para satisfacer las exigencias de alimentación.</p> <p>Dar comidas ligeras, en puré, blandas y líquidas.</p> <p>Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.</p> <p>Pesar al paciente en intervalos de cada 3 días.</p> <p>Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.</p>
Manejo de las náuseas.	Realizar una valoración completa de las náuseas incluyendo la frecuencia, duración, intensidad y los

<sup>25</sup> Margaret Lunney, NANDA. Diagnósticos enfermeros (Definiciones y clasificación). Editorial Elsevier. 2da ed. España 2009-2011, p. 75.

<sup>26</sup> Modificado de NOC. Nursing Outcomes Classification. Editorial Elsevier, 2da ed. España. 2009. p. 469 y 744.

Terapia nutricional.	<p>factores desencadenantes.</p> <p>Asegurarse de que han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas. (ondansetrón intravenoso 8 mg cada 8 horas durante tratamiento de quimioterapia).</p> <p>Enseñar uso de técnica no farmacológicas (respiración-distracción) e informar a familiares.</p> <p>Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la paciente con nauseas.</p> <p>Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos.</p> <p>Enseñar al paciente y familia la dieta prescrita.<sup>27</sup></p>
----------------------	---

#### **FUNDAMENTACIÓN.**

Los alimentos contienen nutrientes que son digeridos, por enzimas que están controladas y reguladas por hormonas. Hay seis claves principales de nutrientes: minerales, vitaminas, hidratos de carbono, lípidos, proteínas y agua.

La función de los minerales y las vitaminas (micronutrientes es la regulación de los procesos fisiológicos). Los nutrientes que aportan energía son los hidratos de carbono y los lípidos y las proteínas o macronutrientes. Estos proporcionan fuentes primarias y alimentarias de energía. El agua es el nutriente vital global que mantiene todos los procesos de vida. Los nutrientes producen y mantienen el cuerpo humano constituyen y reconstruyen el tejido proporcionando energía y regulan los procesos metabólicos.<sup>28</sup>

#### **EVALUACIÓN.**

De acuerdo con las características de la dieta se logra que la paciente tenga una ingesta alimentaria de líquidos y nutrientes de acuerdo a su relación actividad/reposo llevando un control para disminución de las náuseas y así poder tolerar los alimentos.

<sup>27</sup> Modificado de NIC. Nursing Intervention Clasification. Editorial Elsevier, 2da ed., España. 2009. p. 526, 546 y 765.

<sup>28</sup> Richards A., Edwards S. Guía de supervivencia para enfermería hospitalaria. 2da ed. España 2010. p. 176.

<b>NECESIDAD: DESCANSO/SUEÑO.</b>	
<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO.</b>	<u>Trastorno del patrón de sueño, relacionado con interrupciones (administración de terapias, control de pruebas de laboratorio, iluminación y ruidos) manifestado por cambio en el patrón normal de sueño verbalización de una falta de energía que no desaparece.</u>
<b>DEFINICIÓN.</b>	Interrupción durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos. <sup>29</sup>
<b>OBJETIVOS.</b>	Lograr un tiempo de descanso para facilitar la conciliación del sueño y establecer un patrón de sueño que ayude a recuperar energía después del descanso. <sup>30</sup>
<b>INTERVENCIÓN.</b>	<b>EJECUCIÓN.</b>
Mejorar el sueño.	<p>Determinar el esquema de sueño y vigilancia del paciente.</p> <p>Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</p> <p>Ayudar a eliminar las situaciones de estrés antes de irse a dormir.</p> <p>Fomentar el aumento de las horas de sueño sin interrupciones.</p> <p>Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño.</p>
Técnica de relajación.	<p>Sentarse a hablar con el paciente y favorecer la lectura y una respiración lenta, profunda, intencionalmente.</p> <p>Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, luz suave y temperatura agradable, cuando sea necesario conciliar el sueño.</p> <p>Evaluar y registrar la respuesta de relajación.<sup>31</sup></p>

<sup>29</sup> Margaret Lunney, NANDA. Diagnósticos enfermeros (Definiciones y clasificación). Editorial Elsevier. 2da ed. España 2009-2011, p. 118.

<sup>30</sup> Modificado de NOC. Nursing Outcomes Classification. Editorial Elsevier, 2da ed. España. 2009. p. 404 y 540.

<sup>31</sup> Modificado de NIC. Nursing Intervention Classification. Editorial Elsevier, 2da ed., España. 2009. p. 605 y 736.

## FUNDAMENTACIÓN.

El sueño es difícil sin relajación, el ambiente extraño del hospital puede dificultar la relajación para sentirse descansada. Una persona suele tener que completar un ciclo de sueño de entre 70 y 100 minutos de 4 a 5 veces por la noche (Cohen y Merriett 1992; Thelan y Cols 1998). Los ciclos circadianos normales se ven alterados por sueño irregular conduciendo a problemas del sueño y descanso. El ruido ambiental que es imposible de eliminar o reducirse pero pueden enmascarse con ruidos blancos ejemplo: ventiladores, música, sonidos grabados, o lectura.

La identificación de los momentos de vitalidad y agotamiento externos, puede ayudar a planificar las actividades con el fin de ahorrar el máximo de energía y conseguir mayor productividad. La sensación de sueño y fatiga en paciente con cáncer: el descanso excesivo o insuficiente contribuye a la sensación de fatiga y falta de sueño (Winningham1992).<sup>32</sup>

## EVALUACIÓN.

Se logró aumentar el tiempo del descanso durante el turno de la noche logrando una mejor calidad del sueño mediante una relajación que fue lectura del familiar además se dio un beneficio en la, energía recuperada después de descanso, reduciendo el agotamiento, ya que a paciente refirió sentirse con más energía por lo tanto se vio reflejado el equilibrio entre la actividad y reposo.

---

<sup>32</sup> Carpenito Lynda J. Diagnóstico de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. Editorial Mac Graw-Hill/interamericana. 9na ed. Espala 2000, p. 374.

<b>NECESIDAD: MOVILIDAD/POSTURA.</b>	
<b><u>DIAGNÓSTICO ENFERMERO.</u></b>	<b><u>Deterioro de la ambulación relacionado con deterioro del estado físico manifestado por fatiga y adinamia.</u></b>
<b>DEFINICIÓN.</b>	Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno. <sup>33</sup>
<b>OBJETIVOS.</b>	Lograr capacidad de movimiento activo con resolución en el entorno con mecanismo de ayuda con acciones personales y del cuidador primario (familiar) para minimizar los factores de riesgo que produzcan un riesgo por el entorno. <sup>34</sup>
<b>INTERVENCIÓN.</b>	<b>EJECUCIÓN.</b>
Terapia de ejercicios: movilidad articular.	<p>Explicar a familiar el objeto y plan de ejercicios de las articulaciones las cuales se realizarán mínimo tres veces al día por 20 min.</p> <p>Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio.</p> <p>Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.</p> <p>Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento articular pasivo/activo, de acuerdo con un programa regular, planificado.</p> <p>Fomentar la deambulacion.</p>
Terapia de actividad.	<p>Ayudar a elegir actividades coherentes de acuerdo a sus posibilidades físicas psicológicas y sociales.</p> <p>Determinar actividades que aumenten la atención en consulta con terapia ocupacional la lectura.</p> <p>Observar la respuesta emocional, física, social y ocupacional.</p> <p>Ayudar a la paciente/familia a monitorizar el propio progreso en la conservación de objetivos.</p>

<sup>33</sup> Margaret Lunney, NANDA. Diagnósticos enfermeros (Definiciones y clasificación). Editorial Elsevier. 2da ed. España 2009-2011, p. 127.

<sup>34</sup> Modificado de NOC. Nursing Outcomes Classification. Editorial Elsevier, 2da ed. España. 2009. p. 513 y 257.



Terapia de ejercicios: ambulación.	Ayudar a la paciente a sentarse en un lado de la cama con medidas de protección para evitar riesgo de caídas o lesiones. Instruir al paciente/familiar acerca de técnicas de traslado y deambulación segura. <sup>746</sup> <sup>35</sup>
------------------------------------	--

**FUNDAMENTACIÓN.**

Tanto los ejercicios de movilidad articular como los estiramientos son esenciales para asegurar la completa preparación de los tejidos corporales ante el esfuerzo físico y son además los encargados de optimizar la parte estructural del organismo.

Para recuperar los esquemas correctos de la deambulación, en un principio hay que aconsejar ejercicios y métodos específicos. Más tarde esta actividad ha de convertirse en un entrenamiento continuo y repetitivo, en forma de compromiso terapéutico concreto en distintos momentos del día.

Un programa que persiga dichos objetivos ha de ser propuesto y articulado teniendo en cuenta las condiciones reales del paciente y contemplando eventuales actualizaciones a lo largo del tratamiento (valorando las actuaciones útiles y las menos útiles o incluso inútiles, aquellas sobre las que hay que insistir o aquellas que hay que interrumpir). En definitiva, es indispensable conocer el ejercicio más adecuado para cada caso, eliminando las dificultades mediante técnicas adecuadas y, si fuera necesario, modificando los objetivos finales.<sup>36</sup>

**EJECUCIÓN.**

La actividad de ejercicios articulares no se logran durante las tres veces acordadas ya que la paciente menciona que solo le gusta hacerlas por la tarde y siente mayor beneficio deambulando 10 minutos tres veces al día con ayuda de su familiar. Además menciona que a partir de la deambulación se facilita la conciliación del sueño, dando como resultado el mantenimiento de equilibrio entre actividad y descanso.

<sup>35</sup> Modificado de NIC. Nursing Intervention Clasification. Editorial Elsevier, 2da ed., España. 2009. p. 751,742 y 746.

<sup>36</sup> Jameson Elizabeth M., Whyte L. Mc Call Janice M. Procedimientos de enfermería clínica. Editorial Elsevier, 5ta ed., España 2007. p. 325-373.

<b>NECESIDAD: SEGURIDAD/PROTECCIÓN.</b>	
<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO.</b>	<u>Deterioro de la mucosa oral relacionado con quimioterapia manifestado por malestar oral al comer EVA 3/10 y presencia de descamación.</u>
<b>DEFINICIÓN.</b>	Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral. <sup>37</sup>
<b>OBJETIVOS.</b>	Favorecer el autocuidado para la higiene y estado de la boca y dientes, encías y lengua, así como la integridad de la membrana mucosa oral. <sup>38</sup>
<b>INTERVENCIÓN.</b>	<b>EJECUCIÓN</b>
Ayuda con los cuidados: alimentación.	Controlar la capacidad de deglutir de la paciente. Identificar dieta blanda y líquida. Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas. Xylocaina 2% enjuague bucal antes de comer). Realizar higiene bucal y enjuagues orales después de cada alimento.
Etapas en la dieta.	Observar la tolerancia a la progresión de la dieta. Progresar la dieta mediante tolerancia de la paciente.
Fomentar la salud bucal.	Explicar la necesidad del cuidado bucal diario y el fomento de hábitos. Inspeccionar la mucosa oral del cuidado bucal diario como hábito.
Mantenimiento de la salud bucal.	Establecer una rutina de cuidados bucales y enjuagues Observar signos y síntomas de glositis y estomatitis. Remendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua.

<sup>37</sup> Margaret Lunney, NANDA. Diagnósticos enfermeros (Definiciones y clasificación). Editorial Elsevier. 2da ed. España 2009-2011, p.316.

<sup>38</sup> Modificado de NOC. Nursing Outcomes Classification. Editorial Elsevier, 2da ed. España. 2009. p.202, 494 y 502.

Restablecimiento de la salud bucal.	<p>Fomentar enjuagues bucales de bicarbonato sódico cada 8 horas.</p> <p>Ayudar a la paciente a seleccionar alimentos suaves y blandos no a ácidos.</p> <p>Aumentar la ingesta de líquidos.<sup>39</sup></p>
-------------------------------------	--

**FUNDAMENTACIÓN.**

Evitar zumos de cítricos, alimentos especiados, calientes, fríos, con corteza o toscos y alcohol.

Comer alimentos blandos o líquidos.

Todo aseo bucal y dental debe realizarse al menos una vez después de las comidas y antes de dormir.

Se debe mantener una buena hidratación para fluidificar las secreciones y prevenir la sequedad de la mucosa oral.

Una oral seca causa molestias y aumenta el riesgo de que aparezcan grietas o infecciones.

Los colutorios con bicarbonato sódico neutralizan la acidez y disminuyen el enrojecimiento.<sup>40</sup>

**EVALUACIÓN.**

La mucosa oral se logró reducir en las lesiones ya que se observa más hidratada por el aumento en la ingesta diaria de líquidos y con buena coloración y con presencia de tejido cicatrizal además la paciente realiza limpieza de boca, dientes, lengua y encías utilizando enjuague bucal y colutorios de bicarbonato de sodio. La paciente refirió que su dolor al cabo de 4 días siguiendo las indicaciones disminuyó finalizando en EVA de 1/10 presentando solo la molestia al comer.

<sup>39</sup> Modificado de NIC. Nursing Intervention Classification. Editorial Elsevier, 2da ed., España. 2009. p. 177 ,381, 417, 594 y 714

<sup>40</sup> Carpenito Lynda J. Diagnóstico de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. Editorial Mac Graw-Hill/interamericana. 9na ed. Espala 2000, p. 817.

NECESIDAD: NUTRICIÓN/HIDRATACIÓN.	
<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO.</b>	<u>Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con hipocalcemia: 1.5 mEq/dl e Hipocalcemia Ca: 7.7 mg/dl y vómito.</u>
<b>DEFINICIÓN.</b>	Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que puede comprometer la salud <sup>41</sup>
<b>OBJETIVOS.</b>	Manejo de líquidos/ electrolitos. (Potasio y Calcio séricos). <sup>42</sup>
<b>INTERVENCIÓN.</b>	<b>EJECUCIÓN.</b>
Manejo de líquidos y electrolitos.	<p>Obtener muestras para el análisis e el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados.</p> <p>Administrar líquidos/electrolitos que se encuentren disminuidos.</p> <p>Llevar registro de ingesta y eliminación de líquidos.</p> <p>Mantener la solución intravenosa que contenga electrolitos a nivel de flujo constante, para el cumplimiento preciso de la terapia intravenosa.</p> <p>Registrar y controlar la respuesta de la paciente a la terapia de electrolitos.</p> <p>Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico.</p>
Manejo de electrolitos: hipocalcemia.	<p>Controlar los signos y los síntomas de hipocalcemia</p> <p>Debilidad o parálisis.</p> <p>Disminución o ausencia de los reflejos tendinosos profundos.</p> <p>Hipo ventilación.</p> <p>Poliuria.</p> <p>Hipotensión arterial.</p> <p>Manifestaciones neurológicas: debilidad muscular somnolencia, apatía, letargia confusión o depresión.</p>

<sup>41</sup> Margaret Lunney, NANDA. Diagnósticos enfermeros (Definiciones y clasificación). Editorial Elsevier. 2da ed. España 2009-2011, p. 82.

<sup>42</sup> Modificado de NOC. Nursing Outcomes Classification. Editorial Elsevier, 2da ed. España. 2009. p. 420.

<p>Manejo de electrolitos: hipocalcemia:</p>	<p>Manifestaciones cardiacas: hipotensión aplanamiento de la onda T, inversión de la onda T, onda U, taquicardia y pulso débil. Nausea, vómito y anorexia. Riesgo de intoxicación digitálica.</p> <p>Controlar los signos y los síntomas de la hipocalcemia: Alteración del estado mental. Entumecimiento u hormigueo de los dedos en manos y pies. Calambres musculares. Convulsiones. Cambios en el ECG: prolongación del intervalo QT, prolongación del segmento ST y arritmias. Disminución del gasto cardiaco e hipotensión. Cambios de personalidad, Alteración de la memoria y Confusión.<sup>43</sup></p>
--	---

### **FUNDAMENTACIÓN.**

Los cationes portan carga positiva y los principales en el organismo humano son: Sodio, Potasio, Calcio Fosforo y Magnesio y los aniones con carga negativa más importantes son: Cloruro y Bicarbonato.

En los líquidos corporales, el número de iones positivos igual al total de iones negativos, manteniendo así la neutralidad eléctrica.

En casi cualquier enfermedad u operación quirúrgica el balance hídrico puede alterarse, por lo que debe realizarse un registro preciso de 24 horas de todos los líquidos que entran en el paciente.

La corrección rápida de la acidosis puede provocar la excreción rápida de calcio y de potasio, así como alcalosis de rebote.

<sup>43</sup> Modificado de NIC. Nursing Intervention Clasification. Editorial Elsevier, 2da ed., España. 2009. p.553, 485 y 487.

La hipocalcemia se produce por pérdidas asociadas a los vómitos, la diarrea o el tratamiento diurético, o por una ingestión insuficiente de potasio. Afecta la transmisión neuromuscular y reduce la eficacia de los músculos respiratorios. Los riñones son menos sensibles a la vasopresina y por consiguiente excretan grandes cantidades de orina diluida. También se reduce la actividad del músculo liso gastrointestinal. Unos niveles de potasio anormalmente bajos afectan a la conducción eléctrica del corazón (Baer y Lancaster, 1992).

La hipocalcemia se produce por la incapacidad de los riñones para metabolizar la vitamina D (necesaria para la absorción del calcio); la retención del fosforo provoca la disminución recíproca del nivel calcio sérico. Un nivel bajo de calcio sérico provoca un aumento de la excitabilidad neuronal que produce espasmos musculares (cardíaco, facial, extremidades). También provoca hiperactividad en miocardio tal como se muestran los cambios en el ECG.<sup>44</sup>

#### **EVALUACIÓN.**

En los laboratorios de cinco días después se logra Potasio sérico 3.2 mEq faltó 0.3 mEq, para un parámetro normal y calcio se mantuvo con 9.3 mg/dL. Además se valoró la frecuencia cardíaca apical la cual se mantuvo en parámetros normales no se presentaron manifestaciones por la administración de potasio y calcio sérico así como signos de alarma por deficiencia de estos.

---

<sup>44</sup> Richards A., Edwards S. Guía de supervivencia para enfermería hospitalaria. 2da ed. España 2010. p.63-167.

<b>NECESIDAD: SEGURIDAD/PROTECCIÓN.</b>	
<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO.</b>	<u>Riesgo de Sangrado relacionado con desorden gastrointestinal, deterioro de la función hepática y efectos secundarios relacionados a tratamiento. (Plaquetas: 74 miles/mm<sup>3</sup>, Hemoglobina: 6.3 g/dL y Hematocrito: 33%).</u>
<b>DEFINICIÓN.</b>	Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud. <sup>45</sup>
<b>OBJETIVOS.</b>	Identificar la gravedad del sangrado/hemorragia interna detectando sus manifestaciones y características. <sup>46</sup>
<b>INTERVENCIÓN.</b>	<b>EJECUCIÓN.</b>
Disminución de la sangre/hemorragia.	<p>Vigilar el estado de líquidos, incluyendo entradas y salidas si procede.</p> <p>Vigilar de cerca a la paciente por si se producen hemorragias.</p> <p>Verificar los estudios de coagulación incluyendo tiempos de protrombina, y recuento plaquetario.</p> <p>Informar a la paciente y familia sobre la gravedad de la pérdida de sangre y sobre las acciones adecuadas que deberán tomarse.</p> <p>Registrar el color, cantidad y características de las heces.</p>
Prevención de sangrado/hemorragia.	<p>Evitar la ministración de ácido acetilsalicílico u otros anticoagulantes.</p> <p>Evitar estreñimiento, (fomentar la ingesta de líquidos).</p> <p>Evitar alimentos irritantes de la mucosa gástrica.<sup>47</sup></p>

<sup>45</sup> Margaret Lunney, NANDA. Diagnósticos enfermeros (Definiciones y clasificación). Editorial Elsevier. 2da ed. España 2009-2011, p. 146.

<sup>46</sup> NOC. Nursing Outcomes Classification. Editorial Elsevier, 2da ed. España. 2009. p. 652.

<sup>47</sup> NIC. Nursing Intervention Classification. Editorial Elsevier, 2da ed., España. 2009. p. 310 y 687.

### FUNDAMENTACIÓN.

Un sangrado como hematemesis o melena en algunos casos y en otros puede ocurrir ambas. Hay múltiples causas de sangrado del tracto gastrointestinal superior o inferior y son:

Úlcera péptica: 90%.

Varices esofágicas.

Cirrosis: 70% desarrolla varices en un tercio se producirá sangrado.

El sangrado es probable en las varices grandes y en la hepatomegalia grave. La tasa de mortalidad varía entre 30% y 60% en un pronóstico de muerte a un año.

Las varices esofágicas se producen secundarias a una hepatomegalia y se deben a la hipertensión portal que provocan las venas distendidas y tortuosas tanto en el esófago como en el tracto gastrointestinal y recto.<sup>48</sup>

### EVALUACIÓN.

Se detectaron evacuaciones con sangrado sin características melénicas de aproximadamente 2ml por día además de que se realizó por indicación médica una Gastroscoopia congestiva y hemorrágica en fondo sin sangrado activo reciente.

Se valoró continuamente la alteración de presión arterial en especial la disminución, el aumento en la frecuencia cardiaca, pérdida de calor corporal, cantidad de sangre, coloración de membranas cutáneas las cuales siempre se mantuvieron pálidas y la verificación de Hemoglobina y Hematocrito. Últimos datos (Hb: 7.3 g/dL yHto: 35%).

---

<sup>48</sup>Richards A., Edwards S. Guía de supervivencia para enfermería hospitalaria. 2da ed. España 2010. p. 251-255.



NECESIDAD: SEGURIDAD/PROTECCIÓN.	
<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO.</b>	<u>Riesgo de Infección relacionado con inmunosupresión. (Leucopenia: 2000 miles/mm<sup>3</sup> y Neutropenia: 1.2 miles/mm<sup>3</sup>).</u>
<b>DEFINICIÓN.</b>	Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos. <sup>49</sup>
<b>OBJETIVOS.</b>	Detectar signos y síntomas iniciales de infecciones oportunistas e intervenir en colaboración para estandarizar al paciente. <sup>50</sup>
<b>INTERVENCIÓN.</b>	<b>EJECUCIÓN.</b>
Control de infecciones.	Mantener técnicas de aislamiento. Instruir a la paciente, acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. Limpiar la piel de la paciente, con agente antimicrobiano, si procede. Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas intravenosas. Fomentar la ingesta nutricional adecuada. Instruir a la paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos al cuidador y personal de salud. Enseñar al paciente y a la familia a evitar las infecciones. Vigilancia de signos vitales principalmente de la temperatura (realizar hemocultivo en caso de fiebre mayor a 38.5 °C).
Protección contra las infecciones.	Observar el grado de vulnerabilidad de la paciente a las infecciones. Vigilar el recuento de granulocitos absolutos, recuento de glóbulos blancos y los resultados

<sup>49</sup> Margaret Lunney, NANDA. Diagnósticos enfermeros (Definiciones y clasificación). Editorial Elsevier. 2da ed. España 2009-2011, p. 303.

<sup>50</sup> Modificado de NOC. Nursing Outcomes Classification. Editorial Elsevier, 2da ed. España. 2009. p.355 y 453.

<p>Vigilancia de la piel.</p>	<p>diferenciales.</p> <p>Seguir las precauciones propias de una neutropenia.</p> <p>Mantener las normas de asepsia y antisepsia de la paciente con riesgo de infección.</p> <p>Realizar técnicas de aislamiento, si es preciso.</p> <p>Administrar un agente de inmunización (Filgastrim 300mcg/ml al termino de quimioterapia durante 14 días) y profilácticos antimicrobianos si procede (Ceftriaxona 1gr cada 24 horas por 7 días).</p> <p>Valorar el estado de la zona de inserción del catéter central.</p> <p>Vigilar el color y la temperatura de la piel.</p> <p>Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel, excesiva humedad en el sitio de inserción y evitar zonas de presión y fricción.<sup>51</sup></p>
-------------------------------	---

**FUNDAMENTACIÓN.**

Los antibióticos y estimuladores de colonias administrados con el intervalo adecuado aseguran el mantenimiento de los valores terapéuticos.

El lavado de las manos reduce el riesgo de contaminación cruzada.

Los cambios en las constantes vitales, en especial la fiebre, pueden ser signos precoces de infección.

Las heridas que cicatrizan por primera intención y los catéteres necesitan un apósito que los proteja para que la piel mantenga una buena hidratación y oxigenación.

Para reparar el tejido u órganos del propio organismo necesita un mayor aporte de proteínas e hidratos de carbono y una hidratación suficiente para el transporte vascular de oxigenación y productos de desecho.<sup>52</sup>

<sup>51</sup>.Modificado de NIC. Nursing Intervention Clasification. Editorial Elsevier, 2da ed., España. 2009. p. 213,699 y 787.

<sup>52</sup> Carpenito Lynda J. Diagnóstico de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. Editorial Mac Graw-Hill/interamericana. 9na ed. Espala 2000, p.418.

La administración de quimioterapia y radioterapia puede deprimir la médula ósea la produce neutrófilos y monocitos, que maduran para convertirse en macrófagos y puede producir un riesgo aumentado de que los pacientes se vuelvan neutropénicos, lo que produce un riesgo aumentado de septicemia.<sup>53</sup>

### **EVALUACIÓN**

De acuerdo con las medidas, estrategias y control de higiene/protección frente a otros y a la paciente misma no se presentó infección y además se informó sobre el riesgo potencial de infección en situaciones diarias identificando datos de alarma, signos y síntomas.

Se administró antibiótico de manera profiláctica (ceftriaxona 1gr cada 24 horas por 7 días), y no se administra estimulador de colonias y tampoco se logra aumentar a parámetro normal el nivel de neutrófilos ya que este está indicado el término de quimioterapia y falta tiempo de interacción con el paciente para seguimiento en la intervención de cuidados.

---

<sup>53</sup> Richards A., Edwards S. Guía de supervivencia para enfermería hospitalaria. 2da ed. España 2010. p. 153 y 154.

#### 5.4. Plan de Alta C.U.I.D.A.M.E.

Enfermería orientara al cuidador acerca de los medicamentos y tratamientos orales que se le deberán administrar a la paciente para el cumplimiento del tratamiento; realizándolo en casa con el horario y la importancia de los mismos para el restablecimiento de su salud:

**\*Omeprazol.-** Antiulceroso, inhibidor de la secreción ácida gástrica que previene la aparición de úlceras en esófago, estómago y duodeno causadas por algún agente quimioterapéutico. Dosis horario, 20 mg V-O c/ 24 horas de forma preprandial, 8 am.

**\*Paracetamol.-** Es un analgésico, antiinflamatorio, antipirético (AINES). Agente eficaz para disminuir la fiebre y para aliviar el dolor somático de baja y moderada intensidad como: cefalea, dismenorrea, neuralgia y mialgia; disminución de la fiebre de etiología diversa. Dosis y horario, 1 tab. 500 mg V-O c/ 8 horas. 8, 16 y 24 horas. por 5 días, posteriormente solo ministrarse si la temperatura se eleva  $> o = a 38^{\circ}C$  además de manejo con medios físicos.

**\*Metoclopramida.-** Antiemético y Antivertiginoso, tratamiento para prevenir náuseas y vómitos asociados con trastornos gastrointestinales, además de efectos causados por quimioterapia y radioterapia. Dosis y horario, 1 tab. 10 mg V-O, por razón necesaria, a partir de la primera toma realizar la siguiente toma cada 6 horas por 3 días. En caso de que se complique acudir al servicio de urgencias del instituto.

**\*Colutorios orales con bicarbonato de sodio.- realizar enjuagues orales con esta fórmula cada 8 horas durante 1 semana, de preferencia aplicarlo posterior a los alimentos, enseguida de cada enjuague realizar cepillado dental con cepillo de cerdas suaves y crema dental que contenga flúor.**

**Esto se utiliza para la prevención y curación de úlceras que aparecen en el revestimiento de la cavidad oral, causadas por algunos medicamentos quimioterapéuticos.<sup>54</sup>**

**Enfermería orientara al cuidador acerca de la importancia de seguir el plan de citas médicas para revisión de catéter venoso central, curación, retiro y tratamiento intravenoso de quimioterapia ya que es de suma importancia para evitar complicaciones severas de la recuperación al tratamiento**

\*La paciente tendrá citas médicas semanales para evaluar la evolución clínica y de los datos sanguíneos con toma de muestras, especificándole que tratamiento seguirá o si se mantendrá el mismo para una mejor recuperación, se le darán instrucciones de seguimiento al tratamiento.

\*Se le citara a la paciente semanalmente para la revisión y curación antiséptica de catéter venoso central y así reducir el riesgo de obtener una infección en el acceso venoso.

<sup>54</sup> Rodríguez C. Vademécum Académico de Medicamento. Seguimiento Farmacoterapéutico. Editorial McGraw-Hill/Interamericana 4ª ed. México. 2005. p. 62-65.

**Orientar al paciente y al cuidador acerca de complicaciones en su alta a domicilio, como lo son: hipertensión arterial, datos de fiebre, náuseas, vómitos, diarrea o hemorragias, etc. que sean considerados como urgencia y su adecuada alimentación recalcando los beneficios y riesgos de esta.**

\*Al cuidador se le dan instrucciones de acuerdo a los riesgos de salud que puede tener el paciente por complicaciones de la enfermedad; los cuales son: hipertensión arterial, y que de esta se detectaran acufenos, fosfenos, cefalalgia.

\*En caso de presentar fiebre tomar medicamento antipirético ya antes mencionado. Se les instruirá acerca del control de la fiebre por medios físicos fríos para evitar que se agrave el padecimiento.

\*En caso de presentar náuseas y/o vómitos, realizar la toma de medicamento antiemético de manera correcta y así prevenir las complicaciones. Realizar comidas con pequeños bocados y en pequeña cantidad pero en más tomas al día, para prevenir efecto nauseoso. Mantenerse bien hidratada durante el día; si se encuentra alguna complicación acudir al área de urgencias del instituto.

En cuanto a la aparición de un proceso de diarrea aguda realizar las siguientes acciones: El tratamiento depende del diagnóstico y de la severidad de la diarrea. Si es leve basta con administrar abundantes líquidos en el propio domicilio del paciente. Si la diarrea es severa y se acompaña de deshidratación es necesario tratar al paciente en el hospital para administrar líquidos por vía venosa. Las diarreas de causa no infecciosa habitualmente requieren tratamientos específicos según el tipo de enfermedad. Como norma general no es aconsejable utilizar sin indicación del médico fármacos antidiarreicos ya que pueden complicar la evolución de la diarrea.

\*En la detección de los datos de hemorragia de cualquier tipo acudir inmediatamente al instituto para valorar la pérdida sanguínea y prevenir o tratar algún otro padecimiento hematológico, como por ejemplo anemia causada por hemorragia severa.

\*Una alimentación adecuada cubre diversas necesidades:

- Requerimientos energéticos, consumiendo nutrientes energéticos en proporciones adecuadas (hidratos de carbono, grasas). Los requerimientos energéticos están relacionados con la actividad física y el gasto energético de cada persona.

- Necesidades de micronutrientes no energéticos (vitaminas y minerales).

Correcta hidratación. Ingesta de fibra dietética adecuada. Los alimentos proporcionan la energía y los nutrientes necesarios para mantener la salud del organismo. Se incluyen las proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua.

Claves para una correcta alimentación adecuada:

- Consumir alimentos variados que incluyan vegetales, frutas y granos enteros
- Carnes magras, aves, pescado, guisantes y productos lácteos descremados
- Beber abundante agua
- Consumir moderadamente sal, azúcar, grasas saturadas y grasas trans.

Las grasas saturadas son las que provienen de los animales, las grasas trans vienen en los alimentos procesados, margarinas y mantecas.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup>FAO y OMS. Comisión del Codex Alimentarius. Manual de procedimiento: 12ª edición. Publicado por la Secretaría del Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias, FAO, Roma, 2001. Consultado 17/10/13. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/inocuidad.pdf>

\*Se darán indicaciones acerca del cuidado del cuidado del catéter central:

No realizar actividades que implican esfuerzos mayores en el ejercicio físico, como cargar, jalar o empujar cosas muy pesadas.

Realizar ejercicio moderado respiratorio y de los miembros torácicos.

Colocar una protección de hule o plástico alrededor de la inserción del dispositivo venoso con el propósito de no mojarlo o humedecerlo en el momento en que la paciente realice el baño o aseo corporal.

Mantener la curación limpia y seca, la curación adherible debe estar bien pegada a la superficie corporal.

**Instruir a la paciente y familiares sobre las practica asépticas en el manejo de catéter y alimentos.**

Instruir a la paciente acerca de la higiene de los alimentos:

Algunos elementos de la cocina pueden ser fuentes de patógenos para los alimentos, si no se limpian adecuadamente. La preparación de los alimentos para su cocinado o conserva debe tener presente siempre que el ser humano es el principal origen de gérmenes. Es por esta razón que la higiene en estos casos es obligada para quien prepara los alimentos y se puede garantizar siempre que se cumplan ciertas normas y pasos. Algunos de los más importantes son:

Higiene personal- Las manos deben estar limpias en todo momento antes de la manipulación y tras parada o descanso. Para ello basta con lavar las manos con agua y jabón (nunca un desinfectante) y hacerlo sobre todo cuando se haya interrumpido el proceso de cocinado. Las uñas deben estar perfectamente limpias en todo momento.



---

Instrumental limpio - Los instrumentos como cuchillos, tablas de cortar, recipientes, etc. deben tener superficies limpias, sin gotas ni humedades, en cada paso o cambio de alimento deben enjuagarse con agua limpia. Los instrumentos en contacto con alimentos crudos deben limpiarse en cualquier instante.

Cocer bien los alimentos - las carnes frescas pueden tener cierto grado de contaminación y su cocción elimina ciertas colonias de bacterias. Las aguas de origen dudoso deben ser hervidas al menos veinte minutos. Las leches deben estar pasteurizadas.

En la mayoría de los alimentos se elimina una gran población de agentes patógenos si se alcanzan los 70 °C en toda la masa del alimento. Un buen recalentamiento de los alimentos antes de consumirse hace que se conserven más tiempo comestibles con garantías de higiene: sobre todo las carnes y los caldos.

No mezclar alimentos crudos con cocinados - Si los crudos están junto a los cocinados, estos últimos se contaminan en breve período, que por el proceso de cocción ya han disminuido la población de organismos patógenos. Mantener esta regla incluso en el frigorífico. Las carnes cocinadas no deben mezclarse con las crudas, las verduras preparadas con las crudas, etc. se debe extremar en este punto las precauciones. Conservar adecuadamente los alimentos

En los casos en los que un alimento deba ser conservado o consumido con posterioridad, debe ser introducido en el refrigerador recubierto de un protector para que no se mezcle con otros alimentos.

En el caso de alimentos para bebés deben ser ingeridos de inmediato.

Conservas - Las latas de conserva que presenten tapas abombadas (hinchadas) deben desecharse por completo. Antes de prestar su servicio como consumo deben limpiarse con abundante agua por la zona donde se abrirán. Se debe vigilar en todo momento las fechas de caducidad.<sup>56</sup>

**La enfermera recomendará al cuidador, proporcionar a la paciente un ambiente amoroso y de tolerancia, previniendo así, estrés o violencia hacia este, recomendar terapia para el estrés para la paciente y el cuidador.**

---

<sup>56</sup> FAO y OMS. Comisión del Codex Alimentarius. Manual de procedimiento: 12ª edición. Publicado por la Secretaría del Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias, FAO, Roma, 2001. Consultado 17/10/13. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/inocuidad.pdf>

## **VI.CONCLUSIONES.**

La realización del Presente Proceso Atención Enfermería me ayuda a adquirir conocimiento para la realización del mismo también, aclara el centro de interés de la disciplina de enfermería y de los principios que de este se deducen, situando las propuestas para la práctica de enfermería y asumiendo, la responsabilidad del centro de interés de la disciplina valorando su objeto de estudio y práctica, que sin duda es el cuidado a la persona.

Para que la interdisciplinariedad sea posible y la práctica enfermera tenga un impacto real en los planes sociales y políticos, teniendo idea clara del cuidado que ha de crear y prodigar con el Proceso Atención Enfermería.

Por lo tanto es de suma importancia la elaboración y aplicación del Proceso Atención Enfermería, en cada paciente que asistimos durante la recuperación de su salud, ya que gracias a este método podemos ayudar a cubrir las Respuestas Humanas alteradas y encaminar el alcance a su independencia dentro de sus posibilidades.

## VII.BIBLIOGRAFIA.

- ☑ *Carpenito Lynda J. Diagnóstico de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. Editorial Mac Graw- Hill/interamericana. 9na ed. España 2000, p. 374, 418, 661 y 817.*
- ☑ *Colliere F. Promover la vida; Editorial Mac Graw-Hill; 2ª ed. México 2009, p. 5-27.*
- ☑ *Cuteliffe H. Kristiina H. Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica, Editorial Manual Moderno 2011, México, p. 64-73.*
- ☑ *Durán M. Disciplina de enfermería. Desarrollo teórico e investigación. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Editorial Unibiblos. Colombia, 1998. p. 15-59.*
- ☑ *Durand M. Prince R. Diagnóstico de Enfermería: Proceso y Decisión. Nursing Forum. Vol. 5, No. 4, p.14-22.*
- ☑ *FAO y OMS. Comisión del Codex Alimentarius. Manual de procedimiento: 12º edición. Publicado por la Secretaría del Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias, FAO, Roma, 2001. Consultado 17/10/13. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/inocuidad.pdf>*
- ☑ *Feito L. Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado. Editorial Unibiblos. Madrid. España. 2009 p.13-22.*
- ☑ *Fernández F. Novel M. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería". El proceso de Atención Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona, España. 1993. p. 1-10.*
- ☑ *Hernández C. Esteban A. El Método de Intervención en Enfermería: El Proceso de Enfermería". En fundamentos de la enfermería. Teoría y Método. Editorial Mac Graw-Hill Interamericana. Madrid, España. p. 127-140.*
- ☑ *Jameson E. Whyte L. Mc Call M. Procedimientos de enfermería clínica. Editorial Elsevier, 5ta ed., España 2007. p. 151 y 325-373.*

- ☑ *Kozier B. Técnicas en enfermería clínica. Editorial McGraw-Hill, 4ª ed. Madrid, España 1999. p. 52-58.*
  
- ☑ *Lyer P. Cols. Proceso y Diagnostico de enfermería. Editorial Mc Graw-Hill/Interamericana, 3ª Ed., México, 1997, p. 47-82.*
  
- ☑ *Margaret Lunney, NANDA. Diagnósticos enfermeros (Definiciones y clasificación). Editorial Elsevier. 2da ed. España 2009-2011, p. 75, 82, 118, 127, 146, 303 y 316.*
  
- ☑ *Marriner T. Raile A. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Harcourt Brace, 4ª ed., 1999, p 3-13.*
  
- ☑ *NIC. Nursing Intervention Clasification. Editorial Elsevier, 2da ed., España. 2009. p. 177, 213, 310, 381, 417, 485, 487,526, 546, 594, 605, 687, 699, 714, 736, 742, 746, 751, 765 y 787.*
  
- ☑ *NOC. Nursing Outcomes Clasification. Editorial Elsevier, 2da ed. España. 2009. p. 202, 257, 355, 404, 420, 453, 469, 494, 502, 513,540, 652 y 744.*
  
- ☑ *Padilla F. Cuidado y Práctica de Enfermería, Editorial Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Colombia 2011, p. 4-9.*
  
- ☑ *Proceso de atención de enfermería 2008, consultado, 26/08/13. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>*
  
- ☑ *Richards A. Eduards S. Guía de supervivencia para enfermería hospitalaria. 2da ed. España 2010. p. 153 - 154, 176, 251, 255 y 163-167.*
  
- ☑ *Rodríguez C. Vademécum Académico de Medicamento. Seguimiento Farmacoterapéutico. Editorial McGraw-Hill/Interamericana 4ª ed. México. 2005. p. 62-65.*
  
- ☑ *Virginia Nursing All of Fame 2003. Consultado 09/09/11 disponible en: <http://www.library.vcu.edu/tml/speccoll/vnfame/henderson.html>*

## **VIII.ANEXOS.**

### **Etapa de vida en adulto. Características Biológicas, Psicológicas y Sociales en el Adulto.**

En un grupo de vida de seres humanos (los cuales están en envejecimiento desde su nacimiento) este es, comprendido entre los 40 a 60 años de edad, se relaciona con la etapa plena de desarrollo humano, en la cual el individuo tiene un nivel de responsabilidad social en la formación de las nuevas generaciones, la traducción de valores éticos y morales, la consecución y realización de los objetivos para el desarrollo integral de la personalidad y la formación de la familia

### **Principales alteraciones a la salud en el Adulto.**

Como en cada etapa de la vida existen riesgos en la salud, en el adulto maduro las principales son:

1. Cáncer.
2. Enfermedades no transmisibles.- obesidad, el hábito de fumar, sedentarismo, hipercolesterolemia, diabetes e hipertensión arterial.
3. Conductas suicidas derivadas principalmente por alcoholismo, crisis y desatención familiar, antecedentes suicidas y trastornos psiquiátricos
4. Riesgos preconceptionales por factores biológicos, socioambientales, antecedentes obstétricos y enfermedades asociadas.
5. Accidentes del hogar, tránsito y laborales.
6. Riesgos socioeconómicos y ambientales.

### **Linfoma Difuso de Células Grandes B. (LDCGB).**

Los LNH DCGTB constituyen aproximadamente 48% del total de linfomas en México. De acuerdo al SEER (2002) se calcula una incidencia anual de 23,500 casos nuevos. La incidencia aumenta gradualmente a partir de los 50 años. Los factores de riesgo para Linfoma No Hodgkin.

Edad	60 y 69 años de edad, o mayores.
Incidencia según el sexo	Mayor en los hombres que en las mujeres.
Raza, grupo étnico y geografía	Personas de raza blanca, países desarrollados, siendo Estados Unidos y Europa con mayor prevalencia.
Exposición a ciertos químicos	Benceno, ciertos herbicidas e insecticidas y quimioterapia.
Exposición a radiación	Bombas atómicas y accidentes de reactores nucleares.
Deficiencia del sistema inmunológico	VIH, síndromes genéticos (hereditarios) y trasplantes de órganos.
Enfermedades autoinmunes	Artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico (SLE o lupus), esprúe celíaco ( <i>enteropatía por sensibilidad al gluten</i> )
Infecciones	VIH, Herpes humano Tipo 8, Virus Epstein-Barr, Helicobacter pylori, chlamydomphila psittaci, Campylobacter jejuni, Hepatitis C, entre otras.
Peso y Alimentación	Sobrepeso/Obesidad y gran consumo de grasas y carnes rojas.

Las manifestaciones clínicas más comunes son: diaforesis, fiebre y escalofríos intermitentes, Inflamación de los ganglios linfáticos en el cuello, las axilas, la ingle u otras áreas, Pérdida de peso, disnea y cefalea.

El Diagnóstico: Debe realizarse en tejido ganglionar o extraganglionar obtenido por biopsia escisional preferentemente o revisión del material disponible siempre y cuando sea adecuado para diagnóstico histopatológico. Las biopsias por trucut pueden ser suficientes cuando no se tenga tejido accesible.

Inmunohistoquímica mínima obligatoria: CD45, CD20 y CD3; complementada con BCL-2, BCL-6, MUM-1, CD-10, CD-30 y ALK.

---

### Clasificación de Ann Arbor modificada en Costworlds

<b>Estadio I</b>	Una sola región ganglionar o un solo sitio extralinfático localizado.
<b>Estadio I<sub>E</sub></b>	Infiltración localizada de un solo órgano o sitio extralinfático.
<b>Estadio II</b>	Dos o más regiones ganglionares del mismo lado del diafragma.
<b>Estadio II<sub>E</sub></b>	Infiltración localizada de un solo órgano o sitio extralinfático y una o más regiones ganglionares del mismo lado del diafragma.
<b>Estadio III</b>	Regiones ganglionares a ambos lados del diafragma.
<b>Estadio III<sub>E</sub></b>	Regiones ganglionares a ambos lados del diafragma acompañadas de infiltración localizada de un órgano o sitio extralinfático.
<b>Estadio IV</b>	Infiltración difusa o diseminada de uno o más órganos extranodales con o sin involucro de ganglios linfáticos. Infiltración localizada de un órgano o sitio extralinfático con involucro de regiones ganglionares no regionales al previo.



El tratamiento se clasifica de acuerdo con los siguientes lineamientos:

**En cuanto al tratamiento de primera línea Linfoma No Hodgkin de Células Grandes Tipo B R-CHOP-21**

<b>Edad</b>	≥60 años		
<b>Estadio Clínico</b>	III-IV		
<b>Sitios Ganglionares</b>	>4		
<b>Hemoglobina</b>	<12g7dL		
<b>DHL</b>	>Normal		
<b>Grupo de Riesgo</b>	Bajo 0-1	Intermedio 2	Alto <u>&gt;3</u>

**Tratamiento Primera Línea LNH DCGB  
R-CHOP-21**

<b>Estadios clínicos I y II, Tumor no voluminoso</b>	R-CHOP-21; 6 Ciclos
<b>Estadios clínicos I y II, Tumor voluminoso</b>	R-CHOP-21; 6 Ciclos + RT a campo involucrado
<b>Estadios clínicos III y IV, Tumor no voluminoso</b>	R-CHOP-21 8 Ciclos
<b>Estadios clínicos III y IV, Tumor voluminoso</b>	R-CHOP-21: 8 ciclos + rt a campo involucrado
<b>Evaluación de la respuesta en los estadios I-IV</b>	A la mitad de los ciclos planeados realizar TC (de intervalo), así como biopsia de ahueso si fue positiva. Completar ciclos planeados. Obtenida la RC vigilar cada 3 meses los primeros 24 meses, posteriormente cada 6 meses por tres años y luego anualmente de forma indefinida. Estudios recomendados BH B2M Y TC anual. Al terminar QT/o RT repetir estudios positivos y efectuar PET CT(preferentemente)(latencia mínima de 6 semanas) o TAC

Tratamiento de pacientes con infiltración a SNC (LCR positivo o realce meningeo, o tumor en SNC): Iniciar tratamiento intratecal con metotrexate 12 mg + citarabina 40 mg + dexametasona 4 mg, dos veces por semana hasta obtener 3 LCR negativos. Evaluar radioterapia o dosis altas de metotrexate.

Estadificación y evaluación del riesgo:

La valoración del riesgo se calculará de acuerdo al Índice Pronóstico Internacional (IPI) e IPI ajustado a la edad Debido al éxito del uso de la inmunoterapia con rituximab asociada a la quimioterapia estándar (CHOP-21) para el tratamiento de los LDCGB CD20+, se cuestionó la utilidad del IPI para dar el pronóstico de estas entidades.

En 2007 surge el Índice Pronóstico Internacional Revisado (R-IPI) para R-CHOP respondiendo a tal necesidad. Los puntos finales a evaluar fueron: supervivencia libre de progresión a 4 años y supervivencia general a 4 años. Las variables fueron las mismas que en el IPI (5 en total), pero los grupos de riesgo cambiaron a: muy bueno (0 factores de riesgo), bueno (1-2) y pobre (3-5 factores)

### Escalas de valoración para el paciente oncológico

Escala Apache II:

Se integró con los datos revisados de expedientes y se demostró su utilidad como escala pronóstica en pacientes graves. fue aceptada y utilizada por los especialistas en cuidados intensivos desde su publicación

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Tª rectal (°C)	> 40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	< 30
Pres. arterial media	> 159	130-159	110-129		70-109		50-69		< 50
Frec. cardíaca	> 179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	< 40
Frec. respiratoria	> 49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		< 6
Oxigenación:	> 499	350-499	200-349		< 200				
Si FIO2 ≥ 0.5 (AaDO2)					> 70	61-70		56-60	< 56
Si FIO2 ≤ 0.5 (paO2)									
pH arterial	> 7,69	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Na plasmático (mmol/l)	> 179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 111
K plasmático (mmol/l)	> 6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Creatinina * (mg/dl)	> 3,4	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6		
Hematocrito (%)	> 59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
Leucocitos (x 1000)	> 39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Suma de puntos APS									
Total APS									
15 - GCS									
EDAD	Puntuación	ENFERMEDAD CRÓNICA		Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos Edad (C)	Puntos enfermedad previa (D)		
≤ 44	0	Postoperatorio programado	2						
45 - 54	2	Postoperatorio urgente o Médico	5	<b>Total Puntos APACHE II (A+B+C+D)</b>					
55 - 64	3	Enfermedad crónica:							
65 - 74	5	Hepática: cirrosis (biopsia) o hipertensión portal o episodio previo de fallo hepático							
≥ 75	6	Cardiovascular: Disnea o angina de reposo (clase IV de la NYHA)							
		Respiratoria: EPOC grave, con hipercapnia, policitemia o hipertensión pulmonar							
		Renal: diálisis crónica							
		Inmunocomprometido: tratamiento inmunosupresor inmunodeficiencia crónicas							

El sistema de puntuación APACHE II se divide en dos componentes. El primero consta de las doce variables fisiológicas. A 11 de estas variables se asignan valores de 0 a 4 puntos según el grado de desviación respecto al estándar de la normalidad, que se califica como cero. La puntuación correspondiente a la variable restante, la escala de coma de Glasgow (GCS), se calcula restando de 15 el valor GCS para el paciente en estudio. La determinación tiene lugar en las primeras 24 horas del ingreso, escogiendo el valor más desfavorable de cada variable durante ese periodo. La variable restante se relaciona a la GCS; y se calcula restando de 15 el valor GCS. Esta determinación del primer componente se hace durante el primer día de ingreso a UCI, y se debe de escoger la cifra más favorable de cada una de las variantes enlistadas. La suma resulta en este primer componente, y representa gravedad del enfermo.

El segundo ingrediente se compone por la edad y el estado previo de salud (enfermedad crónica cardiovascular, pulmonar, hepática, renal y del sistema inmune). Estas variables se contabilizan en la segunda escala que se ha llamado Chronic Health Evaluation. La suma de ambos componentes resulta en la puntuación APACHE. La suma máxima posible es de 71 puntos. Cuando un enfermo alcanza 55 puntos es muy difícil que sobreviva.

Los tres trabajos que describe Olivares-Durán en su artículo especial muestran datos comparables con UCIs del tercer mundo. Es de llamar la atención que identificó tres grupos de importancia; mayores de 65 años con mortalidad del 53%, pacientes con sepsis grave donde la mortalidad alcanzó 50%, y los enfermos con cáncer con 45.4% de mortalidad hospitalaria, sin diferencias estadísticas significativas en las tres UCIs comparadas, no obstante que tenían diferentes equipamiento y recursos. En México, estos tres grupos de pacientes son muy frecuentes como motivo de internamiento en la UCI. Será importante conocer el valor predictivo de APACHE II en UCIs de hospitales maternos, ya que es sabido que el riesgo de muerte materna es considerable en nuestro país, donde en 2001 fallecieron 1,707 mujeres por complicaciones relacionadas al embarazo.<sup>6</sup>

#### Escala de valoración del paciente oncológico Karnofsky y ECOG

Esta semana, como el lunes fue un día especial, no escribí la entrada dedicada a la Oncología Radioterápica y, aunque la de hoy no va a ser específica de mi especialidad, quería hablaros sobre algo sencillo pero fundamental a la hora de hacer una Historia Oncológica y valorar las posibilidades de tratamiento. Se trata de dos escalas funcionales, muy útiles para predecir la evolución de los pacientes oncológicos: La del ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) y el Índice de Karnofsky (IK)

Nos sirven para definir el estado de nuestro paciente y son muy importantes a la hora de decidir qué tratamiento será el más adecuado en su situación, ya que nos ayudan a predecir cómo lo tolerarán. Aquí os dejo un enlace donde las compara (admito que a mí todavía me cuesta equipararlas y aunque el IK, a priori, parece más complejo, me gusta mucho más).

Tabla 1

Clasificación E.C.O.G.

E.C.O.G.

0	Asintomático. Totalmente activo.
1	Restricción actividad intensa. Capaz de trabajo ordinario
2	Ambulatorio y capaz de autocuidados. Incapaz para trabajar. Levantado más del 50% del tiempo despierto.
3	Capaz de algún autocuidado. Vida cama-sillón más del 50% del tiempo despierto.
4	Incapacidad total. Silla-cama el 100% del tiempo despierto.
5	Muerto

INDICE DE KARNOFSKY

Capaz de realizar actividades normales y trabajar. No requiere una atención especial	100	No hay quejas; no hay evidencia de enfermedad
	90	Capaz de mantener una actividad normal; mínimos síntomas o signos de enfermedad
	80	Actividad normal con algún esfuerzo; algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar; capaz de vivir en casa y atender por sí mismo sus necesidades personales. Necesita una asistencia variable	70	Cuida de sí mismo; incapaz de mantener una actividad normal o realizar tareas activas
	60	Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de atender por sí mismo la mayor parte de sus necesidades personales
	50	Requiere una asistencia considerable y frecuentes cuidados médicos
Incapaz de valerse por sí mismo. Necesita los cuidados de instituciones u hospitales. La enfermedad puede estar progresando rápidamente	40	Discapacitado. Requiere cuidados y asistencia especiales
	30	Gravemente discapacitado. Está indicado su ingreso hospitalario aunque su muerte no es inminente
	20	Muy enfermo; es necesaria la hospitalización y tratamiento de soporte activo
	10	Moribundo. El desenlace fatal se acerca rápidamente
	0	Muerte

Escala SAPS II

SAPS II es un sistema de clasificación de la gravedad de la enfermedad (Le Gall, Lemeshow, Saulnier, 1993). Su nombre significa "simplificado aguda Fisiología Score", y es uno de los varios sistemas de puntuación de la UCI.

Aplicación: SAPS II fue diseñado para medir la gravedad de la enfermedad para los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos de 15 o más años de edad. 24 horas después de la admisión en la UCI, la medición se ha completado y dado lugar a un número entero puntaje entre 0 y 163 y una mortalidad predicha entre 0% y 100%. No hay nuevos puntaje se calcula durante la estancia. Si un paciente es dado de alta de la UCI y readmitido, un nuevo SAPS II puede ser calculado.

Este sistema de puntuación se utiliza sobre todo para: describir la morbilidad de un paciente cuando se comparan los resultados con otros pacientes.

Describir la morbilidad de un grupo de pacientes cuando se comparan los resultados con otro grupo de pacientes

Cálculo

La puntuación de punto se calcula a partir de 12 medidas fisiológicas rutinarias durante las primeras 24 horas, la información sobre el estado de salud anterior y un poco de la información obtenida en la admisión. El método de cálculo se optimiza para los esquemas de papel. En contraste con APACHE II, el valor resultante es mucho mejor en comparación de pacientes con diferentes enfermedades.

El método de cálculo da como resultado una mortalidad prevista, que es estadística pura. No dice las probabilidades de supervivencia del paciente individual. El propósito principal de este cálculo es proporcionar un valor que

puede ser un promedio para un grupo de pacientes, ya que da valores muy imprecisos para calcular un promedio de las puntuaciones de un grupo de pacientes.

Variable	Definición
Edad	Utilice la edad del paciente en años (último cumpleaños)
Frecuencia cardíaca	Utilice el peor valor (alto o bajo) en 24 horas. Si varió del paro cardíaco (11 puntos) a taquicardia extrema (7 puntos), asigne 11 puntos
TA sistólica	Utilice el mismo método anterior. Si varió de 60 mmHg a 205 mmHg, asigne 13 puntos
Temperatura	Utilice el valor más alto
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	Si ventilado o en CPAP, utilice el valor más bajo
Diuresis	Si el paciente está en UCI menos de 24 h, convierta el valor a 24 h. Ej. 1 L en 8 h = 3 L en 24 h
Urea sérica	Utilice el valor más alto
Leucocitos	Utilice el peor valor más alto o más bajo
Potasio sérico	Utilice el peor valor más alto o más bajo
Sodio sérico	Utilice el peor valor más alto o más bajo
CO <sub>2</sub> H sérico	Utilice el valor más bajo
Bilirrubina	Utilice el valor más alto
Escala Glasgow del coma	Utilice el valor más bajo. Si sedado, utilice el valor estimado previo a la sedación
Tipo de ingreso	Urgencia quirúrgica: anunciado en 24 h previas Quirúrgico programado: anunciado en más de 24 h Médico: Paciente sin cirugía en más de 1 semana
SIDA	Sí, si HIV+ con complicaciones clínicas como neumonía por <i>Pneumocystis Carinii</i> , sarcoma de Kaposi, linfoma, TB o toxoplasmosis
Neoplasia hematológica	Sí, si linfoma, leucosis aguda o mieloma múltiple
Cáncer metastásico	Sí, si metástasis comprobada por cirugía, TAC o cualquier otro método

Variables	Puntos											
	26	13	12	11	9	7	6	5	4	3	2	0
Edad en años												<40
Frecuencia cardíaca				<40							40-69	70-119
Presión sistólica (mmHg)		<70						70-99				100-199
Temperatura corporal, °C												< 39
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (solo si ventilado o CPAP)				<100	100-199	≥200						
Diuresis (L/24 h)				<0,5					0,500-0,999			≥ 1
Urea sérica (g/L)												< 10
Leucocitos (10 <sup>3</sup> cu mm)				<1								1,0-19,9
Potasio sérico (mmol/L)										< 3		3,0-4,9
Sodio sérico (mmol/L)								<125				125-144
Bicarbonato sérico (mmol/L)								<15		15-19		≥ 20
Bilirrubina (μmol/L)												< 68,4
Escala Glasgow del coma	<6	6-8				9-10		11-13				14-15
Enfermedades crónicas												
Tipo de ingreso												Quirúrgicos programados

Variables	Puntos													
	1	2	3	4	6	7	8	9	10	12	15	16	17	18
Edad en años														
Frecuencia cardíaca				120-159			40-59				60-69	70-74	75-79	≥80
Presión sistólica (mmHg)									≥200					

## Escala de SOFA

Se define el Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple (sDOM) como la falla funcional de dos o más órganos de la economía, en la cual la homeostasis de los mismos no puede mantenerse sin ningún tipo de intervención.

En la actualidad el sDOM es la mayor causa de morbimortalidad en pacientes críticos; este concepto es utilizado en estos pacientes desde la década del 70 y que ha ido cambiando en la medida que la medicina fue evolucionando. En sus comienzos solamente se asociaba a este síndrome con los cuadros de sepsis incontrolada, pero actualmente se acepta que no necesariamente tiene que existir un cuadro infeccioso para que el mismo se produzca.

El desarrollo de nuevas intervenciones terapéuticas redujo en parte la incidencia y severidad de esta entidad, pero para lograr este propósito es fundamental poder determinar su presencia y poder valorar su progresión a través del tiempo. Por ello, en la actualidad existen scores que permiten objetivar la presencia de dicho síndrome. En la conferencia de consenso realizado en París en 1.994, organizado por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), se creó el Sequential Organ Failure Assessment (SOFA).

De todos los scores existentes, el SOFA es uno de los más utilizados en el mundo a la hora de evaluar la existencia del sDOM. Este score evalúa morbilidad, tiene una finalidad descriptiva, es simple, fácil de calcular e individualiza el grado de disfunción orgánica de forma cuantitativa obtenida periódicamente, por intermedio del estudio de seis órganos.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la incidencia de sDOM en un servicio de Terapia Intensiva polivalente utilizando el score SOFA y correlacionar la presencia de este síndrome con la mortalidad.

Sistema orgánico	SOFA Score				
	0	1	2	3	4
Respiratorio PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	<400	≤400	≤300	≤200 Con soporte	≤100 Con soporte
Coagulación plaquetas (x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
Higado bilirrubina mg/dl µmol/L	<1,2 <20	1,2-1,9 20-32	2,0-5,9 33-101	6,0-11,9	>11,9
Cardiovascular hipotensión	No	MAP<70	Dopa ≤5 o Dobutamina	Dopa > 5 Epi ≤ 0,1 Norepi ≤ 0,1	Dopa > 15 Epi > 0,1 Norepi > 0,1
S. nervioso Escala Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Renal creatinina mg/dl µmol/L	<1,2 <110	1,2-1,9 110-170	2,0-3,43 171-299	,5-4,9 300-440	>5 >440
diuresis	-	-	-	<0,5 L/día	<0,2 L/día

## Gasto Cardíaco

VARIABLES QUE REGULAN EL CORAZÓN COMO BOMBA:

- Control del sistema nervioso autónomo
- Control simpático y parasimpático
- Estimulación de parte del sistema nervioso simpático
- Estimulación parasimpática

- Efecto de los Iones Potasio

- Aumento de la concentración: Disminución del potencial de membrana de reposo.

- Efectos del Ion Calcio

- Aumento de la concentración: contracción mantenida
- Disminución: disminución de la contracción del músculo cardíaco

### GASTO CARDÍACO

Cantidad de sangre que bombea el corazón por minuto

Gasto Cardíaco = Volumen sistólico x Frecuencia Cardíaca

$$\begin{array}{cc} 70 \text{ mL} & 70 \text{ lpm} \\ 5500 \text{ mL/ min} & 5,5 \text{ L/min} \end{array}$$

### Factores que influyen en el gasto cardíaco y su regulación

- Frecuencia cardíaca.
- Volumen sistólico.
- Precarga.
- Poscarga.
- Contractilidad.

## Tensión Arterial Media

La presión arterial media (PAM) se calcula utilizando la ecuación:

$$PAM = [(2 \times \text{diastólica}) + \text{sistólica}] / 3$$

La PAM calcula la presión sanguínea promedio de todo el ciclo cardíaco de la sístole y la diástole. Debido a que el corazón tarda el doble de tiempo durante la diástole, mientras las cavidades se llenan de sangre, la diástole tarda el doble que la sístole, cuando las cavidades se contraen. Los valores normales de presión arterial media en adultos oscilan entre 70 y 110. Si la PAM es inferior a 60, el corazón, el cerebro y los riñones no recibirán la suficiente sangre y oxígeno para funcionar.

## Intoxicación Digitálica:

### Definición

Los digitálicos son medicamentos recetados a ciertos pacientes del corazón. La intoxicación digitálica es una complicación de la terapia con digitálicos o puede ocurrir cuando alguien toma demasiada cantidad del fármaco a la vez. (Esto se denomina ingestión aguda).

La forma de prescripción más común de este medicamento se denomina digoxina. La digitoxina es otra forma de digitálico.

### Causas

La intoxicación digitálica puede ser causada por niveles altos de digitálicos en el cuerpo. También puede ser provocada por una disminución de la tolerancia al fármaco. Los pacientes con disminución de la tolerancia pueden tener niveles normales de digitálicos en su sangre. La intoxicación digitálica puede presentarse en estos pacientes si tienen otros factores de riesgo.

A las personas con insuficiencia cardíaca que toman digoxina con frecuencia se les administran medicamentos llamados diuréticos, los cuales eliminan el exceso de líquidos del cuerpo. Muchos diuréticos pueden producir pérdida de potasio, cuyos bajos niveles en el cuerpo incrementan el riesgo de intoxicación digitálica. Dicha toxicidad también puede presentarse en personas que toman el fármaco y que tienen niveles bajos de magnesio en el organismo.

Usted es más propenso a padecer esta afección si toma digoxina, digitoxina u otros digitálicos junto con medicamentos que interactúen con ellos como quinidina, flecainida, verapamilo, amiodarona y otros.

Si sus riñones no están trabajando bien, los digitálicos se pueden acumular en el cuerpo en lugar de ser eliminados normalmente a través de la orina. Cualquier problema que afecte la forma como funcionan los riñones, incluso la deshidratación, puede aumentar la probabilidad de intoxicación digitálica.

Algunas plantas como la adelfa o el lirio de los valles tienen químicos que pueden causar síntomas similares a la intoxicación digitálica si se comen.

### Síntomas

- Confusión
- Pulso irregular
- Inapetencia
- Náuseas, vómitos y diarrea
- Palpitaciones
- Cambios visuales (inusual), entre ellos: puntos ciegos, visión borrosa, cambios en la forma como lucen los colores y ver manchas
- Disminución del estado de conciencia
- Disminución del gasto urinario
- Dificultad para respirar estando acostado
- Micción excesiva durante la noche
- Hinchazón general



## Mucositis

**Tabla 3. Grados de protocolización de la mucositis**

Grado 0	No mucositis
Grado 1	Presencia de úlceras no dolorosas, eritema y discreta inflamación
Grado 2	Presencia de eritema doloroso, úlceras o edemas. El paciente puede comer
Grado 3	Eritema doloroso, úlcera o edemas. El paciente no puede comer, sólo beber
Grado 4	El paciente requerirá alimentación parenteral

## EVA



NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE GENÉRICO	TIPO DE FÁRMACO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS INICIAL-MÁXIMA
* RITUXAN	* RITUXIMAB (ANTI CD 20)	* TERAPIAS DIRIGIDAS ANTICUERPOS MONOCLONALES	* INTRAVENOSO	-125 a 375 mg/m <sup>2</sup> una vez a la semana hasta completar 4 dosis.
INDICACIONES		EVENTOS ADVERSOS		TOXICIDAD
-Linfoma NO hodgkin de células B refractarias.		- Angioedema, hipersensibilidad; hiperglucemia, pérdida de peso, edema periférico, edema facial, aumento de LDH, hipocalcemia; parestesia, agitación, insomnio, vasodilatación, vértigos, ansiedad; trastornos del lagrimeo, conjuntivitis; tinnitus, dolor de oído; arritmia, fibrilación auricular, taquicardia, trastornos cardíacos; hipotensión ortostática, hipotensión; broncoespasmo, dolor torácico, disnea, aumento de tos, rinitis; náusea, vómitos, diarrea, dolor abdominal, disfagia, estomatitis, estreñimiento, dispepsia, anorexia, irritación de garganta; prurito, erupción, alopecia, urticaria, sudación, sudores nocturnos, trastornos de la piel; hipertonía, mialgia, artralgia, dolor de espalda, dolor de cuello, dolor; fiebre, escalofrío, astenia, cefalea, dolor del tumor.		-Insuficiencia multiorgánica; niveles de IgG bajos, neutropenia, leucopenia, neutropenia febril, anemia, trombocitopenia, pancitopenia, granulocitopenia
<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b>				
PRE-MEDICACIÓN		DILUCIÓN	INFUSIÓN	RECOMENDACIONES GENERALES
-Dexametasona Difenhidramina Paracetamol		-Solución salina -Solución dextrosa 5%	-La infusión inicial debe ser con lentitud (50mg/hr), y aumentar en 50 mg/hr cada 30 minutos hasta un máximo de 400mg/hr. Las administraciones subsecuentes pueden iniciar a dosis de 100mg/hr	-No se sabe si se excreta por leche materna, así que no administrar en la lactancia. -Protegerse contra la luz
FARMACOCINÉTICA			FARMACODINAMIA	
<p>ABSORCIÓN: Inmediata, y da por resultado disminución rápida y sostenida de las células B circulantes y tisulares.</p> <p>DISTRIBUCIÓN.- No ha sido estudiada. Es perceptible en el suero de los pacientes de 3 a 6 meses después de terminar el tratamiento.</p> <p>METABOLISMO.- No se ha estudiado</p> <p>EXCRECIÓN.- Incierta, puede someterse a fagocitosis y catabólica en el sistema reticuloendotelial (SER)</p>			<p>MECANISMO DE ACCIÓN:</p> <p>Rituximab se une al antígeno CD20 en los linfocitos B e inicia las reacciones inmunológicas que median la lisis de los linfocitos B. Los posibles mecanismos de la lisis celular incluyen una citotoxicidad dependiente del complemento (CDC) y citotoxicidad celular dependiente del anticuerpo (ADCC). Finalmente, los estudios in vitro han demostrado que rituximab sensibiliza a las líneas de linfocitos B del linfoma humano resistentes a fármacos, contra los efectos citotóxicos de algunos agentes quimioterapéuticos.</p>	
Elaboró: L.E.O.: Mayra Martínez López.				

FÁRMACO	MEDICAMENTO	GRUPO FARMACOLÓGICO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS
*Monohidrato de CICLOFOSFAMIDA	*LEDOXINA	*AGENTE ALQUILANTE *ANTINEOPLÁSICO	*INTRAVENOSA	*Sol. inyectable 200 mg 500 mg 1g	Administración continua: 2-6 mg/kg 10-15 mg/kg 7 días 20-40 mg/kg 10-20 días 60-80 mg/kg 20-30 días
INDICACIONES		CONTRAINDICACIONES		REACCIONES ADVERSAS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Linfoma de burkit</li> <li>-Enfermedad de Hodkin</li> <li>-Leucemias agudas y crónicas linfoblásticas</li> <li>-Leucemia no linfoblástica</li> <li>-Mieloma múltiple</li> <li>-Carcinoma de mama, ovario, pulmón y sarcoma de próstata, testicular, cérvix, endometrio, huesos y vejiga.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Severa depresión de la función medular ósea</li> <li>-Neutropenia y trombocitopenia (valorar)</li> <li>-Varicela Zoster</li> <li>-Herpes Simplex</li> <li>-Hipersensibilidad al fármaco</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mielosupresión (leucopenia)</li> <li>-Anemia</li> <li>-Trombocitopenia</li> <li>-Alteraciones gastrointestinales (anorexia, náusea, vómito y diarrea)</li> <li>-Cistitis en casos graves</li> <li>-Hemorragia</li> <li>-Hiperpigmentación de la piel y uñas</li> <li>-Secreción inapropiada de la hormona antidiurética.</li> </ul>	
DILUCIÓN		INTERACCIÓN		CUIDADOS DE ENFERMERÍA.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Soluble en agua fisiológica</li> <li>-Dextrosa al 5%</li> <li>-Ringer Lactato</li> <li>-Cloruro de sodio al .9%</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Altas dosis de manera crónica de fenobarbital aumenta el metabolismo y la acción leucopénica, así como el efecto del clorhidrato de succinilcolina</li> <li>-Potencia el efecto incluido por la doxorubicina</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar la ministración de la dosis terapéutica exacta</li> <li>-Mantener el medicamento fuera de los cambios de temperatura, seco y alejado de la</li> <li>-Importante tomar líquidos adicionales para orinar la mayor parte del medicamento</li> <li>-Valorar posibles efectos adversos (náusea, vómito y pérdida de peso)</li> <li>-Cuidados generales del sitio de inserción del catéter.</li> </ul>	
FARMACOCINÉTICA			FARMACODINAMIA		
<p>ABSORCIÓN.- Inmediata y completa al torrente sanguíneo, con una biodisponibilidad del 75%</p> <p>DISTRIBUCIÓN.- Ampliamente por todos los tejidos del organismo, no pasa barrera hematoencefálica. Alcanza concentraciones en líquido amniótico que son un 25% en plasma. Alcanza una concentración plasmática a los 15 min de su ministración. 2-3 hrs.</p> <p>METABOLISMO.- Se metaboliza en hígado, en la unión de sus metabolitos a proteínas mayores al 60%</p> <p>No se ha demostrado que algún metabolito sea el responsable de los efectos terapéuticos o tóxicos.</p> <p>EXCRECIÓN.- Se elimina principalmente en forma de metabolitos en orina, pero 15 a 25% de la dosis se elimina del organismo de forma inalterada</p> <p>Tiene una vida media de eliminación de 3 a 12 hrs.</p>			<p>ACCIÓN FARMACOLÓGICA:</p> <p>Es biotransformada a metabolitos alquilantes activos en el hígado. Estos metabolitos interfieren con el crecimiento de células malignas susceptibles en rápido crecimiento.</p> <p>MECANISMO DE ACCIÓN:</p> <p>Es un pro-fármaco que necesita ser activado por enzimas microsomales hepáticas para ser citotóxico. Las enzimas hepáticas las convierten a <i>aldofosfamida</i> y <i>4-hidroxidofosfamida</i> → <i>Acrodeina</i> → <i>fosforamida</i>. Estas son proteínas alquilantes del ADN</p> <p>Se forman puentes que impiden replicación del ADN que da como resultado la MUERTE CELULAR.</p>		
Elaboró: L.E.O. Mayra Martínez López.					

NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE GENÉRICO	TIPO DE FÁRMACO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS INICIAL-MÁXIMA
* ONCOVIN	* VINCRISTINA	* ALCALOIDE DE LA VINCA.	*INTRA VENOSA	- La dosis habitual de sulfato de vincristina para adultos es de 1.4 a 1.5 mg/m <sup>2</sup> . A intervalo semanal.
INDICACIONES		EVENTOS ADVERSOS		TOXICIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Leucemia aguda</li> <li>-Enfermedad de Hodgkin,</li> <li>-Linfomas malignos no de Hodgkin (tipos linfocítico, de células mixtas, histiocítico, no diferenciadas, nodular y difuso).</li> <li>-Rabdomiosarcoma, neuroblastoma.</li> <li>-Tumor de Wilms, sarcoma osteogénico.</li> <li>-Micosis fungoides, sarcoma de Ewing.</li> <li>-Cáncer mamario.</li> <li>-Melanoma maligno.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hipertensión e hipotensión.</li> <li>-Cefalea.</li> <li>-Malestar general.</li> <li>-Prurito, eritema.</li> <li>-Fiebre.</li> <li>-Dolor en mandíbula.</li> <li>-Reacciones anafilácticas</li> <li>-Vomito, náuseas.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alopecia</li> <li>-Estomatitis.</li> <li>-Anorexia</li> <li>-Atonía de vejiga urinaria</li> <li>-Neuropatía motora.</li> <li>-Paresia y parestesias.</li> <li>-Convulsiones, neuropatía.</li> <li>-Parálisis ocular y del nervio laríngeo.</li> <li>-Leucopenia y trombocitopenia.</li> </ul>
CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
PRE-MEDICACIÓN	DILUCIÓN	INFUSIÓN	RECOMENDACIONES GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondansetrón 8 mg/IV</li> <li>-Hidrocortisona 100 mg IV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sol fisiológica</li> <li>-Sol Glucosada 5%</li> <li>100ml</li> </ul>	20 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Valorar los resultados de laboratorio así como el estado de salud general del paciente</li> <li>- Después de la 1ra dosis se efectuarán recuentos leucocitarios para determinar la sensibilidad del paciente.</li> <li>Proteger de la luz.</li> <li>Vigilar extravasación.</li> </ul>	
FARMACOCINÉTICA			FARMACODINAMIA	
<p><b>DISTRIBUCIÓN:</b> Dentro de 15 a 30 minutos después de inyectado, más de 90% del medicamento pasa de la sangre a los tejidos, a los que se fija de manera firme pero no irreversible.</p> <p>La depuración del medicamento del suero es trifásica y que la vida media correspondiente a las fases inicial, intermedia y final es de 5 minutos, 2.3 horas y 85 horas, respectivamente.</p> <p><b>METABOLISMO:</b> La vincristina es metabolizada principalmente en el hígado. Cerca de un 45% de la dosis administrada es convertido en este lugar a metabolitos y productos de desecho.</p> <p>Dado que se ha demostrado que el metabolismo de alcaloides de vincapervinca está mediado por las isoenzimas hepáticas del citocromo P-450 de la subfamilia CYP 3<sup>a</sup>.</p> <p><b>EXCRECIÓN.-</b> Un 50% de la dosis es retenida en el cuerpo al pasar 48 horas, a las 72 horas puede detectarse vincristina en la orina. También se excreta vía biliar y por las heces fecales.</p>			<p><b>MECANISMO DE ACCIÓN:</b></p> <p>La vincristina entra a la célula a través de un mecanismo de transporte y se enlaza a proteínas tubulares.</p> <p>Durante la fase de metafase de la mitosis, el fármaco inhibe la polimerización de la tubulina a microtúbulos.</p> <p>En virtud de la presencia de la vincristina en el interior de la célula durante el ciclo completo celular se ve posible la aparición de citotoxicidad en la Fase-S.</p>	
Elaboró: L.E.O.: Mayra Martínez López.				

FÁRMACO	MEDICAMENTO	GRUPO FARMACOLÓGICO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS
*NORAPRED	*PREDNISONA	*CORTI-COSTEROIDE	*ORAL	*Tabletas 5 y 50 mg	Individualizada no hay margen específico Entre 5 y 60 mg/día.
INDICACIONES		CONTRAINDICACIONES		REACCIONES ADVERSAS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Leucemias (linfocítica aguda, crónica, mielógena aguda y crónica.</li> <li>-Linfomas malignos (Hodkin y no Hodkin)</li> <li>-Cáncer pulmonar</li> <li>-Tumor de Wilm</li> <li>-Neuroblastoma</li> <li>-Sarcoma de Ewing</li> <li>-Purpura trombocitopénico</li> <li>-Rabdobiosarcoma</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hipersensibilidad</li> <li>-Embarazo y lactancia</li> <li>-Pacientes con la forma desmielinizante del s. de Charcot-marie.tooth</li> <li>-Radioterapia que incluya región hepática</li> <li>-Hepatopatías</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alopecia</li> <li>-Pérdida sensorial</li> <li>-Parestesia</li> <li>-Dificultad para caminar (marcha atáxica)</li> <li>-Arreflexia tendinosa profunda</li> <li>-Atrofia muscular</li> <li>-Nausea, dolor estomacal y vomito</li> <li>-Debilitamiento general</li> </ul>	
DILUCIÓN		INTERACCIÓN		CUIDADOS DE ENFERMERÍA.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Soluble en agua fisiológica</li> <li>-Dextrosa al 5%</li> <li>-Ringer Lactato</li> <li>-Cloruro de sodio al .9%</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fenitoina y quimioterapia.- reduce niveles plasmáticos del anticonvulsivo e incrementa su actividad.</li> <li>-Con L-asparaginasa disminuye la depuración hepática.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Valorar posibles efectos adversos de la medicación</li> <li>-Indicar el efecto terapéutico que se desea obtener</li> <li>-Ingerir suficiente agua para mejorar la depuración del medicamento</li> <li>-Reportar alteraciones en el metabolismo</li> <li>-Cuidados generales del sitio de inserción del catéter</li> <li>-Monitorización hematológica</li> <li>-Verificar que no se ministre vía intratecal (Es fatal).</li> </ul>	
FARMACOCINÉTICA			FARMACODINAMIA		
<p><b>ABSORCIÓN.-</b> Inmediata y completa en torrente sanguíneo, seguida de una amplia concentración plasmática.</p> <p><b>DISTRIBUCIÓN.-</b> Después de 14 a 30 min de infusión más del 90% del medicamento se distribuye en los tejidos (tiene muy poca penetración en la barrera hematoencefálica). El 90% pasa a los tejidos</p> <p>Ampliamente en tejidos corporales (fijándose a eritrocitos y plaquetas). Vida media en fase inicial, intermedia y final (5mil, 2.3 hrs y 85 hrs).</p> <p><b>METABOLISMO.-</b> Aproximadamente 50% se metaboliza en hígado, convertida en este lugar en metabolitos y productos de desecho</p> <p>Mediado por las isoenzimas hepáticas de citocromo P-450 de la subfamilia CYP3A</p> <p><b>EXCRECIÓN.-</b> Aproximadamente el 66% de la dosis es eliminada vía biliar en las 72 hrs siguientes además de su eliminación por medio de heces, y del 10 al 20% por medio de orina.</p>			<p><b>MECANISMO DE ACCIÓN:</b></p> <p>La PREDNISONA es un esteroide sintético que actúa controlando la velocidad de síntesis de proteínas. Reacciona con proteínas receptoras en el citoplasma de las células sensibles, formando un complejo esteroide receptor el cual sufre un cambio de conformación y el complejo se traslada al núcleo donde se une a la cromatina. La información transportada por el esteroide o más probablemente por la proteína receptora dirige al aparato genético hacia la transcripción de RNA.</p>		
Elaboró: L.E.O. Mayra Martínez López.					

NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE GENÉRICO	TIPO DE FÁRMACO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS INICIAL-MÁXIMA
* RITUXAN	* RITUXIMAB (ANTI CD 20)	* TERAPIAS DIRIGIDAS ANTICUERPOS MONOCLONALES	* INTRAVENOSO	-125 a 375 mg/m <sup>2</sup> una vez a la semana hasta completar 4 dosis.
INDICACIONES		EVENTOS ADVERSOS		TOXICIDAD
-Linfoma NO hodgkin de células B refractarias.		- Angioedema, hipersensibilidad; hiperglucemia, pérdida de peso, edema periférico, edema facial, aumento de LDH, hipocalcemia; parestesia, agitación, insomnio, vasodilatación, vértigos, ansiedad; trastornos del lagrimeo, conjuntivitis; tinnitus, dolor de oído; arritmia, fibrilación auricular, taquicardia, trastornos cardiacos; hipotensión ortostática, hipotensión; broncoespasmo, dolor torácico, disnea, aumento de tos, rinitis; náusea, vómitos, diarrea, dolor abdominal, disfagia, estomatitis, estreñimiento, dispepsia, anorexia, irritación de garganta; prurito, erupción, alopecia, urticaria, sudación, sudores nocturnos, trastornos de la piel; hipertensión, mialgia, artralgia, dolor de espalda, dolor de cuello, dolor; fiebre, escalofrío, astenia, cefalea, dolor del tumor.		-Insuficiencia multiorgánica; niveles de IgG bajos, neutropenia, leucopenia, neutropenia febril, anemia, trombocitopenia, pancitopenia, granulocitopenia
<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b>				
PRE-MEDICACIÓN		DILUCIÓN	INFUSIÓN	RECOMENDACIONES GENERALES
-Dexametasona Difenhidramina Paracetamol		-Solución salina -Solución dextrosa 5%	-La infusión inicial debe ser con lentitud (50mg/hr), y aumentar en 50 mg/hr cada 30 minutos hasta un máximo de 400mg/hr. Las administraciones subsecuentes pueden iniciar a dosis de 100mg/hr	-No se sabe si se excreta por leche materna, así que no administrar en la lactancia. -Protegerse contra la luz
FARMACOCINÉTICA			FARMACODINAMIA	
<p>ABSORCIÓN: Inmediata, y da por resultado disminución rápida y sostenida de las células B circulantes y tisulares.</p> <p>DISTRIBUCIÓN.- No ha sido estudiada. Es perceptible en el suero de los pacientes de 3 a 6 meses después de terminar el tratamiento.</p> <p>METABOLISMO.- No se ha estudiado</p> <p>EXCRECIÓN.- Incierta, puede someterse a fagocitosis y catabólica en el sistema reticuloendotelial (SER)</p>			<p>MECANISMO DE ACCIÓN:</p> <p>Rituximab se une al antígeno CD20 en los linfocitos B e inicia las reacciones inmunológicas que median la lisis de los linfocitos B. Los posibles mecanismos de la lisis celular incluyen una citotoxicidad dependiente del complemento (CDC) y citotoxicidad celular dependiente del anticuerpo (ADCC). Finalmente, los estudios in vitro han demostrado que rituximab sensibiliza a las líneas de linfocitos B del linfoma humano resistentes a fármacos, contra los efectos citotóxicos de algunos agentes quimioterapéuticos.</p>	
Elaboró: L.E.O.: Mayra Martínez López				

NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE GENÉRICO	TIPO DE FÁRMACO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS INICIAL-MÁXIMA
FILATIL	FILGRASTIM	Factor estimulante de colonias	Subcutánea Intra venosa	La dosis inicial recomendada es de 5 µg/kg/día, administrada como DU diaria por vía subcutánea o por infusión intravenosa (15-30 minutos). Debe administrarse diariamente por un periodo mayor de dos semanas, hasta que la cuenta total de neutrófilos haya alcanzado 10,000/mm <sup>3</sup> después de la neutropenia ocasionada por la quimioterapia citotóxica.
INDICACIONES		EVENTOS ADVERSOS		CONTRAINDICACIONES
-Neutropenia asociada a quimioterapia inmunosupresora.		Dolor muscular Reacciones de tipo alérgico han sido reportadas en < 1%. Rash, urticaria, edema facial. Sibilancias y disnea. Hipotensión y taquicardia.		Hipersensibilidad conocida a productos derivados de E. coli, o a cualquier componente del producto. Para incrementar la dosis de quimioterapia más allá de los regímenes autorizados y Síndrome de Kostman
CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DILUCIÓN	INFUSIÓN	RECOMENDACIONES GENERALES		
Solución salina 100cc	100cc para 30 min	La solución con FILATIL® debe ser almacenada en refrigeración a una temperatura entre 2 a 8°C (36-46°F). No debe de congelarse. Evite la agitación. Antes de su aplicación, FILATIL® debe de estabilizarse a temperatura ambiente. Cualquier frasco ampula o jeringa pre llenada olvidados a temperatura ambiente por más de 24 horas deberán eliminarse		
FARMACOCINÉTICA			FARMACODINAMIA	
<p>La absorción y eliminación de FILATIL® sigue el modelo farmacocinético de primer orden, sin una aparente dependencia de la concentración. Una correlación lineal positiva ocurre entre la administración parenteral y la concentración en suero y el área bajo la curva (ABC) de los tiempos de concentración.</p> <p>La infusión intravenosa continua de FILATIL® en dosis de 20 µg/kg en 24 horas, produce una concentración sérica media de 56 ng/ml. La administración subcutánea de 3.45 µg/kg y 11.5 µg/kg alcanza una concentración máxima en suero de 4 y 49 ng/ml, respectivamente dentro de 2 a 8 horas.</p> <p>La vida media de eliminación en sujetos normales, o con diagnóstico de cáncer fue de aproximadamente 3.5 horas. Los rangos de filtración fueron en promedio de 0.5-0.7 ml/min/kg. Dosis intravenosas única o diarias en un periodo de 14 días, muestran una vida media comparable.</p> <p>Las vidas medias fueron similares en la administración intravenosa (231 minutos después de dosis de 34.5 µg/kg) y subcutánea (210 minutos después de dosis de 3.45 µg/kg). La infusión continua por 24 horas a dosis de 20 µg/kg en un periodo de 11 a 20 días, produce concentraciones séricas constantes, sin evidencia de acumulación de la droga en el periodo de tiempo investigado.</p>			<p>La absorción y eliminación de FILATIL® sigue el modelo farmacocinético de primer orden, sin una aparente dependencia de la concentración. Una correlación lineal positiva ocurre entre la administración parenteral y la concentración en suero y el área bajo la curva (ABC) de los tiempos de concentración.</p> <p>La infusión intravenosa continua de FILATIL® en dosis de 20 µg/kg en 24 horas, produce una concentración sérica media de 56 ng/ml. La administración subcutánea de 3.45 µg/kg y 11.5 µg/kg alcanza una concentración máxima en suero de 4 y 49 ng/ml, respectivamente dentro de 2 a 8 horas.</p> <p>La vida media de eliminación en sujetos normales, o con diagnóstico de cáncer fue de aproximadamente 3.5 horas. Los rangos de filtración fueron en promedio de 0.5-0.7 ml/min/kg. Dosis intravenosas única o diarias en un periodo de 14 días, muestran una vida media comparable.</p> <p>Las vidas medias fueron similares en la administración intravenosa (231 minutos después de dosis de 34.5 µg/kg) y subcutánea (210 minutos después de dosis de 3.45 µg/kg). La infusión continua por 24 horas a dosis de 20 µg/kg en un periodo de 11 a 20 días, produce concentraciones séricas constantes, sin evidencia de acumulación de la droga en el periodo de tiempo investigado.</p>	
Elaboró: L.E.O.: Mayra Martínez López				

FÁRMACO	MEDICAMENTO	GRUPO FARMACOLÓGICO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS
OMEPRAZOL	*LOSEC	*ANTIULCEROSO	*INTRAVENOSO	*Ámpula de 40 mg	-Adultos: 40 mg c/24 hrs por 2 a 4 semanas según la mejoría.
INDICACIONES		CONTRAINDICACIONES		REACCIONES ADVERSAS	
<p>-Esofagitis por reflujo gastroesofágico.</p> <p>-Úlcera duodenal, úlcera gástrica benigna (incluyendo las producidas por AINEs).</p> <p>-Síndrome de Zollinger-Ellison.</p> <p>-Tratamiento de úlcera gástrica y duodenal asociada a Helicobacter pylori.</p>		<p>-Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.</p> <p>-Úlcera gástrica maligna.</p>		<p>-En general es bien tolerado. Entre 1.5 y 3% de los pacientes tratados experimentan efectos gastrointestinales, entre ellos, náusea, diarrea y cólico; se han informado con menor frecuencia efectos en el SNC (cefalalgia, mareos, somnolencia). En ocasiones se observan erupciones cutáneas e incremento de la actividad plasmática de las aminotransferasas hepáticas.</p>	
DILUCIÓN		INTERACCIÓN		CUIDADOS DE ENFERMERÍA.	
<p>-Ácido cítrico monohidratado 5mg</p> <p>-Polietilenglicol 400 ... 4g</p> <p>-Agua inyectable 10 ml.</p> <p>-Sol salina 0.9%</p>		<p>-Dado que el omeprazol reduce el pH gástrico, el fármaco produce una reducción de la absorción de ésteres de ampicilina y del ketoconazol.</p> <p>-El omeprazol puede retrasar la eliminación del diazepam y de la fenitoína, así como de otros fármacos cuyo metabolismo sea por oxidación en hígado por el citocromo P-450; por lo cual, es recomendable monitorear a los pacientes que requieren ser manejados con esta combinación de fármacos.</p>		<p>-Conservar entre 15 y 30°C. Deberá protegerse de la luz en un envase bien cerrado.</p> <p>-Restringir en embarazo y lactancia</p> <p>-Se recomienda disminuir la dosis en pacientes con daño hepático</p> <p>-Recomendable administrar en 2.5 minutos</p> <p>-No recombinar con la infusión de otros medicamentos o soluciones.</p>	
FARMACOCINÉTICA			FARMACODINAMIA		
<p><b>ABSORCIÓN.-</b> El omeprazol es bien absorbido, con una absorción gástrica rápida. La absorción tiene lugar en el intestino delgado, complementándose de 3-6 horas.</p> <p><b>DISTRIBUCIÓN.-</b> distribuido a todos los tejidos, particularmente a las células parietales gástricas; su unión a proteínas es muy elevada, aproximadamente un 95% uniéndose a la albúmina y a la alfa-glucoproteína ácida.</p> <p><b>METABOLISMO.-</b> Hepático. Su biotransformación es a nivel hepático en forma extensiva. Su vida media en plasma en pacientes con función hepática normal es de 30 minutos a una hora y en pacientes con alteraciones hepáticas crónicas es hasta de 3 horas. Su acción inicia una hora después de su administración. Su máxima concentración en sangre se presenta entre los 30 minutos y 3.5 horas, su efecto máximo está alrededor de dos horas, después de la administración. El principal metabolito (hidroxiomeprazol) en el plasma.</p> <p><b>EXCRECIÓN.-</b> Renal. Sólo 80% de una dosis se excreta en la orina y el resto en heces.</p>			<p><b>ACCIÓN FARMACOLÓGICA:</b> El omeprazol es un bencimidazol sustituido que inhibe potentemente la secreción gástrica. El omeprazol bloquea irreversiblemente la actividad metabólica de la bomba protónica en la superficie luminal, lo cual resulta en una inhibición de la secreción ácida, dependiente de la dosis, potente y duradera.</p> <p><b>MECANISMO DE ACCIÓN:</b> Actúa por inhibición no competitiva de la actividad de H<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>-adenosintrifosfatasa en la membrana secretora de la célula parietal, bloqueando la producción de iones de hidrógeno.</p> <p><b>EFFECTO FARMACOLÓGICO:</b> Inhibe la secreción ácida basal y la secundaria a estímulos. Otra de las acciones del fármaco es la inhibición de citocromo P-450 a nivel hepático y la función mixta del sistema oxidativo. La inhibición de la secreción ácida a nivel gástrico persiste aún después de que el fármaco desaparece del plasma. El omeprazol produce sólo una pequeña disminución del volumen de jugos gástricos y no altera la motilidad gástrica.</p>		
Elaboró: P.L.E.O.: Mayra Martínez López.					



FÁRMACO	MEDICAMENTO	GRUPO FARMACOLÓGICO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS
* PARACETAMOL	* TEMPRA	*ANALGÉSICO *ANTIPIRÉTICO (PARAAMINOFENOL ES)	*INTRA VENOSA	*Sol. Inyectable	500mg 1 gr
INDICACIONES		CONTRAINDICACIONES		REACCIONES ADVERSAS	
<p>-Tratamiento a corto plazo del dolor moderado, especialmente después de cirugía en adultos y niños.</p> <p>-Tratamiento a corto plazo de la fiebre en adultos y niños.</p>		<p>-Contraindicado en pacientes que han demostrado hipersensibilidad previa al paracetamol o a cualquier otro componente de su formulación.</p> <p>-También está contraindicado en casos de insuficiencia hepatocelular severa.</p>		<p>-Agranulocitosis, pancitopenia, trombocitopenia, anemia hemolítica, erupciones cutáneas.</p> <p>-Náusea, vomito d</p> <p>-Dolor epigástrico</p> <p>-Somnolencia</p> <p>-Daño hepático o renal</p> <p>-Hipotermia</p> <p>-Sangrado gastrointestinal.</p>	
DILUCIÓN		INTERACCIÓN		CUIDADOS DE ENFERMERÍA.	
1gr en 100 cc para 30 min	<p>-Puede disminuir la depuración del busulfán. La carbamacepina puede aumentar el efecto hepatotóxico de las sobredosis de paracetamol, pero a dosis habituales esta interacción carece de importancia clínica.</p> <p>-La administración de paracetamol y cloranfenicol puede alterar los niveles de este último, por lo que se debe vigilar su dosis.</p> <p>-La colestiramina reduce la absorción del paracetamol, por lo que cuando ambos medicamentos se administran de manera simultánea, es necesario, administrar paracetamol una hora antes o 3 horas después de la colestiramina.</p>		<p>-No administrar con otros medicamentos que contengan paracetamol</p> <p>-Tomar la temperatura antes y después de la ministración de paracetamol.</p> <p>-Infusión continua en más de 15 minutos</p> <p>-No mezclar con otros AINE´s</p>		
FARMACOCINÉTICA			FARMACODINAMIA		
<p><b>ABSORCIÓN.-</b> en adultos la farmacocinética del paracetamol es lineal. La concentración máxima en plasma de paracetamol observada al final de la infusión intravenosa durante 15 minutos de 1g de solución inyectable es alrededor de 30 µg/ml.</p> <p><b>DISTRIBUCIÓN.-</b> En adultos el volumen de distribución del paracetamol es de 1 l/kg aproximadamente. El paracetamol no está unido extensamente a las proteínas del plasma. Después de la infusión de 1 g de paracetamol, se observaron concentraciones significativas de paracetamol (alrededor de 1.5 µg/ml) en el líquido cefalorraquídeo desde el minuto 20 después de la infusión.</p> <p><b>METABOLISMO.-</b> En adultos el paracetamol es metabolizado principalmente en el hígado siguiendo dos vías importantes: la conjugación del ácido glucorónico y la conjugación del ácido sulfúrico. Esta última vía se satura rápidamente con la dosis que exceden las dosis terapéuticas.</p> <p><b>EXCRECIÓN.-</b> Los metabolitos del paracetamol son excretados principalmente en la orina. En adultos 90% de la dosis administrada se excreta en 24 horas, principalmente como conjugados de glucurónido (60-80%) y sulfato (20-30%). Menos de 5% se elimina sin modificarse. El tiempo de vida media en plasma es de 2.7 horas y la depuración total del cuerpo es de 18 l/hr</p>			<p><b>MECANISMO DE ACCIÓN:</b></p> <p>El mecanismo preciso de las propiedades analgésicas y antipiréticas del paracetamol aún no ha sido establecido. El mecanismo de acción puede tener acciones centrales y periféricas.</p> <p>Controla eficazmente la fiebre a través de su acción sobre el centro termorregulador, ofrece un efecto analgésico eficaz en el tracto gastrointestinal, deprimiendo selectivamente las vías del dolor, el paracetamol es inhibidor débil de la biosíntesis de las prostaglandinas, aunque algunas pruebas sugieren que puede ser más efectivo contra las enzimas del SNC que las de la periferia, esto puede explicar en parte su bien documentada capacidad para reducir la fiebre (acción central) y para inducir analgesia, la actividad antipirética reside en su estructura amino benceno.</p>		
Elaboró: L.E.O. Mayra Martínez López.					