



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**Estudio de caso aplicado a un adulto maduro con alteraciones en las
necesidades humanas con diagnóstico de linfoma no Hodgkin tipo
Folicular**

**ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

**PRESENTA
Lic. Enf. Adriana Alejandra Balboa Bautista**

**ASESOR
Mtro. Francisco Rogelio Rodríguez Díaz**

Ciudad de México 2021





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

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**Estudio de caso aplicado a un adulto maduro con alteraciones en las
necesidades humanas con diagnóstico de linfoma no Hodgkin tipo
Folicular**

**ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

**PRESENTA
Lic. Enf. Adriana Alejandra Balboa Bautista**

**ASESOR
Mtro. Francisco Rogelio Rodríguez Díaz**

Ciudad de México 2021



Resumen

El estudio de caso se define como un proceso de indagación a profundidad que tiene como propósito la integración de la teoría y la práctica, nos permite analizar situaciones clínicas y aspectos físicos y psicosociales alterados por la patología oncológica. Por lo que se desarrollará un “Estudio de caso aplicado a un adulto maduro con alteración en las necesidades humanas con diagnóstico de linfoma no Hodgkin tipo folicular”. Cuyo objetivo es aplicar el marco conceptual de Virginia Henderson, en las etapas del proceso de atención enfermería, para la detección de las necesidades humanas alteradas en Rosa, proporcionar cuidados de enfermería a través de intervenciones dirigidas a potenciar el autocuidado, su autoestima, y fomentar la detección de posibles complicaciones provocadas por la patología y el tratamiento.

Rosa se encontraba hospitalizada en el 7° piso de hemato oncología, se aplicó un instrumento de valoración y se obtuvieron datos durante el interrogatorio de la paciente y la revisión del expediente clínico en el expediente electrónico institucional (INCAnet) que orientaron a la identificación de necesidades humanas alteradas y la aplicación de intervenciones de cuidado, para aumentar la independencia, de la persona.

Dentro de las consideraciones éticas se tomó en cuenta el consentimiento informado, carta de los derechos de los pacientes, principios de bioética y el código de ética de enfermería.

Al concluir el estudio se observó que los resultados y objetivos planeados beneficiaron y ayudaron a la persona a potenciar su estado de salud.

Palabras claves: Cáncer, Linfomas, Linfoma no Hodgkin, Linfoma folicular, cuidado de enfermería, tratamiento oncológico, quimioterapia antineoplásica.

Abstract

The case study is defined as a deep inquiry process whose purpose is the integration of theory and practice, allows us to analyze clinical situations and also physical and psychosocial issues changed by the oncological pathology. Consequently, it'll be elaborated "a case study implemented to a full-grown adult with alteration of human needs with follicular-type non-Hodgkin lymphoma". Its goal is to apply Virginia Henderson's conceptual framework, using the steps of a Nursing Care Plan (NCP) for detection of human needs in Rosa to provide nursing care through targeted interventions to promote self-care, her steem and to encourage detection of possible complications caused by pathology and treatment.

Rosa was an inpatient on the 7th floor of Hemato-Oncology unit, a patient assessment form was implemented and information was obtained during the examination of the patient and the check of INCanet, which led to the identification of altered human needs and the implementation of caring interventions to increase the person's independence.

Within ethical considerations, informed consent, patients' rights charter, the principles of bioethics, the nursing code of ethics will be kept in mind.

At the conclusion of the study, was noted that the planned results and goals benefited and helped the person to improve her medical condition.

Keywords: cancer, lymphomas, non-Hodgkin lymphoma, follicular lymphoma, nursing care, cancer treatment, chemotherapy.

Agradecimientos

A mi coordinador y asesor de este trabajo, el Mtro. Francisco Rogelio Rodríguez Díaz por su apoyo durante todo este tiempo, su paciencia, por sus consejos y enseñanzas fundamentales, pero sobre todo le agradezco por exigirme tanto y confiar en mí y mis capacidades desde que llegue.

A la Mtra. Martha Patricia Vargas Álvarez, y la Mtra. Emma Ávila García por siempre estar dispuestas a compartir sus valiosos conocimientos, y por enseñarme que el cuidado enfermero humanizado es esencial.

Al Instituto Nacional de Cancerología, que me ha abierto sus puertas para formarme como enfermera oncóloga, dándome la oportunidad de aprender y crecer profesionalmente desde diversas perspectivas. A las compañeras y compañeros enfermeros que en el laboran y que me permitieron sentirme parte de un equipo de trabajo siempre dispuestos a compartir sus conocimientos.

Dedicatoria

Para mi madre y mi padre, que me han apoyado en cada uno de mis sueños, por su comprensión y su esfuerzo. Les agradezco por depositar su confianza en mí, les debo todo el amor y respeto, sin su apoyo no estaría aquí, este trabajo es también de ustedes.

A mi pareja y mejor amiga quien siempre estuvo para mí y que nunca dejó que flaqueara, por impulsarme a superarme personal y profesionalmente y por su apoyo incondicional durante todo este tiempo.

A mis hermanas y mis abuelos, por acompañarme a la distancia con su apoyo moral y su amor infinito.

A mis amigos que conocí durante la especialidad por el apoyo mutuo que nos hemos brindado, por ser siempre la mejor compañía y sobre todo por hacerme sentir en casa aun estando tan lejos.

Adriana Alejandra Balboa Bautista.

Tabla de contenido

Introducción	1
Objetivo general	3
Objetivos específicos	3
Capítulo 1	4
Fundamentación	4
Capítulo 2	6
Marco Teórico	6
Marco conceptual	6
Marco empírico	8
Teoría o modelo de enfermería	14
Daños a la salud	23
Capítulo 3	42
Metodología	42
Búsqueda de información	42
Sujetos	42
Capítulo 4	54
Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	54
Presentación del caso	54
Datos económicos y culturales	54
Antecedentes personales	55
Padecimiento actual y descripción del caso	55
Valoración exhaustiva basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson	58
Jerarquización de necesidades basadas en la valoración exhaustiva	64
Capítulo 5	89
Conclusiones	89
Recomendaciones	90
Referencias	91
Anexos	99
Apéndices	109

Lista de cuadros y figuras

Cuadro 1. Equivalencia de las necesidades Maslow-Henderson.....	16
Cuadro 2. Criterios GELF	37
Figura 1. Pirámide de las necesidades de Maslow basada en la “Teoría de la motivación”	15
Figura 2. Capilares linfáticos	24
Figura 3. Componentes del sistema linfático	25
Figura 4. Origen, desarrollo y estructura de las células sanguíneas	26
Figura 5. Estadios según Ann Arbor	34
Figura 6. La primera línea de tratamiento, así como las opciones en recaída o progresión, se muestran de acuerdo con la clasificación por estadios y carga tumoral	38
Figura 7. La primera línea de tratamiento, así como las opciones en recaída o progresión, se muestran de acuerdo con la clasificación por estadios y carga tumoral	39

Introducción

Un estudio de caso es un método útil que permite analizar situaciones clínicas, indagando en la teoría y la práctica, permitiéndonos como profesionales de enfermería analizar situaciones o hechos de la vida real acerca de condiciones de salud de una persona, familia, o comunidad. Llevándose a cabo en diferentes etapas de la práctica clínica, un estudio de caso facilita el análisis de acciones, procedimientos, conocimientos y habilidades adquiridas.

En este trabajo se planteó un objetivo general orientado a “Aplicar el marco conceptual de Virginia Henderson, en las diferentes etapas del proceso de atención enfermería, para la detección de las necesidades humanas alteradas en Rosa, una persona con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin tipo folicular etapa clínica IV, para proporcionar cuidados de enfermería a través de intervenciones dirigidas a potenciar el autocuidado, su autoestima, y fomentar la detección de posibles complicaciones provocadas por la patología y el tratamiento”, de igual manera se desarrollaron objetivos específicos que dirigen el accionar de las intervenciones brindadas.

La realización de trabajos de esta índole es de gran relevancia ya que enfermería es una profesión y disciplina científica que tiene como objetivo la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida y la salud. El quehacer profesional enfermero tiene como esencia el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano y plasmar los cuidados y acciones de enfermería por escrito permite razonar y analizar los planes de cuidados proporcionados.

Las aportaciones que este trabajo brindará a la disciplina enfermera es que permitirá visualizar y evidenciar cuidados de enfermería a una persona que cursa con una patología oncológica desde una perspectiva de cuidado holístico. Si bien, este trabajo se realiza dentro de un centro especializado en el tratamiento del cáncer, la realidad es que como personal de enfermería podemos tener un acercamiento a pacientes oncológicos en todos los niveles de atención.

Para el campo de conocimiento específico de la enfermería oncológica resultará relevante porque hoy en día el cáncer es un problema de salud pública que causa una numerosa cantidad de pérdidas humanas y gasto de recursos económicos. El Linfoma de Hodgkin (LNH) es una enfermedad que se presenta en los ganglios linfáticos, y aunque esta patología no es tan frecuente como otros tipos de cáncer, la cantidad de pacientes diagnosticados aumenta cada año, siendo que por lo general hay mayor riesgo de padecer LNH con el paso de la edad, teniendo un pico en pacientes mayores a 65 años.

El presente estudio de caso se aplicó a una mujer adulta madura, que se encontraba hospitalizada en el área de hemato oncología del Instituto Nacional de Cancerología, para elaborar este estudio se utilizó la filosofía conceptual de Virginia Henderson con el fin de lograr la independencia en Rosa, a través de la realización de un plan de cuidados enfocado al mantenimiento de su salud.

Durante el desarrollo del estudio de caso se presenta un objetivo general y objetivos específicos que orientan y dirigen los planes para alcanzar las metas del cuidado enfermero, en el capítulo uno se encuentra la fundamentación, se escriben aquellos datos epidemiológicos que describen la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de la enfermedad, así como los estudios de caso que tienen relación con el linfoma no Hodgkin, en el capítulo dos se describe el marco teórico que contiene el marco conceptual con la definición de las palabras claves; el marco empírico, en el que se analizan documentos que brindan aportación científica al estudio; el modelo de enfermería, que describe la relevancia de esta con el proceso de atención de enfermería y por último el apartado de daños a la salud que describe los aspectos relevantes de la patología de la persona. En el capítulo 3 se describe la búsqueda de información, la selección del sujeto y se justifican los métodos e instrumentos utilizados. En el capítulo 4 se desarrolla el proceso de enfermería en los diferentes momentos de atención. El ultimo capitulo que integra el estudio se titula conclusiones y recomendaciones, capitulo que cierra con lo más destacado del estudio de caso. Al final de la investigación se adjuntan las referencias en formato Vancouver, y se agregan anexos y apéndices.

Objetivo general

Aplicar el marco conceptual de Virginia Henderson, en las diferentes etapas del proceso de atención enfermería, para la detección de las necesidades humanas alteradas en Rosa una persona con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin tipo folicular etapa clínica IV, para proporcionar cuidados de enfermería a través de intervenciones dirigidas a potenciar el autocuidado, su autoestima, y fomentar la detección de posibles complicaciones provocadas por la patología y el tratamiento.

Objetivos específicos

- Realizar una valoración de enfermería exhaustiva basada en Virginia Henderson
- Identificar datos objetivos y subjetivos una vez realizado el análisis de la anamnesis, que orienten la formulación de diagnósticos enfermeros
- Realizar valoraciones focalizadas en los diversos momentos de cuidado
- Planear y ejecutar cuidados de enfermería con el objetivo de resolver las necesidades alteradas
- Evaluar el logro de los objetivos planeados y ejecutados
- Elaborar un plan de alta como parte del compromiso y responsabilidad del trabajo establecido y dar continuidad a los cuidados.

Capítulo 1

Fundamentación

El linfoma puede clasificarse en dos tipos: Linfoma de Hodgkin (LH) y No Hodgkin (LNH), siendo el de mayor incidencia y prevalencia el LNH. El LNH como patología hematológica es la más común en el mundo, representando el 2.8% de incidencia de todos los cánceres presentes, en ambos sexos y en todas las edades. Mientras que para la mortalidad representa el 2.6% de todas las muertes por cáncer en el mundo.¹ El LNH se puede hacer presente a cualquier edad, siendo más común durante la infancia hasta la adultez temprana, dependiendo del tipo de linfoma. Se calcula que el riesgo de un hombre de desarrollar LNH durante la vida es de 1 en 41 y para las mujeres de 1 en 42.²

En México, el LNH representa el 3.5% de incidencia de cáncer en todas las edades, mientras que la mortalidad se estima en 3.5% de todos los cánceres presentes en todas las edades, siendo la edad de mayor incidencia la edad de 55 a 64 años, presentándose con mayor frecuencia en el sexo masculino.¹

Se realizó una búsqueda exhaustiva en la biblioteca digital de la UNAM, de la cual se cuenta con acceso remoto, y los resultados fueron 5 estudios de caso (3 enfocados al posgrado de enfermería oncológica y 2 al posgrado de enfermería infantil), cada uno de ellos dirigidos a los cuidados enfermeros en las diversas etapas de la atención clínica y tratamiento del Linfoma no Hodgkin y sus complicaciones.

Siendo el caso de mayor trascendencia para el presente estudio el titulado “Estudio de caso aplicado a un adulto joven con Linfoma no Hodgkin, basado en la Filosofía de Henderson” realizado por la Licenciada en Enfermería R.T. durante el año 2020, para obtener el grado de especialista en enfermería oncológica.³ En este estudio de caso se aplica la filosofía de Virginia Henderson al Sr. Oscar quien es un adulto joven de 35 años, que fue recién diagnosticado con un Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B.

Continuando con la búsqueda realizada, se encontró otro estudio de caso relevante para el desarrollo del presente titulado “Estudio de caso aplicado a una mujer madura con alteración en la necesidad de evitar peligros para la vida ante LNH bajo la filosofía conceptual de Virginia Henderson”, elaborado por la Licenciada en Enfermería P. G. y presentado para obtener el grado de especialista en enfermería oncológica en el año 2020.⁴ en este estudio se realiza una descripción del caso y se proporcionan valoraciones focalizadas y una exhaustiva, así como diagnósticos de enfermería que en su mayoría se orientan hacia la necesidad de evitar peligros para la vida.

Otro estudio relevante que se ha encontrado para el desarrollo de esta investigación se titula “Estudio de caso aplicado a mujer adulta joven con diagnóstico de linfoma folicular, basado en la filosofía conceptual de Virginia Henderson”, elaborado por la Licenciada en Enfermería S. N. para obtener el grado de especialista en enfermería oncológica en el año 2018.⁵ En este estudio se identifican necesidades alteradas de aprendizaje, evitar peligros para la vida, y descanso y sueño, en un primer momento. Mientras que en otro momento de la valoración exhaustiva se presentan diferentes necesidades alteradas para que finalmente se proporcione un plan de alta para el paciente y su cuidador.

Capítulo 2

Marco Teórico

Marco conceptual

Después de realizar una búsqueda en diferentes bases de datos científicas como Redalyc utilizando operadores booleanos como AND y OR; en libros especializados en oncología, manuales para profesionales en el área de la hematología en MDS y Permanyer; así como en páginas especializadas en la oncología como American Cancer Society y otras páginas pertenecientes a la OMS como WHO, se definen las siguientes palabras claves que orientan el presente estudio de caso:

Cáncer: El cáncer es una enfermedad multifactorial, cuyos orígenes son genéticos y epigenéticos, pues resulta de la alteración de un conjunto de genes, conocidos como oncogenes y genes supresores de tumores las alteraciones pueden ser estructurales (resultado de mutaciones, rearrreglos o translocaciones) o en su expresión, por lo general la causa de una regulación inadecuada de estos genes.⁶

Linfomas: Grupo heterogéneo de neoplasias hematológicas que se originan en el tejido linfoide y se desarrollan como consecuencia de la expansión clonal de una línea linfoide (linfocitos B o T y, más raramente, natural killer (NK). En términos biológicos, se distinguen por la transformación neoplásica de los linfocitos durante alguna de sus etapas específicas de maduración.⁷

Linfoma no Hodgkin: Son un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por la proliferación monoclonal maligna de células linfoides en localizaciones linforreticulares, como ganglios linfáticos, médula ósea, bazo, hígado y aparato digestivo. Por lo general, los síntomas de presentación son linfadenopatías periféricas. Sin embargo, algunos pacientes no debutan con linfadenopatías, sino con linfocitos anormales en la circulación. En comparación con el linfoma de Hodgkin, hay mayor probabilidad de enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico. Éste suele basarse en la biopsia de ganglios linfáticos o de médula ósea.⁸

Linfoma folicular: Subtipo bien definido de linfoma no Hodgkin que se desarrolla a partir de las células B del centro germinal en los ganglios linfáticos y que tiene un patrón de crecimiento folicular. El linfoma folicular es una neoplasia de crecimiento lento con un bajo grado de agresividad.⁹

Cuidado de enfermería: Es entendido como la esencia de la disciplina de enfermería y tienen como fin cuidar integralmente al ser humano en condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas de cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico científicos y humanísticos para conservación y mantenimiento de la vida.¹⁰

Tratamiento oncológico: Los principales objetivos de un programa de diagnóstico y tratamiento del cáncer son curar o prolongar considerablemente la vida de los pacientes, y garantizar la mejor calidad de vida posible a quienes sobreviven a la enfermedad. Los programas de tratamiento más eficaces y eficientes son los que funcionan de forma continuada y equitativa; están vinculados a sistemas de detección precoz y respetan normas de atención basadas en datos probatorios y aplican un enfoque multidisciplinario. Esos programas garantizan un tratamiento adecuado para los tipos de cáncer que, si bien no se prestan a una detección precoz, tienen un alto potencial de curación o buenas probabilidades de que la supervivencia se prolongue con una buena calidad de vida.¹¹

Quimioterapia antineoplásica: Tratamiento con medicamentos para interrumpir la formación de células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o al impedir su multiplicación. La quimioterapia antineoplásica se administra por la boca, en inyección, por infusión o sobre la piel, según el tipo de cáncer y el estadio en que este se encuentra. Se administra sola o con otros tratamientos como cirugía, radioterapia o terapia biológica.¹²

Marco empírico

En el proceso de búsqueda de diversas fuentes de información, se encontraron diversos artículos y documentos que aportan evidencia científica fundamentando el presente estudio de caso realizando un análisis de las fuentes utilizadas de las cuales se resume lo siguiente:

El cáncer es una enfermedad multifactorial, cuyos orígenes son genéticos y epigenéticos, pues resulta de la alteración de un conjunto de genes, conocidos como oncogenes y genes supresores de tumores, las alteraciones pueden ser estructurales (resultado de mutaciones, rearrreglos o translocaciones) o en su expresión, por lo general la causa de una regulación inadecuada de estos genes.⁶ El cáncer incluye diferentes tipos de neoplasias, una de ellas es el linfoma, un grupo de neoplasias hematológicas o “cánceres líquidos” que se originan en el tejido linfoide y se desarrollan como consecuencia de la expansión clonal de una línea linfoide (linfocitos B o T y, más raramente, natural killer (NK), en términos biológicos, se distinguen por la transformación neoplásica de los linfocitos durante alguna de sus etapas específicas de maduración.⁷ Estos linfomas se pueden dividir de manera general en Linfoma de Hodgkin (LH) y Linfoma no Hodgkin (LNH).

Hablaré entonces del Linfoma no Hodgkin (LNH), cáncer caracterizado por la proliferación monoclonal maligna de células linfoides en localizaciones linforreticulares, como ganglios linfáticos, médula ósea, bazo, hígado y aparato digestivo. En comparación con el linfoma de Hodgkin, hay mayor probabilidad de enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico. Éste suele basarse en la biopsia de ganglios linfáticos o de médula ósea.⁸ Dentro del grupo de los LNH se encuentra un subtipo bien definido, que se desarrolla a partir de las células B del centro germinal en los ganglios linfáticos y que tiene un patrón de crecimiento folicular. El linfoma folicular (LF) es una neoplasia de crecimiento lento con un bajo grado de agresividad.⁹ Siendo este el segundo más frecuente dentro de los LNH.

La mayoría de los pacientes diagnosticados con linfoma folicular (LF) se encuentran en una etapa clínica avanzada, requiriendo tratamientos especializados agresivos sistemáticamente, por ello los pacientes hemato oncológicos requieren atención y cuidado especializado de enfermería, el cual es entendido como la esencia de la disciplina de enfermería y que tiene como fin cuidar integralmente al ser humano en condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas de cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico científicos y humanísticos para conservación y mantenimiento de la vida.¹⁰ Cuando un paciente es diagnosticado se planea un tratamiento oncológico en el que los principales objetivos son curar o prolongar considerablemente la vida de los pacientes, y garantizar la mejor calidad de vida posible a quienes sobreviven a la enfermedad. Los programas de tratamiento más eficaces y eficientes son los que funcionan de forma continuada; están vinculados a sistemas de detección precoz y respetan normas de atención basadas en datos probatorios y aplican un enfoque multidisciplinario.¹¹

Dentro del programa de tratamiento oncológico podemos encontrar la quimioterapia antineoplásica que es un tratamiento con medicamentos para interrumpir la formación de células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o al impedir su multiplicación. La quimioterapia antineoplásica se administra por la vía oral, intravenosa, intramuscular, o en cavidades siendo de tipo intravesical, intraperitoneal, etc.; según el tipo de cáncer y el estadio en que este se encuentra, se administra como monoterapia o poliquimioterapia o combinada con otros tratamientos como cirugía, radioterapia o terapia biológica.¹² Por ello y por la complejidad que acompaña al paciente con cáncer durante su diagnóstico y tratamiento se vuelve fundamental realizar un cuidado integral, basado en conocimientos y prácticas holísticas que favorezcan el estado de salud de la persona enfermera de cáncer.

Un artículo encontrado en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica titulado “Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con linfoma no Hodgkin folicular (LNHF)” en el que se pone a disposición del personal de enfermería las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones clínicas y las intervenciones de enfermería en la atención del adulto con Linfoma no Hodgkin Folicular.

Este nos refiere que “La valoración de enfermería se centra en la identificación de las respuestas humanas y manifestaciones clínicas del Linfoma No Hodgkin Folicular y que como parte de las respuestas humanas está la identificación de las alteraciones en el estado emocional”. Menciona también que “las Etiquetas Diagnósticas de enfermería enfocadas en el problema y de riesgo, prioritarias en la atención del adulto con Linfoma No Hodgkin Folicular con tratamiento de quimioterapia antineoplásica son: Riesgo de Infección, Náusea, Deterioro de la mucosa oral, Desesperanza y Riesgo de deterioro de la integridad cutánea”.¹³

Otro artículo encontrado en la Revista Electrónica de Portales Medicos.com titulado “Cuidados de Enfermería en el linfoma” refiere que los cuidados primordiales de enfermería en linfomas son “valorar la temperatura corporal, valorar el estado de la piel, valorar la presencia de fatiga y valores anormales en el hemograma” así como “Informar al paciente de las características de su enfermedad y el efecto que ésta ejerce sobre su organismo”. Como conclusión este artículo nos dice que “Los cuidados de Enfermería en pacientes con linfoma irán dirigidos no sólo al cuidado físico del paciente sino también a proporcionarle toda la información necesaria acerca de su enfermedad. Otra función importante del personal de enfermería es la informativa. El paciente deberá ser informado del alcance y evolución de su enfermedad y se prestará el apoyo anímico necesario pues los cambios físicos y algunos síntomas asociados a esta enfermedad pueden provocar estados de ansiedad en el paciente. Se favorecerán un descanso apropiado, pero también actividades que favorezcan tanto el estado físico como el anímico del paciente”.¹⁴

Otro artículo encontrado perteneciente al libro “Cuidados Estandarizados De Enfermería Al Paciente Oncológico” es el tema 3 titulado “Linfomas. Actuación de enfermería”. En este capítulo del libro electrónico refiere que “los Linfomas No Hodgkinianos constituyen el 2-3 % de todas las neoplasias. Son de dos a tres veces más frecuentes que la enfermedad de Hodgkin y predominan en el varón. Aunque no hay una edad específica de mayor incidencia, el LNH ocurre más frecuentemente en la segunda década de la vida y no es común en niños menores de 3 años” así como que “Los tres tipos de tratamientos

que se emplean en los linfomas y en los que la enfermería colabora son: 1. Quimioterapia antineoplásica. 2. Radioterapia. 3. Terapia biológica”.¹⁵

Un artículo encontrado y analizado para la realización de este caso en la plataforma SciELO fue el de “Criterios diagnósticos y nuevas opciones terapéuticas para los pacientes con diagnóstico de linfoma no Hodgkin” en el que se menciona que “El LNH constituye la novena causa de cáncer en incidencia y mortalidad en el mundo; es la quinta causa de cáncer en los Estados Unidos. Su incidencia se ha incrementado en las últimas tres décadas. Afecta a más de un millón de personas al año en todo el mundo; ocupa el LNH el tercer tipo de neoplasias con mayor crecimiento anual después del cáncer de pulmón y el melanoma”. Refiere también que “Los linfomas foliculares son un subgrupo de linfomas no Hodgkinianos (LNH) de origen B caracterizados por presentar un patrón de remisiones y recaídas continuas. Es segundo tipo de linfoma más frecuente, ya que representan entre el 22 % y 40 % de los LNH”. Se menciona que “La mayoría de los pacientes que padecen de linfoma folicular tienen 50 años o más y se presenta frecuentemente como una enfermedad diseminada, se plantea una supervivencia de siete a 10 años y el 80 % de los pacientes debutan en estadio III y IV. Los LF en estadios avanzados, III y IV, no son curables, los tratamientos son paliativos. En la quimioterapia antineoplásica la opción más común es Rituximab combinado con quimioterapia en estadios III-IV sintomáticos, el tratamiento de 1era línea es R-CHOP, R-CVP (Rituximab, ciclofosfamida, vincristina y prednisona)”.¹⁶

Un estudio de caso de trascendencia para el presente estudio fue el titulado “Estudio de caso aplicado a un adulto joven con Linfoma no Hodgkin, basado en la Filosofía de Henderson” realizado por la Licenciada en Enfermería R. T. durante el año 2020, para obtener el grado de especialista en enfermería oncológica. En este estudio de caso se seleccionó el caso en el servicio de Hospitalización de Hematología del INCAN, se realizó una descripción detallada de la enfermedad de LNH y se desarrolló también un análisis extenso de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, valorando las fuentes de dificultad y el grado de dependencia de las necesidades previamente jerarquizadas en un adulto joven de 35 años recién diagnosticado con Linfoma no Hodgkin difuso de

células grandes B (LDCGB), EC IV. Se describió el proceso de atención de enfermería en cada una de sus fases y se presentaron diversas valoraciones focalizadas y una exhaustiva las cuales fueron sustentadas en una anamnesis rigurosa. En este estudio de caso se encuentran diagnósticos como: ansiedad, afrontamiento ineficaz, ansiedad ante la muerte, riesgo de caídas, riesgo de sangrado y riesgo de deterioro de la integridad cutánea, entre otros. Por último, se presentó un plan de alta que contenía un plan detallado de alimentación, uso seguro de alimentos, recomendaciones de actividad y ejercicio, así como de hábitos de higiene, identificación de signos de alarma y recomendaciones generales.³

Otro estudio de caso que aporta evidencia para esta investigación fue el titulado “Estudio de caso aplicado a una mujer madura con alteración en la necesidad de evitar peligros para la vida ante LNH bajo la filosofía conceptual de Virginia Henderson” fue elaborado por la L. en Enfermería P. G. para la realización de este estudio de caso se seleccionó al paciente con diagnóstico de Linfoma No Hodgkin linfoproliferativo con inmunofenotipo B, se describió el caso realizando valoraciones focalizadas de la cual se desarrollan múltiples diagnósticos de enfermería, presentes en su mayoría en la necesidad de evitar peligros para la vida con diagnósticos de ansiedad, riesgo de cansancio de rol del cuidador, mientras que en la valoración exhaustiva realizada en un segundo momento de atención se encuentran diversas necesidades afectadas las cuales se jerarquizan de la siguiente manera: 1. Necesidad de evitar peligros 2. Necesidad de nutrición e hidratación, en la que los planes de cuidados incluían diagnósticos de protección ineficaz, deterioro de la mucosa oral, riesgo de úlceras por presión, déficit de autocuidado, entre otros. Al término la autora menciona que “Con el cierre de estudio de caso se puede concluir que el cuidado especializado brindado por el personal de enfermería es una herramienta básica y primordial en la atención de los pacientes, ya que mediante éste se interactúa no solo con la persona enferma sino con cuidadores primarios y resto de familiares que se encuentran alrededor de la persona, logrando así un mejor cumplimiento de objetivos, ayudando a prevenir, limitar, o mejorar las alteraciones de las respuestas humanas”. En este estudio de caso mencionado se logró el apego de las indicaciones

otorgadas por la profesional de enfermería, logrando así el cumplimiento de los objetivos planteados en un principio.⁴

En el estudio de caso titulado “Estudio de caso aplicado a mujer adulta joven con diagnóstico de linfoma folicular, basado en la filosofía conceptual de Virginia Henderson”, elaborado por la L. en Enfermería S. N., se seleccionó a una paciente de 27 años diagnosticado con Linfoma Folicular Estadio clínico IV con infiltración a estómago, se desarrollan diagnósticos enfocados a las necesidades previamente jerarquizadas en este orden: necesidad de aprendizaje, necesidad de descanso y sueño, necesidad de eliminación y necesidad de comunicarse. Se incluye en el estudio de caso un plan de alta en el que se orienta sobre las actividades que el familiar o cuidador debe realizar, orientación dietética y actividad física. La autora del estudio concluye que “la realización de este caso clínico en lo particular permitió aplicar las 5 etapas del método enfermero, identificando las necesidades alteradas en la valoración, posteriormente se jerarquizaron dichas necesidades, se estructuraron diagnósticos de enfermería, se efectuaron intervenciones eficaces durante el desarrollo del plan de cuidados para que se llevaran a cabo el logro de objetivos planteados en un inicio, mismos que se vieron reflejados en la mejoría de la paciente”.⁵

Teoría o modelo de enfermería

La filosofía de Virginia Henderson es una de las más aceptadas en el campo de la enfermería actual. Se encuentra dentro de las teorías de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, para Virginia Henderson el papel de la enfermería es la realización (ayuda, acompañamiento o suplencia) de las acciones que una persona no puede realizar en determinado momento del ciclo vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.¹⁷

Virginia Henderson describe que la enfermería requiere de un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas, de esta manera es capaz de ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

Henderson considera también, que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.¹⁸

Base teórica

La filosofía de las 14 necesidades se encuentra inspirada en el humanista Abraham Maslow y en su pirámide de las necesidades humanas, Henderson no menciona a este autor como influencia en el desarrollo de las necesidades. Aun así, es posible observar que jerarquiza sus necesidades tal como las describe Maslow en la “Teoría de la motivación humana”, la cual identifica los factores que motivan a las personas, está jerarquizada en cinco categorías de necesidades, considerando un orden ascendente conforme a la importancia que tiene para la persona la supervivencia y la capacidad de la motivación **(Figura 1)**.



Figura 1. Pirámide de las necesidades de Maslow basada en la “Teoría de la motivación”.

Disponible en: <https://acconsultors.com/la-teoria-de-motivacion/>

Maslow establece que un hombre va satisfaciendo sus necesidades y a medida que realiza esto van surgiendo otras que modifican o cambian el comportamiento de éste, considerando que solo cuando una necesidad está “razonablemente” satisfecha, se disparará una nueva necesidad.¹⁹

Henderson describe que cada ser humano es único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Establece que cada persona tiene 14 necesidades básicas o requerimientos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento²⁰, las cuales se enlistan de la siguiente manera:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones
11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores
12. Ocuparse en algo para realizarse
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Estas necesidades aplican para cada persona, y son comunes en todos los ciclos vitales, cada ser humano puede satisfacerlas de maneras diferentes a lo largo de su vida. Intentar estudiar cada necesidad por separado no brinda una valoración holística de la persona, es necesario interrelacionar cada una para valorar al ser humano como un todo. Las 7 primeras necesidades de Virginia Henderson se relacionan con las fisiológicas de supervivencia y estimulación que aparecen en la escala de Maslow, las necesidades 8 y 9 están relacionadas con la protección y seguridad, el número 10 con la autoestima, la 11 con el amor y la pertenencia y de la 12 a la 14 con la necesidad de autorrealización²¹ **(cuadro 1).**

Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Respirar normalmente. • Comer y beber adecuadamente. • Eliminar por todas las vías corporales. • Moverse y mantener posturas adecuadas. • Dormir y descansar. • Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse. • Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. • Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.
Sociales y de Reconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicarse con los demás expresando emociones. • Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.
Autorrealización	<ul style="list-style-type: none"> • Ocuparse en algo para realizarse. • Participar en actividades recreativas. • Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad

Cuadro 1. Equivalencia de las necesidades Maslow-Henderson.

El concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema sino de requisito y aunque algunas necesidades son más esenciales que otras para la supervivencia, todas son requisitos indispensables para mantener la armonía del ser humano.²¹

Valorar estas necesidades requiere del pensamiento crítico de la enfermería, lo cual permite tomar decisiones que promuevan la satisfacción de estas. Supone así, que se posea de conocimientos y habilidades propias de la profesión como asistenciales, administrativas, docentes e investigadoras.

A lo largo de la descripción de su filosofía, Henderson hizo hincapié en que la enfermería realiza una labor única y diferente a la del personal médico. Si bien describe que la aplicación del régimen terapéutico que realiza un médico es vital para el éxito y recuperación de los pacientes, declara que nuestro actuar es independiente cuando así se requiere, ya que si una persona, familia o comunidad necesitan de la atención de enfermería estos cuidados se otorgaran de manera independiente por parte de una enfermera.

El personal de enfermería trabaja de manera independiente e interdependiente, colaborando como todos los integrantes del equipo de salud para cumplir con un programa terapéutico y de cuidados completo, en 1964 Henderson declaró que “ningún miembro del equipo deberá hacerle una petición demasiado exigente a otro miembro, de modo que éste no pueda realizar sus propias tareas”.²¹

Las actividades del personal de enfermería están dirigidas a cubrir las necesidades del paciente, denominándolos así cuidados básicos de enfermería, los cuales están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la independencia de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí mismas.¹⁷ En este sentido podemos decir que se trata de lograr con independencia la satisfacción de estas, y que cuando no es posible aparece un grado de dependencia, describiendo así los siguientes conceptos:

Independencia: Es la satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones realizadas por sí mismo. Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.¹⁸

Dependencia: Son signos observables y señales que indican que la persona es incapaz para satisfacer algunas de sus necesidades; por falta de fuerza, conocimientos o voluntad. La dependencia se identifica a través de las acciones inadecuadas (por omisión o acción) que presenta la persona respecto a la satisfacción de una o varias necesidades básicas.¹⁸

Henderson describe que cuando las necesidades no pueden ser satisfechas de manera independiente se debe a tres causas que se nombran fuentes de dificultad las cuales según Henderson son un impedimento que genera dependencia, estas pueden ser identificadas como falta de fuerza, falta de conocimientos y falta de voluntad.

1. Falta de fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.²²

Fuerza física: alude al tono muscular, capacidad psicomotriz y psicomotora (Poder hacer). Hay falta de fuerza física cuando la persona carece de la capacidad psicomotriz o de la fuerza y el tono muscular necesarios para realizar las actividades requeridas.²³

Fuerza psíquica: se refiere a la capacidad sensoperceptiva, intelectual, cognitiva y afectiva (Por qué y para qué hacer). Habrá falta de fuerza psíquica cuando la persona ignora los beneficios de las acciones que debe llevar a cabo, no las relaciona con su situación de salud, no es capaz de tomar una decisión o la que toma no es la adecuada.²³

2. Falta de conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.²²

3. Falta de voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.²²

Henderson describe la relación enfermera-paciente en tres distintos niveles¹⁸:

1. Sustituto o suplencia: en este nivel se realiza una relación de suplencia debido a una carencia con respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos del paciente. Se puede declarar como temporal si el individuo es capaz de adquirir la fuerza, los conocimientos o la voluntad, o se puede declarar permanente si se sabe que la persona no podrá recuperar la fuerza, los conocimientos o la voluntad.

2. Ayuda o apoyo: Dentro de este nivel la enfermera realiza actividades de ayuda parcial pero nunca supliendo por completo las actividades que la persona puede realizar por sí misma. El objetivo es ayudar a la persona a recuperar su independencia.

3. Acompañante: En este aspecto la enfermera supervisa y educa al paciente, pero el paciente es quien realizará sus propios cuidados.

Metaparadigma de enfermería

El metaparadigma descrito por Virginia Henderson comprende los siguientes elementos conceptuales:

Persona: Henderson consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.²¹

Salud: se equipará con la independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. La satisfacción de estas necesidades, en toda su complejidad, es la que mantiene la integralidad de la persona. Requiere de fuerza, voluntad o conocimiento.²³

Enfermería: La función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.²¹

Entorno: en diversos escritos, Henderson habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera. Lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. El papel de la enfermera en la sociedad es proporcionar servicios a los individuos, incapaces de lograr su independencia y contribuir a su educación para que éstos puedan cubrir sus necesidades. Según Henderson, la enfermera puede modificar el entorno siempre que lo crea necesario.²¹

Proceso de atención de enfermería y su relación con la filosofía de Virginia Henderson

La Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, alejándose del modelo biomédico en el que se trataba la enfermedad para abarcar en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas. Para lograr esta evolución ha sido necesario adoptar un marco teórico conceptual en el que basar los principios y objetivos de la profesión, así como adaptarse al método científico utilizando una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. Esto implica la sistematización del abordaje utilizado para resolver un problema, es decir, la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados.²³

El proceso de atención de enfermería es un método que consiste en utilizar los conocimientos científicos en la asistencia, lo que permite a los profesionales dedicados a la enfermería prestar al paciente los cuidados que necesita de una forma estructurada, lógica y siguiendo un determinado sistema.

La relación existente entre la filosofía conceptual de Virginia Henderson y el Proceso Enfermero (PE) radica en la idea de que la filosofía de Henderson servirá como guía fundamental a la hora de llevar al cabo el Proceso Enfermero. Es decir, valorar las necesidades de un individuo a través de un modelo teórico (en este caso el modelo teórico es la filosofía de Virginia Henderson), orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos.¹⁸

Valoración: se realiza una valoración de las necesidades del paciente. Implica la recogida de datos y su correspondiente validación. Se estructura la valoración desde la respuesta de la persona a las 14 necesidades de Virginia Henderson desde un enfoque físico, psicológico y social.¹⁸

Diagnóstico: el diagnóstico de enfermería corresponde con la fase de interpretación de forma crítica de los resultados obtenidos durante la valoración. Se extraen conclusiones

en base a los datos recogidos. Se delimita el factor causal como fuente de dificultad (concepto del modelo conceptual de Virginia Henderson). Dicha fuente de dificultad puede ser de tipo falta de fuerza, falta de recursos, falta de conocimientos o falta de voluntad. Es decir, se definen los problemas en base a las fuentes de dificultad identificadas.¹⁸

Planificación: Etapa de consenso en la que se establece con el paciente los objetivos o metas a alcanzar. Se establecen también las acciones del cuidador en función de la fuente de dificultad que presente el paciente. De este modo la persona cuidadora establecerá un enfoque de suplencia, ayuda o acompañamiento/supervisión en función del tipo de cuidado a realizar. Por lo tanto, se establecen los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultad detectadas.¹⁸

Ejecución: En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada, de las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe destacar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.²⁴

Evaluación: Se recogen datos para conocer si se han alcanzado los objetivos. Se intenta conocer si se ha eliminado o reducido la fuente de dificultad mediante una valoración del paciente, de nuevo. Se identifica el nivel de dependencia o independencia alcanzado con el plan de cuidados.¹⁸

Daños a la salud

2.1 Anatomía y fisiología

Se considera tejido linfático o linfoide a una forma especial de organización del tejido conjuntivo, constituido por tejido conjuntivo reticular como integrante del estroma y un conjunto de células en el que la mayor parte de sus componentes celulares funcionales son los linfocitos.²⁵

El tejido linfático o linfoide se dispone en el organismo de tres maneras:²⁵

a) Tejido linfático difuso, especialmente en las mucosas de una serie de órganos membranosos integrantes de los aparatos respiratorio, digestivo, genital y urinario.

b) Tejido linfático en forma de cordones, por ejemplo, en la médula de los ganglios linfáticos o integrando el parénquima de la denominada pulpa blanca del bazo.

c) Tejido linfático folicular, constituido por tejido linfático organizado en estructuras esféricas u ovoides denominados nódulos o folículos linfáticos, que, a su vez pueden estar diseminados en las mucosas o rodeados de una cápsula conjuntiva para formar los órganos linfáticos como el bazo, ganglios linfáticos o linfonodos y el timo.

El sistema linfático está compuesto por un líquido llamado linfa, vasos linfáticos (que transportan la linfa), diversas estructuras y órganos formados por tejidos linfáticos (linfocitos dentro de un tejido que los filtra) y la médula ósea. Este sistema contribuye a la circulación de los líquidos corporales y ayuda a defender al cuerpo de aquellos agentes que provocan enfermedades. La mayoría de los componentes del plasma sanguíneo filtran a través de las paredes de los capilares para formar el líquido intersticial. Una vez que el líquido intersticial ingresa en los vasos linfáticos, se denomina linfa. El líquido intersticial se encuentra entre las células, mientras que la linfa se ubica dentro de los vasos y los tejidos linfáticos.²⁶

El sistema linfático cumple 3 funciones principales:²⁶

1. Drenaje del exceso de líquido intersticial. Los vasos linfáticos drenan el exceso de líquido intersticial de los espacios tisulares hacia la sangre.

2. Transporte de los lípidos de la dieta. Los vasos linfáticos se encargan del transporte de lípidos y vitaminas liposolubles (A, D, E y K), que se absorben a través del tubo digestivo.

3. Desarrollo de la respuesta inmunitaria. El tejido linfático inicia las respuestas específicas dirigidas contra microorganismos o células anormales determinados.

Los vasos linfáticos nacen como capilares linfáticos, que se encuentran en los espacios intercelulares y presentan un extremo cerrado. Así como los capilares sanguíneos convergen para formar las vénulas y luego las venas, los capilares linfáticos se unen para formar vasos linfáticos más grandes. A intervalos, a lo largo de los vasos linfáticos, hay ganglios linfáticos a través de los cuales fluye la linfa. Estos ganglios linfáticos son órganos encapsulados en forma de alubia (reniforme), constituidos por masas de células B y células T.²⁶ **(Figura 2)**

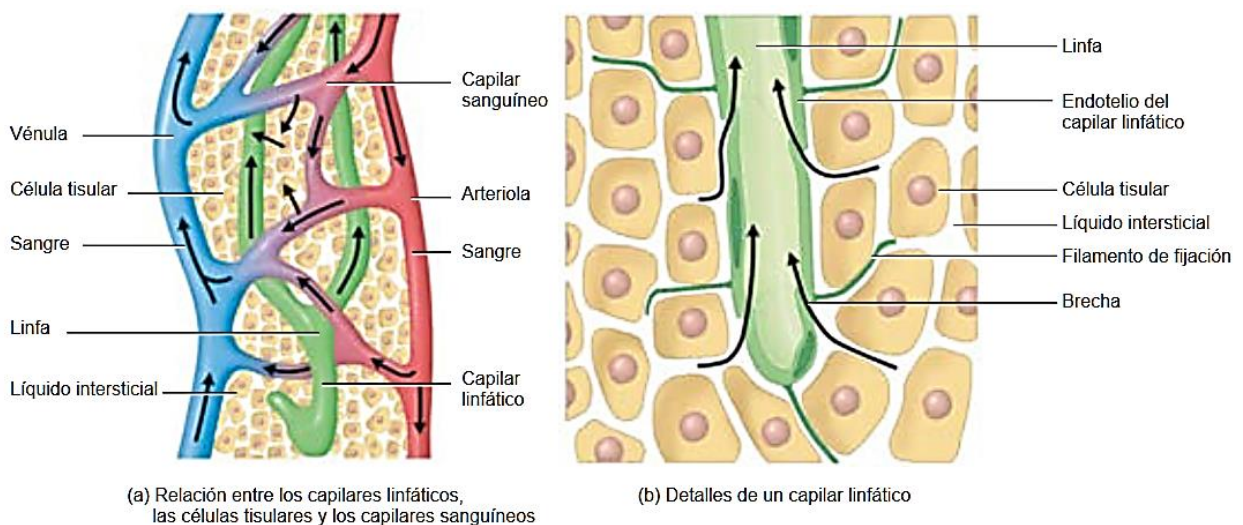


Figura 2. Capilares linfáticos. Fuente: Tortora y Derrickson. 2013.

Los órganos linfáticos se clasifican en:²⁶

Órganos linfáticos primarios:

son los sitios donde las células madre se dividen y se diferencian en células inmunocompetentes, es decir, capaces de producir una respuesta inmunitaria. Los órganos linfáticos primarios comprenden la médula ósea (en los huesos planos y en las epífisis de los huesos largos de los adultos) y el timo. Las células madre pluripotenciales de la médula ósea originan células B maduras inmunocompetentes y células pre-T, que migran hacia el timo para diferenciarse en células T inmunocompetentes.

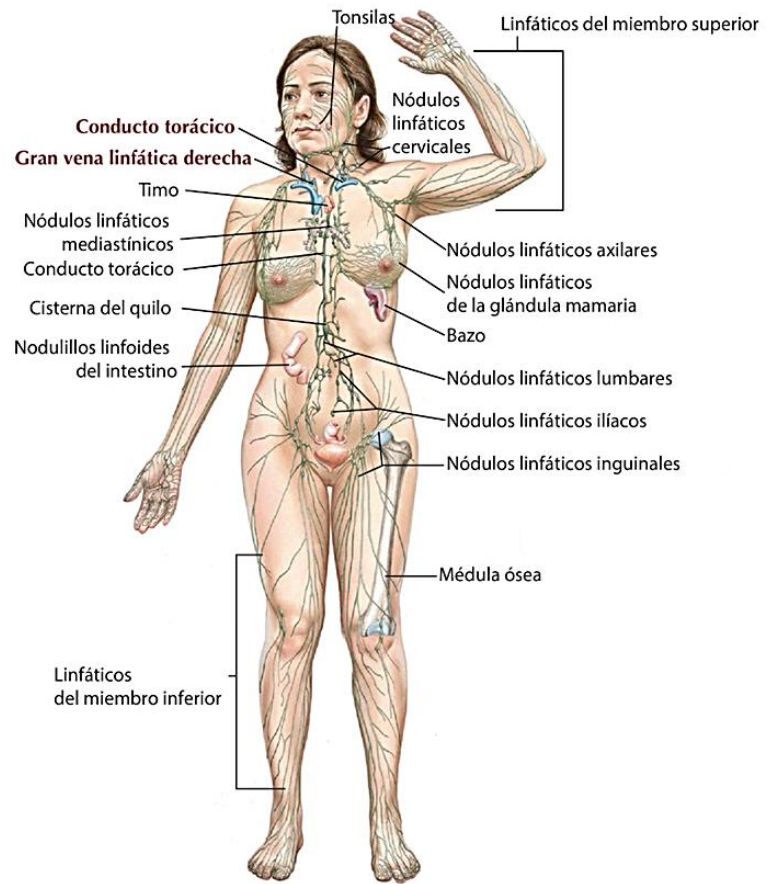


Figura 3. Componentes del sistema linfático. Fuente: Elsevier Connect

Órganos linfáticos secundarios: son sitios donde se desarrollan la mayor parte de las repuestas inmunitarias e incluyen los ganglios linfáticos, el bazo y los ganglios (folículos) linfáticos. El timo, los ganglios linfáticos y el bazo se consideran órganos porque cada uno de ellos se encuentra rodeado por una cápsula de tejido conectivo; en cambio, los ganglios linfáticos no se consideran órganos ya que carecen de cápsula (**Figura 3**).

Los linfocitos son las principales células que forman el tejido linfático, que es una parte importante del sistema inmunitario. La mayoría de los linfocitos se mueven constantemente entre los tejidos linfoides, la linfa y la sangre, pasando muy pocas horas en la sangre cada vez. Así, sólo una pequeña proporción del total de linfocitos se

encuentra en el torrente sanguíneo en un momento dado. Los tres tipos principales de linfocitos son las células B, las células T y las natural killer (NK)²⁶ (**Figura 4**):

- Las células B son particularmente efectivas en la destrucción de bacterias e inactivación de sus toxinas.
- Las células T atacan virus, hongos, células trasplantadas, células cancerosas y algunas bacterias, y son responsables de las reacciones transfusionales, las reacciones alérgicas y el rechazo de órganos trasplantados. Las respuestas inmunitarias llevadas a cabo tanto por las células B como por las células T.
- Las células NK atacan a una amplia variedad de microbios infecciosos y ciertas células tumorales de surgimiento espontáneo.

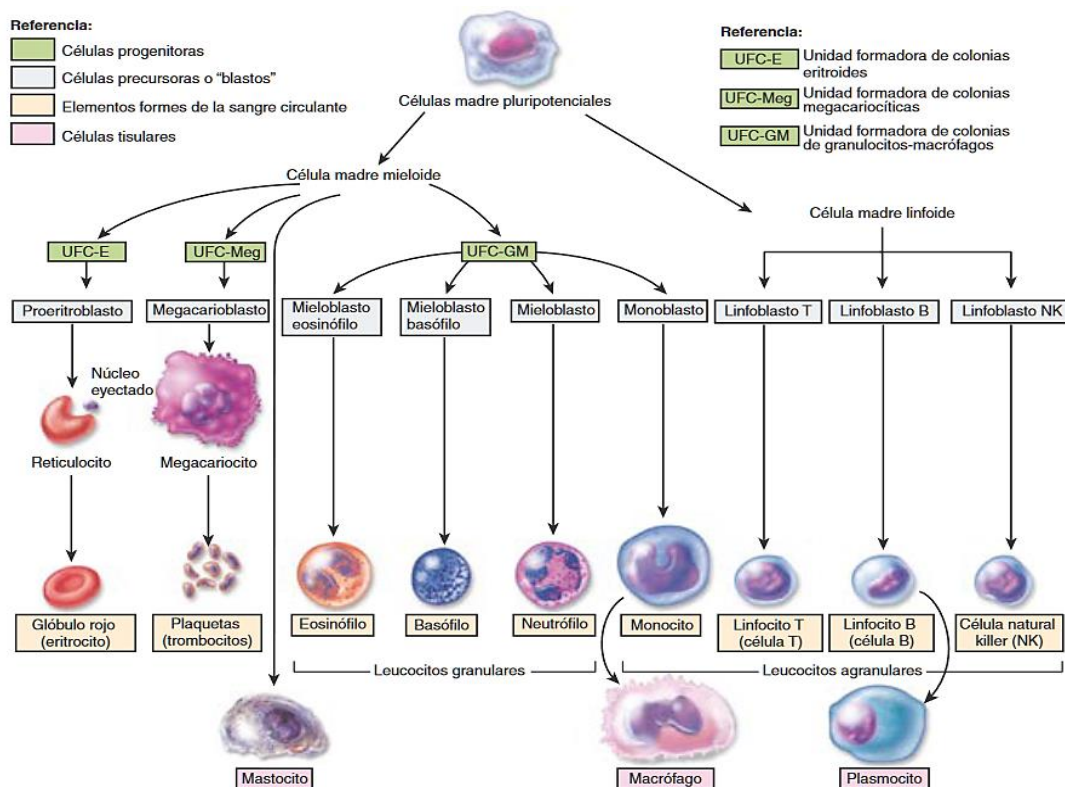


Figura 4. Origen, desarrollo y estructura de las células sanguíneas. Fuente: Tortora y Derrickson. 2013.

Los linfomas

Son un grupo heterogéneo de neoplasias hematológicas que se originan en el tejido linfoide y se desarrollan como consecuencia de la expansión clonal de una línea linfoide (linfocitos B o T y, más raramente, natural killer (NK)). En términos biológicos, se distinguen por la transformación neoplásica de los linfocitos durante alguna de sus etapas específicas de maduración¹. Tradicionalmente esta enfermedad se ha dividido en dos grandes grupos: linfoma de Hodgkin (LH) y linfoma no Hodgkin (LNH), aunque existen más de 50 linfomas distintos, cuya diferencia radica principalmente en las características de las células linfoides malignas, en cómo se comportan, propagan y responden al tratamiento, por lo que es importante diferenciarlos.⁷

El linfoma folicular (LF) es un subtipo bien definido de linfoma no Hodgkin que se desarrolla a partir de las células B del centro germinal en los ganglios linfáticos y que tiene un patrón de crecimiento folicular. El LF es una neoplasia de crecimiento lento con un bajo grado de agresividad.⁹ Los LF comprenden infiltrados linfocíticos formados fundamentalmente por linfocitos pequeños hendidos, con unas cantidades crecientes de células que van aumentando de grado. Los linfocitos son positivos para CD10 y CD20 y negativos para CD5.²⁷

2.2 Epidemiología

En 2020 se diagnosticaron más de 500,000 nuevos casos de linfoma no Hodgkin y se registraron casi 260 000 muertes en todo el mundo. Mientras que en México en el mismo año se diagnosticaron 6 840 nuevos casos de LNH.¹ El LF es el segundo tipo de linfoma no Hodgkin más frecuentemente diagnosticado, con cerca del 20% de los casos. Se estima que cada año se diagnostican unos 2.7 nuevos casos de LF por cada 100,000 habitantes en todo el mundo, con 0.5 muertes por cada 100,000 personas.⁹

Según los datos del Programa de Seguimiento, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) del Instituto Nacional del Cáncer (NCI), la tasa de supervivencia a los cinco

años, basada en las muertes entre 2009 y 2015, es del 88.4%. La edad mediana en el momento del diagnóstico es de 63 años y el grupo de edad más frecuentemente diagnosticado se encuentra entre los 55 y los 64 años, con el 27.4% de los casos nuevos.⁹

Según el informe publicado por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de México, los tumores del sistema hematopoyético han aumentado su incidencia de forma paulatina a lo largo del tiempo, incluido el LF.⁹

2.3 Factores de riesgo²⁸

En la mayoría de los pacientes, no hay una causa conocida e identificable. Existe un incremento de la incidencia con la edad. Por otra parte, hay una serie de circunstancias o enfermedades que pueden predisponer al desarrollo de un linfoma no Hodgkin.

Entre estas situaciones predisponentes se encuentra: los tratamientos previos con agentes inmunosupresores, quimioterapia antineoplásica, radioterapia o trasplante de órganos.

También se han asociado a algunas infecciones como la provocada por el virus HIV-1, HTLV-I, infecciones por Epstein-Barr, hepatitis C, *Borrelia burdorferi*, o a enfermedades del tejido conectivo como Lupus eritematoso, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, crioglobulinemia mixta e incluso a determinadas enfermedades gastrointestinales como la enfermedad de Crohn o gastritis crónica por *Helicobacter pylori* a algunos tipos especiales de linfomas gástricos. Hay evidencia de riesgo entre personal expuesto a plaguicidas.

2.4 Manifestaciones clínicas

El LF a menudo es asintomático, lo que significa que puede estar presente durante años y ser diagnosticado en las fases avanzadas de la enfermedad, cuando aparecen los

síntomas. El signo más común del LF es el incremento palpable y no doloroso de los ganglios linfáticos en el cuello, las axilas o la región inguino femoral. Las adenomegalias pueden ser duroelásticas y únicas, pero luego coalescen para formar conglomerados. Los ganglios linfáticos afectados generalmente no son dolorosos. El compromiso ganglionar es localizado en algunos pacientes, pero la mayoría presenta varias regiones afectadas, por lo general estas no suelen ser palpables, este signo puede aparecer y desaparecer durante varios años antes del diagnóstico de LF.

Algunos síntomas y signos inespecíficos pero comunes en los LNH son:²⁹

- **Esplenomegalia**
- **Afectación extraganglionar:** Los órganos más afectados son el tracto gastrointestinal, anillo de Waldeyer, piel y glándulas salivares.
- **Síntomas “B”:** la presencia de los llamados síntomas B (pérdida de peso superior al 10% del peso corporal, diaforesis nocturna y fiebre no explicada con temperatura mayor a 38°C). Pueden aparecer en un 40-50% de los pacientes con LNH agresivo.
- **Síntomas generales:** Dependen del órgano afectado por lo que la clínica es muy variable. La afectación de regiones ganglionares internas puede producir síntomas indirectos como síndrome de compresión de vena cava superior u otros como molestias abdominales (afectación retroperitoneal).

2.5 Vías de diseminación

El LNH tiene una afectación temprana de la médula ósea, además de una diseminación hematogena y no contigua, lo que caracteriza al LNH, particularmente en los tipos de bajo grado, en claro contraste con la distribución del LH. Los ganglios extra axiales, entre ellos los epitrocleares y los mesentéricos, se afectan con frecuencia, lo que de nuevo se diferencia de lo que sucede en el LH. Los LNH de grado intermedio y alto se manifiestan a menudo en localizaciones extraganglionares, entre ellas el anillo de Waldeyer, el tubo digestivo, la piel, los huesos y el SNC.²⁷

2.6 Diagnóstico^{16,30}

El diagnóstico de los LNH se basa en la biopsia tisular del tejido afecto de forma primaria, habitualmente ganglio linfático, con objeto de determinar la morfología o histología ganglionar y realizar las técnicas diagnósticas complementarias adecuadas, que permitan el estudio inmunológico, citogenético y molecular necesario para su correcta tipificación.

Su revisión debe ser por un patólogo experimentado. Las biopsias por tru-cut pueden ser suficientes cuando no se tenga tejido accesible. La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) puede sugerir el diagnóstico, éste debe ser complementado con otros estudios como el inmunofenotipo que consiste en el empleo de anticuerpos para antígenos celulares de superficie, citoplasmáticos o nucleares, lo cual permite la determinación de la célula de origen (estirpe B, T o de células NK), lo cual se puede determinar en células en suspensión a través de la citometría de flujo.

La clasificación de los LNH ha ido cambiando a lo largo del tiempo, a medida en que se disponía de mejores herramientas: citomorfología en un principio, inmunohistoquímica y citogenética a continuación y, en la actualidad, biología molecular. Todavía, la clasificación de 2008 de la OMS es utilizada y permite alcanzar un amplio consenso entre los expertos de todas las nacionalidades.

Clasificación de la OMS de los LNH:

- Neoplasias de precursores linfoides
- Linfoma linfoblástico T
- Linfoma linfoblástico B
- Neoplasias de células B maduras
- Linfoma de Burkitt
- Linfoma difuso de células grandes B
- Linfoma de células B mediastínico primario
- Neoplasias de células T maduras

- Linfoma anaplásico de células grandes, anaplastic lymphoma kinase (ALK) positivo.

El LF se considera un subgrupo de linfomas no Hodgkin indolentes de origen centro folicular de células B, caracterizado por un patrón de remisiones y recaídas continuas. El linfoma folicular constituye el 20-25 % de todos los linfomas no Hodgkin y hasta 70 % de los linfomas indolentes.

El sello distintivo genético de esta enfermedad es la translocación t (14; 18) (q32; q21), que origina la sobreexpresión de bcl-2. La Bcl-2 (B-cell lymphoma 2), una proteína localizada en la membrana mitocondrial, que regula la apoptosis. El gen bcl-2 del cromosoma 18 es translocado junto a la región de las cadenas pesadas de las inmunoglobulinas en el cromosoma 14.

La inmunohistoquímica mínima obligatoria que debe realizarse es: CD45, CD20 y CD3, la cual deberá complementarse con la sospecha diagnóstica. EL CD20 es un biomarcador validado de células B, junto con CD19. Es un receptor de membrana que los linfocitos B adquieren en su desarrollo fisiológico. Esta proteína se expresa en la superficie de las células B. Se emplea en el diagnóstico de los linfomas B, es una diana molecular del anticuerpo monoclonal rituximab y de los radioinmunoisótopos utilizados en el tratamiento de los linfomas B.

Una vez confirmado el diagnóstico, debe realizarse un exhaustivo estudio de extensión, el cual es un requisito previo fundamental antes de iniciar el tratamiento de los pacientes con LNH, que incluirá:

a. Anamnesis: síntomas B (fiebre, diaforesis, y pérdida de peso), antecedentes patológicos (inmunodeficiencias primarias o secundarias), fechas aparición y ritmo de crecimiento de adenopatías.

b. Exploración física: nodos linfáticos periféricos, hígado, bazo.

c. Estudio de laboratorio:

- Hemograma y morfología de sangre periférica; velocidad de sedimentación globular (VSG).
- Bioquímica completa, función hepática y renal.
- LDH, ácido úrico, beta-2-microglobulina.
- Proteinograma e Inmunoelectroforesis.
- Serología: Hepatitis B, Hepatitis C, Epstein Barr y VIH.

d. Electrocardiograma.

e. Estudios de imagen radiológicos y medicina nuclear:

- Radiografía simple de tórax, TAC de cuello a pelvis, Tomografía por Emisión de Positrones (PET)

f. Fracción de Eyección de Ventrículo Izquierdo (FEVI).

g. Biopsia o aspirado de médula ósea: histología, citología e inmunofenotipo/ inmunohistoquímica.

h. Otros estudios adicionales:

- Biopsia hepática (si sospecha de afectación hepática).
- Gammagrafía ósea (linfomas primarios óseos).

Tras la anamnesis y exploración física debe hacerse una valoración sistematizada del estadio funcional del paciente (performance estatus (PS) y/o Índice de Karnofsky) y calcular los Índices Pronósticos Internacionales correspondientes.

2.7 Factores pronósticos

El LF es una enfermedad indolente de progresión lenta y altas tasas de respuesta a la terapia, que se caracteriza por tener múltiples recaídas y presentar de forma gradual resistencia a los distintos tratamientos, lo que lleva a la progresión o transformación de la enfermedad en un subtipo agresivo que se asocia con mal pronóstico.⁹

FLIPI³¹

El Índice Pronóstico Internacional del LF (FLIPI), publicado en 2004, es un sistema pronóstico que asigna 1 punto por cada uno de los siguientes criterios:

- Edad \geq 60 años.
- Estadio Ann-Arbor III o IV.
- Hemoglobina $<$ 12 g/dl.
- LNH $>$ valor límite máximo de la normalidad.
- Número de afectaciones ganglionares: \geq 5.

Los grupos de acuerdo con la puntuación se clasifican en:

- Grupo de Riesgo Bajo: 0 y 1 punto.
- Grupo de Riesgo Intermedio: 2 puntos.
- Grupo de Riesgo Alto: 3, 4 o 5 puntos

FLIPI-2³¹

En 2009, con datos de pacientes recientemente diagnosticados de LF y tratados ya con esquemas que incluían Rituximab en su diseño, el grupo International Follicular Lymphoma Prognostic Factor Project, publica el FLIPI-2. En este caso, se le asigna 1 punto por cada uno de los siguientes criterios:

- β 2-microglobulina > valor límite máximo de la normalidad
- Afectación ganglionar > 6 cm. de diámetro máximo.
- Afectación de Médula Ósea.
- Hemoglobina < 12 g/dl.
- Edad > 60 años.

Los grupos de acuerdo con la puntuación se clasifican en:

- Grupo de Riesgo Bajo: 0 puntos.
- Grupo de Riesgo Intermedio: 1 o 2 puntos.
- Grupo de Riesgo Alto: 3, 4 o 5 puntos.

Criterios Gelf De “Baja Masa Tumoral”³¹

El Groupe d'Étude des Lymphomas Folliculaires (GELF) considera a los pacientes con LF con “baja masa tumoral”, los que no presenten ninguno de los siguientes criterios:

- Ganglio o masa tumoral extraganglionar de diámetro ≥ 7 cm.
- Afectación de, al menos, 3 regiones ganglionares, cada una con un diámetro ≥ 3 cm
- Presencia de cualquier síntoma B
- Esplenomegalia
- Síndrome compresivo
- Derrame pleural o ascitis
- Afectación de sangre periférica (leucemización) ($> 5 \times 10^9/l$ células tumorales)
- Citopenias periféricas (RAN $< 1 \times 10^9/l$ y/o plaquetas $< 100 \times 10^9/l$).

Este dato de “Baja Masa Tumoral” es altamente relevante a la hora de seleccionar el tratamiento de inducción en primera línea.

2.8 Estadificación^{9,32}

Los estadios informan sobre la localización y extensión del LF, aportan información sobre el pronóstico, permiten hacer comparaciones entre estudios y ofrecen una referencia sobre la que comparar la respuesta al tratamiento o la progresión de la enfermedad.

La clasificación Ann Arbor se basa principalmente en la distribución de los ganglios linfáticos afectados respecto al diafragma y en el compromiso extraganglionar, y consta de cuatro estadios (I-IV) (**figura 5**):

- Estadio I: afectación de una única región ganglionar o de un único sitio extraganglionar (I).
- Estadio II: dos o más regiones ganglionares afectadas o al menos una región ganglionar más un sitio extraganglionar (II) en el mismo lado del diafragma.
- Estadio III: regiones ganglionares o estructuras linfoides (como el timo o el anillo de Waldeyer) a ambos lados del diafragma con posible afectación localizada de un sitio extraganglionar (III) o del bazo (III).
- Estadio IV: afectación difusa o diseminada de órganos extraganglionares.

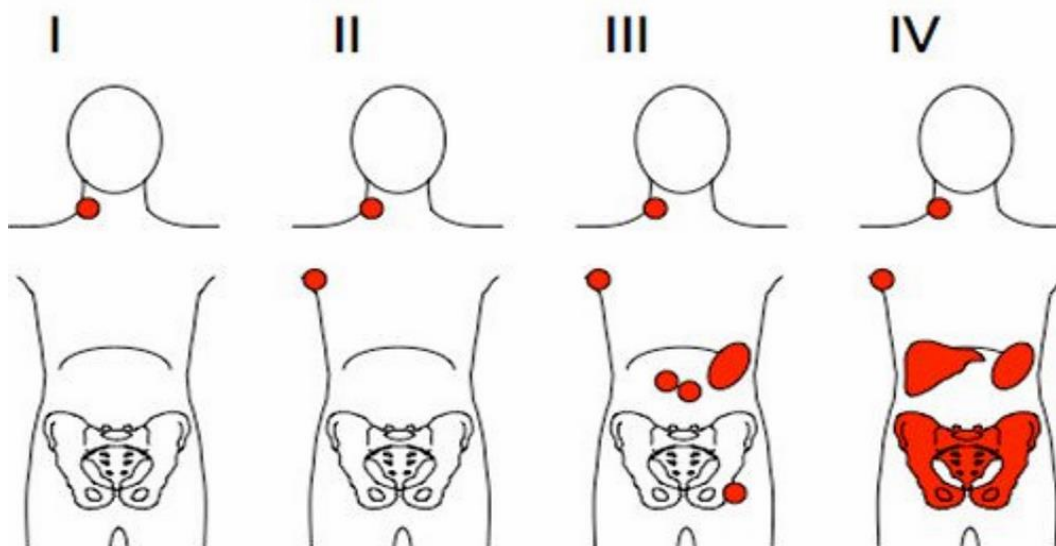


Figura 5. Estadios según Ann Arbor. Disponible en: <https://www.drapaez.com/post/estadiaje-de-linfomas>

Para detectar enfermedad ganglionar y extraganglionar oculta, se realiza una tomografía computarizada (TC) de cuello, tórax y abdomen. Los pacientes con sospecha de linfoma en el sistema nervioso central requieren resonancia magnética (RM) del cráneo. En la TC, los ganglios de 1 cm o mayores y los defectos de llenado en bazo / hígado se consideran infiltrados linfomatosos. Una masa ganglionar se considera voluminosa si es de 10 cm o mayor o equivale a una tercera parte del diámetro del tórax o más.

La tomografía por emisión de positrones (PET-CT) es el avance reciente más importante en la estadificación no invasiva, con alta sensibilidad y especificidad para detectar sitios ganglionares y extraganglionares que pasan desapercibidos en la TC.

2.9 Tratamiento

El LF a menudo crece lentamente y responde bien al tratamiento, aunque es muy difícil de curar. A menudo regresa después del tratamiento, aunque antes de que esto ocurra pueden pasar muchos años. Es posible que algunas personas nunca necesiten ningún tratamiento, mientras que para aquellas que sí lo requieran es posible que tome años antes de que lo necesiten.³³ El tratamiento del Linfoma No Hodgkin Folicular es variable y depende sustancialmente del estadio de la enfermedad, del tipo histológico, factores pronósticos y comorbilidad de los pacientes. El tratamiento específico va dirigido a la destrucción de las células tumorales en el sitio primario y de los que se ubican a distancia completa del tumor.¹³

Entre los tratamientos esta la quimioterapia antineoplásica, radioterapia y el trasplante de médula ósea. La quimioterapia antineoplásica es el uso de medicamentos citostáticos que generalmente se aplican por vía intravenosa, oral o intratecal, esta última en caso de metástasis a cerebro o medula espinal. La inmunoterapia es el tratamiento que refuerza el sistema inmunológico usando principalmente anticuerpos monoclonales, los cuales pueden ayudar a combatir las infecciones.¹³

Tratamiento en estadios I y II inicial

Si se requiere tratamiento para el linfoma folicular que se encuentra en un solo grupo de ganglios linfáticos o en dos grupos cercanos, ambos ubicados sobre o debajo del diafragma (el músculo delgado que separa el tórax del abdomen), el tratamiento preferido es radioterapia a las áreas de los ganglios linfáticos afectadas por el linfoma (radioterapia dirigida al lugar afectado). Otras opciones incluyen el tratamiento con quimioterapia antineoplásica además de un anticuerpo monoclonal (rituximab o obinutuzumab), o rituximab solo, que podría ser seguida de radioterapia.³³

La actitud de Esperar y Ver (Watchful Waiting) o la monoterapia con Rituximab deberá de ser valorada en casos muy seleccionados en donde el tratamiento radioterapéutico puede tener una importante toxicidad secundaria (por ejemplo, el síndrome seco post-irradiación cervical).³¹

Pacientes en estadio avanzado (estadios II, III y IV) asintomáticos y sin factores de riesgo o con criterios de “baja masa tumoral”³¹

- Dado que, en la actualidad, el LF continúa considerándose una enfermedad incurable con las aproximaciones terapéuticas actuales, la opción de Esperar y Ver (Watchful Waiting) (vigilancia clínico-biológica activa) hasta progresión del LF constituye una opción válida para este grupo de pacientes.
- De todos modos, en esta situación clínica, es necesario tener en consideración la opinión/preferencia del paciente

Pacientes en estadio avanzado (estadios II, III y IV) sintomáticos o sin criterios de “baja masa tumoral”³¹

- El Rituximab asociado al esquema quimioterápico CHOP (R-CHOP) ha demostrado un aumento de las tasas de Supervivencia Libre de Enfermedad, Supervivencia Global y Duración de la Respuesta frente al esquema CHOP

aisladamente y constituye el tratamiento estándar en la actualidad en este subgrupo de pacientes. Aunque el número de ciclos a administrar y la periodicidad de estos no está claramente definida, suelen ser hasta un máximo de 8 con una periodicidad cada 21 días. El esquema Rituximab + Bendamustina (RB) constituye una alternativa costo-efectiva y atractiva en la práctica clínica diaria; de este esquema, con una periodicidad cada 28 días, habitualmente se administran un máximo de 6 ciclos.

Pacientes no candidatos a tratamiento con “intención curativa” o criterios de fragilidad (un-fit) en estadio avanzado (estadios II, III y IV) sintomáticos o sin criterios de “baja masa tumoral”³¹

- Rituximab en monoterapia (375 mg/m² IV. en pauta semanal, durante 4 semanas).
- Rituximab + Clorambucilo.
- Rituximab + Ciclofosfamida.
- Rituximab + Ciclofosfamida + Vincristina + Prednisona (R-CVP).

Pacientes con afectación local voluminosa (bulky > de 10 cm.)³¹

Se puede valorar la asociación de tratamiento radioterapéutico local (a una dosis máxima de 30 Gys) al tratamiento sistémico previamente señalado como consolidación en lesiones residuales PET+. Según la Revista de Hematología Mexicana, también se podría definir el tratamiento para el LF de acuerdo con la carga tumoral que tenga el paciente³⁴ **(Figura 6 y 7):**

Evaluación de la carga tumoral: Existe controversia en los criterios que se usan para iniciar el tratamiento. Los dos sistemas más utilizados para definir la carga tumoral son los propuestos por el Grupo de estudio de los linfomas foliculares (GELF) de Alemania³⁴ **(cuadro 2).**

Criterios GELF
Síntomas B presentes
Cualquier adenopatía o tumor extranodal de 7 cm
Tres o más adenopatías de 3 cm o mayores
DHL elevada y B2 microglobulina alta
Hemoglobina menor a 10 g/dL, leucocitos menores a
1.5 x 10 ⁹ , plaquetas menores a 100 x 10 ⁹
Bazo mayor a 16 cm medido por tomografía axial computada
Afectación de órgano
Derrame pleural, ascitis

Cuadro 2. Criterios GELF.

Baja carga tumoral		
	Estadio I/II	Estadio III/IV
Primera línea	Radioterapia a campo afectado 24 Gy. Considerar observar y esperar o monoterapia con rituximab en casos seleccionados.	Observar y esperar. Considerar monoterapia con rituximab.
Recaída-progresión	Observar y esperar. Monoterapia con rituximab. Radiación paliativa (por ejemplo 2 x 2 Gy) en casos seleccionados.	Observar y esperar en asintomáticos. R-CHOP, RCVP, Benda-Rituxi (RB). En casos selectos monoterapia con rituximab.
Recaída tardía-progresión	Observar y esperar. Monoterapia con rituximab. Radiación paliativa (por ejemplo 2 x 2 Gy) en casos seleccionados.	Monoterapia con rituximab. Quimioterapia (remisión mayor a 12-14 meses).

Figura 6. La primera línea de tratamiento, así como las opciones en recaída o progresión, se muestran de acuerdo con la clasificación por estadios y carga tumoral. Fuente: Revista de Hematología. 2018

Los antineoplásicos o la inmunoterapia puede usarse en combinación formando esquemas específicos para tratar el LNH (**apéndice 1, pág. 107**) con el fin de que la utilización de diferentes citotóxicos aumente la potencia terapéutica.

Terapia de mantenimiento en primera línea³¹

El tratamiento inmunoterapéutico de mantenimiento con Rituximab a la dosis de 375 mg/m² i.v. ó 1400 mg. v.s.c., cada 2 meses durante 2 años, en aquellos pacientes que hayan obtenido la Remisión Completa o Parcial con los esquemas de inmunquimioterapia inducción en primera línea, ha demostrado prolongar significativamente la Supervivencia Libre de Progresión y Supervivencia Libre de Enfermedad respecto a la observación, por lo que está indicado en la actualidad.

Terapia de mantenimiento en segunda línea³¹

Se debe de valorar individualmente el tratamiento de mantenimiento con Rituximab a la dosis de 375 mg/m² i.v. ó 1400 mg. v.s.c. cada 3 meses durante 2 años, en aquellas pacientes que hayan obtenido la 2ª Remisión Completa o Parcial. Siendo especialmente recomendable en los pacientes que no lo han recibido en inducción. En los pacientes refractarios a Rituximab, tras alcanzar Respuesta con el esquema Obinutuzumab + Bendamustina, se administrará tratamiento inmunoterapéutico de mantenimiento con Obinutuzumab a la dosis de 1000 mg. i.v. cada 2 meses, durante 2 años.

Seguimiento

Durante los 2 años de tratamiento de mantenimiento con Rituximab, los pacientes deberán de ser evaluados clínica y biológicamente cada 2 meses, realizándose un seguimiento radiológico por TAC, con una periodicidad no superior a 6 meses, aunque según disponibilidad. Posteriormente, durante los primeros 5 años, se recomienda valoración clínico-biológica semestral con seguimiento radiológico anual por TAC.

Recaída o refractariedad

La historia natural de los linfomas indolentes se caracteriza por un curso clínico con múltiples recaídas y remisiones tras el tratamiento, siendo éstas cada vez menos

duraderas. Antes de iniciar el tratamiento de las recaídas es necesario descartar mediante biopsia una transformación secundaria a una entidad histológica más agresiva, habitualmente LDCGB, que ocurre hasta en el 10% de los LF a los 5 años y del 40% a los 10 años. La transformación histológica es el factor de peor pronóstico en la evolución de los linfomas indolentes y requiere pautas de tratamiento similares a las de los linfomas agresivos.³⁰

Alta carga tumoral		
	Estadio I/II Menor de 65 años	Estadio III/IV Mayor de 65 años
Primera línea	<p>Quimioinmunoterapia.</p> <p>En casos selectos rituximab (no apto, comorbilidades o ambos).</p> <p>RC/RP: mantenimiento con rituximab cada dos meses durante dos años.</p>	<p>Quimioinmunoterapia (R-CHOP[®], RCVP) en paciente apto.</p> <p>Rituxi + Clorambucilo en paciente no apto.</p> <p>Monoterapia con rituximab.</p>
Recaída-progresión	<p>Depende de la primera línea de tratamiento y de la duración de la remisión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quimioinmunoterapia mas mantenimiento con rituximab cada tres meses durante dos años. 2. Recaída temprana: AUTO-TCPH 	<p>RC/RP: mantenimiento con rituximab cada dos meses durante dos años.</p> <p>Depende de la primera línea de tratamiento y de la duración de la remisión:</p> <p>Quimioinmunoterapia (R-CHOP, RCVP) con o sin mantenimiento con rituximab (cada tres meses durante dos años).</p>
Recaída tardía-progresión	<p>Depende del tratamiento previo y de la duración de la remisión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quimioterapia (mayor tiempo de remisión) + mantenimiento con rituximab (si no se administró previamente). 2. Rituximab en monoterapia. 3. Lenalidomida con o sin rituximab. 4. Fludarabina + rituximab. 5. Rituxi + fludara + mitoxantrona + dexa. 6. Bendamustina + obinutuzumab. 7. Con bulky local o enfermedad asintomática local: RT 4 a 30 Gy con o sin quimioterapia. 8. Dosis altas de quimioterapia seguidas de AutoTMO. 9. En casos seleccionados trasplante alogénico. 	<p>Depende del tratamiento previo y de la duración de la remisión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quimioinmunoterapia (mayor tiempo de remisión) + mantenimiento con rituximab (si previamente no se administró). 2. Rituximab como monoterapia.

Figura 7. La primera línea de tratamiento, así como las opciones en recaída o progresión, se muestran de acuerdo con la clasificación por estadios y carga tumoral. Fuente: Revista de Hematología. 2018

Capítulo 3

Metodología

Búsqueda de información

Para realizar la elaboración de este estudio de caso se realizó una búsqueda exhaustiva de información haciendo uso de palabras clave en diferentes fuentes, tales como: Medigraphic, Redalyc, Google académico, Clinical-Key, Scielo, Globocan, American Society of Clinical Oncology, Biblioteca Digital UNAM y World Health Organization (WHO). Revistas electrónicas: Revista-portales médicos, Permanyer. Guías de práctica clínica: publicadas por la SMEO, Manual MSD para profesionales. Se utilizaron también libros físicos y electrónicos como: Anatomía y Fisiología de Tortora y Derrickson, Oncología General para Profesionales De La Salud De Primer Contacto de la editorial Permanyer México, Manual de oncología clínica de Casciato y el Manual de oncología: procedimientos medico quirúrgicos de la editorial McGraw Hill Education.

Sujetos

Persona

Se trata de Rosa femenino de 44 años de edad, casada, con tres hijos varones y dos hijas mujeres, con primaria terminada, dedicada a las labores del hogar, de religión católica, procedente de Acambay Estado de México.

Entorno.

Rosa vive en una casa propia de concreto y lamina, cuenta con tres habitaciones vive en hacinamiento, no tiene drenaje, pero cuenta con agua potable, convive con tres perros.

Salud.

Rosa refiere salpingectomía hace 9 años y laparotomía exploradora diagnóstica en noviembre del 2020, niega enfermedades crónico degenerativas, y antecedentes oncológicos, actualmente presenta un diagnóstico de Linfoma No Hodgkin de Tipo Folicular EC IV, con presencia de adenopatías cervicales, axilares, mediastinales, retroperitoneales y mesentéricas.

Cuidado.

Para la elaboración del plan de cuidados y estructuración del estudio de caso se seleccionó a Rosa B.P que recibiría su primer ciclo de quimioterapia antineoplásica perteneciente al esquema R-CHOP.

Debido al estado funcional que se valoró en Rosa (ECOG 2 puntos) durante su estancia en el servicio de Hemato oncología, fue importante establecer planes de cuidado que aumentaran el grado de independencia de la persona en cuanto a su estado de salud, de igual manera surge la necesidad personal de profundizar en el conocimiento de la enfermedad para adquirir los elementos necesarios que me permitan ayudar a la persona a potenciar y mejorar su estado de salud.

Una vez que se identifica la vulnerabilidad de Rosa, a través de la observación, se decide intervenir mediante un abordaje verbal, planteando la posibilidad de realizar el estudio de caso, recalando que el estudio de caso no repercutirá en su tratamiento ni estancia hospitalaria, que la finalidad es únicamente de tipo académico y que si ella no desea participar más en el estudio tiene la libertad de retirarse cuando lo desee. Se mencionan los beneficios de participar en el estudio de caso ya que se generarán planes de cuidados individualizados con el objetivo de mejorar su estado actual de salud y su independencia.

Material y procedimiento para la elaboración del estudio

En cuanto a la selección del paciente del presente estudio de caso, se eligió en el servicio de Hospitalización de Hematología del séptimo piso del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), en la ciudad de México en mayo 2021 durante las prácticas clínicas de la materia de “Atención de Enfermería I” como parte del programa académico de la Especialidad en Enfermería Oncológica de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Dada la información antes mencionada Rosa decide aceptar, por lo que se firma el consentimiento informado (**anexo 1, pág. 97**), Se realiza una valoración exhaustiva por medio de la aplicación del instrumento de valoración basado en la filosofía de Virginia Henderson (**anexo 2, pág. 98**), obteniendo información de la fuente primaria (Rosa), y del expediente electrónico (INCAnet). Posteriormente se da seguimiento a la persona realizando planes en diferentes momentos de cuidado. Para concluir se ejecutan las intervenciones planteadas, y se evalúa el resultado en cada proceso de atención de enfermería realizado.

Consideraciones éticas

La profesión de enfermería es reconocida como una profesión de servicio, dirigida a ayudar y cuidar de la salud de las personas. La ética de la enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones y los valores del ejercicio profesional, así como los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Dentro de sus deberes fundamentales con los enfermos está el compromiso moral de preservar la vida humana, ya que la reflexión ética se basa en el respeto a dos principios fundamentales: la vida y la autodeterminación de la persona.³⁵

Los cuatro principios fundamentales de la enfermería son:

- Promover la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restaurar la salud.
- Aliviar el sufrimiento

El origen de la Bioética tiene que ver con la búsqueda de un lenguaje común que nos ponga de acuerdo en qué valores han de ser respetados en la práctica sanitaria. Para saber cómo los cuatro principios de la bioética³⁵ orientan la práctica profesional y cómo conforman el carácter enfermero, planteamos una triple pregunta: ¿qué son los cuidados de enfermería? ¿En qué principios éticos se fundamenta esa forma de entender el cuidado? ¿Qué actitudes morales se relacionan con cuidar correctamente? La respuesta será diferente dependiendo del modelo profesional vigente en cada momento de la historia de la enfermería.³⁶

Principio de beneficencia: se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.

Principio de la no maleficencia: se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.

Principio de la justicia: encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.

Principio de autonomía: se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud.

Carta de Derechos Generales de las Enfermeras y Enfermeros³⁷

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales: Tienen derecho a que se les otorguen las facilidades para ejercer la gestión y ejecución del cuidado de enfermería en intervenciones independientes y dependientes al usuario, familia y comunidad, basado en su juicio profesional y sustentado en el Método de Enfermería, dentro de un marco ético, legal, científico y humanista.

2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional: Tienen derecho a trabajar en instalaciones seguras y apropiadas, que les permitan desarrollar sus actividades en las mejores condiciones de protección para su salud e integridad personal. Cuando las características de sus actividades impliquen riesgos para su salud, tienen derecho a que se les dote de los insumos indispensables para minimizar el riesgo laboral.
3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones. Tienen derecho a recibir del establecimiento donde presten sus servicios, el material, equipo y personal requeridos para el desarrollo de su trabajo, conforme a la normativa y las necesidades del área o servicio en el cual desempeñan su actividad profesional.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral. En términos de la obligación de dar información en el ámbito de su responsabilidad en el cuidado de la persona, tienen derecho a no revelar la información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico. En todos los ámbitos de su ejercicio, tienen derecho a recibir trato digno por parte del paciente y sus familiares, así como de los profesionales y personal relacionados con su práctica profesional, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud. Tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a un sistema de educación, capacitación y desarrollo profesional de acuerdo con la normativa de la institución donde laboran.
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo con sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales: Tienen

derecho a ser considerados para participar en actividades de gestión, investigación y docencia como parte de su desarrollo profesional.

8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales: Tienen derecho a integrarse en organizaciones, asociaciones y colegios que les representen para impulsar el desarrollo profesional, la superación de sus agremiados y para vigilancia del ejercicio profesional, conforme a la legislación vigente. Así mismo, la elección del organismo colegiado será libre y sin presiones.
9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo con sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna: Tienen derecho, como cualquier profesionista, sin discriminación alguna y de acuerdo con sus capacidades, a ocupar cargos directivos y de representación para tomar decisiones estratégicas y operativas en las organizaciones de su interés profesional.
10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México³⁸

La observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites de este, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Derechos Generales de los Pacientes³⁹

1. **Recibir atención médica adecuada.** El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención, así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.
2. **Recibir trato digno y respetuoso.** El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género,

de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

- 3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.** El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible.
- 4. Decidir libremente sobre su atención.** El paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.
- 5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.** El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tienen derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa.
- 6. Ser tratado con confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria.
- 7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.** El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

- 8. Recibir atención médica en caso de urgencia.** Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

- 9. Contar con un expediente clínico.** El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.

- 10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.** El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Consentimiento informado⁴⁰

Acto de decisión libre y voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar. El consentimiento informado se sustenta en el principio de autonomía del paciente, considerando para su existencia tres requisitos básicos necesarios para que sea válido: libertad de decisión, explicación suficiente y competencia para decidir.

En el derecho sanitario mexicano el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación se refiere al consentimiento informado como "...el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna".

Así mismo, en la norma oficial mexicana del expediente clínico (nom-004-ssa3-2012) se define a las cartas de consentimiento informado como los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante las cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente. Un formulario escrito de consentimiento informado debe respetar, al menos, los siguientes criterios de información respecto a la intervención o tratamiento:

- a) Naturaleza: en qué consiste, qué se va a hacer.
- b) Objetivos: para qué se hace.
- c) Beneficios: qué mejoría espera obtenerse.
- d) Riesgos, molestias y efectos secundarios posibles, incluidos los derivados de no llevar a cabo la intervención o el tratamiento.
- e) Alternativas posibles a lo propuesto.
- f) Explicación breve del motivo que lleva al médico a elegir una y no otras.
- g) Posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando lo desee.

Más específicamente, con relación a la información sobre riesgos del tratamiento o intervención en los formularios escritos de consentimiento informado, debe ser la siguiente:

- a) Consecuencias posibles o seguras.
- b) Riesgos típicos: aquellos cuya producción debe normalmente esperarse, según el estado y conocimiento actual de la ciencia.
- c) Riesgos personalizados: aquellos que se derivan de las condiciones peculiares de la patología o estado físico del sujeto, así como de las circunstancias personales o profesionales relevantes.
- d) Contraindicaciones.
- e) Disponibilidad explícita a ampliar toda la información si el sujeto lo desea.

Resulta primordial que toda la información se redacte en un lenguaje asequible y comprensible para el paciente, despojado en lo posible de tecnicismos. El reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica establece en su artículo 82, que el documento en que conste la autorización deberá ser redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras y contener:

1. Nombre de la institución a que pertenezca el hospital.
2. Nombre, razón o denominación social del hospital.
3. Título del documento.
4. Lugar y fecha.
5. Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización.
6. Concepto por el que se da la autorización.
7. Nombre y firma de los testigos.

Así mismo debe contener la manifestación del paciente de estar satisfecho con la información recibida, aclaración de las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa, así como su consentimiento para someterse al procedimiento.

Capítulo 4

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

Presentación del caso

Fecha: jueves 13 de mayo del 2021					
Nombre:	Rosa P. B.	Sexo:	Femenino	Edad:	44 años
Estado civil:	Casada	Servicio:	Hemato oncología	N° de Expediente:	00021***9
Escolaridad:	Primaria	Ocupación:	Labores del hogar	Religión:	Católica
Grupo sanguíneo:	O+	Peso:	45 kg	Talla:	1.56 m
Preferencia sexual:	Heterosexual	Diagnóstico actual:	LNH tipo Folicular EC IV		
Lugar de procedencia:	Acambay, Edo. México	Domicilio:	Conocido		

Datos económicos y culturales

a) Estructura familiar

El núcleo familiar de Rosa se compone de su esposo de 46 años, quien se dedica al campo y en ocasiones a ser ayudante de albañil; tres hijos varones de 20, 19 y 17 años respectivamente, quienes han dejado los estudios por falta de solvencia económica; y sus dos hijas menores de 15 y 10 años respectivamente, siendo en este caso la hija menor la única que continúa estudiando.

Al cuidado de Rosa se encuentra su cuñada, con la que se percibe buena relación.

b) Estructura económica

Rosa P. B. refiere que desconoce cuál es el ingreso mensual de su esposo, quien es el pilar económico en su hogar, menciona que en ocasiones tiene trabajo y otras ocasiones no, pero que únicamente viven con el “dinero justo”.

c) Medio ambiente

Habita en casa propia, construida con concreto y lámina. La casa cuenta con 3 habitaciones siendo positiva para hacinamiento, sin servicio de drenaje, refiere que hace uso de letrina. Niega fauna nociva, positiva para zoonosis habitando en el hogar con 3 perros de tamaño mediano. Menciona que no ha tenido exposición a solventes o pesticidas.

Antecedentes personales

Se realiza interrogatorio directo.

a) Antecedentes heredofamiliares

No oncológicos: Madre viva de 74 años aparentemente sana, padre vivo de 77 años aparentemente sano. Cuenta con 6 hermanos (1 finado por cirrosis hepática) resto aparentemente sanos, 5 hijos aparentemente sanos.

Oncológicos: Negados

b) Antecedentes personales

No patológicos: Transfusiones sanguíneas y toxicomanías negadas.

Patológicos: Niega enfermedades crónico degenerativas. Sin alergias conocidas.

Quirúrgicos: Salpingectomía hace 9 años y laparotomía exploratoria en noviembre 2020.

Ginecoobstetricos: 5 gestas y 5 partos.

Padecimiento actual y descripción del caso

Rosa P.B. menciona que en junio 2020 comenzó con problemas digestivos: refiere que padecía disfagia, distensión abdominal moderada que comenzaba cuando ingería

alimentos por lo que acude al médico el cual trata el padecimiento como colitis, se recetan fármacos y Rosa refiere leve mejoría y desaparición de los síntomas solo por pocos días. Con el paso de las semanas Rosa palpa un bulto abdominal que aumenta de volumen.

En noviembre 2020, Rosa acude a consulta con médico FINC (Fuera del Instituto Nacional de Cancerología) presentando la siguiente sintomatología: distensión abdominal severa, detección de tumoración en región supra abdominal de la cual notifica aumento de tamaño, y reporta pérdida de peso de más de 20 kg en los últimos 2 meses. Por lo cual se ordena una tomografía computarizada, la cual reporta neoformación en el retroperitoneo de tipo sólido y vascularizado, con mayor tamaño en la región del flanco y fosa iliaca derecha. Se refiere al servicio de cirugía FINC quien realizó el 10 de noviembre 2020 una laparotomía exploratoria con hallazgo de tumor de 10 cm de consistencia blanda, con raíz mesentérica que se extiende hacia el peritoneo. Se enviaron muestras al servicio de patología y el resultado histopatológico arrojó linfoma folicular con patrón morfológico grado II, no se realiza inmunohistoquímica.

En enero 2021 Rosa refiere que le era imposible conciliar el sueño a causa del dolor abdominal (recurría a diversas posiciones para aliviar el dolor). No podía consumir bebidas ni alimentos sin distenderse, valora su dolor en ENA 9/10 (**anexo 3, pág. 100**).

Se cita a Rosa para que acuda a valoraciones posteriores, pero decide no asistir, hasta que en marzo 2021 Rosa presenta dolor abdominal intenso de tipo cólico, distensión abdominal severa, y nuevas tumoraciones a nivel cervical, por lo cual decide acudir a valoración en el INCan, gracias a que su cuñada, su familia y una intervención psicológica convencen a Rosa de aceptar el tratamiento y la atención médica.

26-04-2021: Se realiza consulta por primera vez en el servicio de Hematología quienes posterior a la valoración deciden realizar: MUGA, PET-CT, y estudios de laboratorio. Los resultados de estos se obtienen el día 10 de mayo 2021 y reportan:

Estudios de gabinete y laboratorio			
Leucocitos	7.3 miles/mm ³	Neutrófilos	4.6 miles/mm ³
Linfocitos	2.4 miles/mm ³	Hemoglobina	13.5 gr/dL
Hematocrito	41.2 %	DHL	519 UI/L
Glucosa	74 mg/dL	Creatinina sérica	.61 mg/dL
Ácido úrico	3.7 mg/dL	Proteínas séricas	4.3 g/dL
FEVI	63.1%		
PET-CT	<ul style="list-style-type: none"> - Adenopatías cervicales izquierdas en niveles III, IV y V - Adenopatías axilares izquierdas en niveles I, II y II con medida de hasta 14mm - Adenopatía axilar derecha en nivel I con medida de 5mm - Adenopatía mediastinal con medida de hasta 12mm - Adenopatía mesentérica que tiene a formar conglomerados ganglionares predominantemente a nivel del tronco celiaco, raíz del mesenterio, peri pancreática con diámetro de hasta 10cm - Adenopatías retroperitoneales en todos los niveles que tienen a formar conglomerados ganglionares siendo la de mayor tamaño la de 35 x 67 mm - Adenopatía cadena iliaca izquierda con medida de 8mm 		
Reporte de inmunohistoquímica	<ul style="list-style-type: none"> - CD20, BCL2, BCL6, CD10 + Cel Neoplásicas - CD3 + Linf. T Reactivos - Ki-67 + 80% Cel. Neoplasicas - CD23 + En Escasas Células Detríticas Foliculares 		

10-05-2021: Después de obtener la determinación histológica con diagnóstico de Linfoma Folicular Grado 3 EC IV FLIPI 3 puntos (DHL; EC, áreas ganglionares) y supervivencia global (SG) a 5 años del 53%. Hematología decide que es candidata para ingresar a hospitalización y recibir la primera aplicación del esquema de quimioterapia antineoplásica (QTAN) R-CHOP 8 ciclos + radioterapia (RT).

11-05-2021: Rosa ingresa al servicio de Hemato oncología del séptimo piso del INCan, es valorada por la clínica de linfomas quien indica iniciar esquema de R-CHOP. Es en este día y en este servicio donde tengo mi primer contacto con Rosa.

12-05-2021: Se coloca CVC de dos lúmenes guiado por el servicio de radiología con técnica Seldinger, se reporta procedimiento satisfactorio sin accidentes, sin datos de sangrado ni evidencia de neumotórax en placa de RX. Durante el turno nocturno le aplican vincristina como parte del esquema R-CHOP.

13-05-2021: Durante el turno matutino se decide abordar a Rosa, con quien que ya se había generado un vínculo de relación enfermera-paciente el día anterior, se realiza una valoración exhaustiva bajo la filosofía conceptual de Virginia Henderson, ella se encuentra en el día +1 de aplicación de la QTAN.

Valoración exhaustiva basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson

1. Necesidad de oxigenación

Rosa se encuentra con frecuencia respiratoria de 19 rpm, con narinas permeables, sin apoyo de oxígeno suplementario. Los campos pulmonares se encuentran ventilados adecuadamente, refiriendo disnea ocasional y dolor a la inspiración en ENA 8/10 cuando termina de comer, lo cual desaparece horas después de ingerir los alimentos. Pulso radial sincrónico con 70 ppm, sin datos de ingurgitación regular. T/A de 100/70 mmHg, llenado capilar en miembro torácico y pélvico de 2 a 3". Sin dolor precordial ni cianosis. Presenta edema en ambos miembros torácicos de ++/++++ de consistencia dura e indoloro a la palpación, sin datos de rubor o calor, de característica fría.

2. Necesidad de nutrición de hidratación

Peso previo de 74 kg, peso actual de 45 kg, talla de 1.56 cm, IMC= 18.49 (riesgo de desnutrición según la OMS) (**anexo 4, pág. 100**). Habitualmente consume 3 a 4 vasos diarios de agua natural y un refresco de cola de 500 mL al día. Antes de iniciar con el padecimiento realizaba tres comidas al día (desayuno, comida y cena) incluyendo en su dieta: carne y pollo 2/7 (refiere que solo lo consumía cuando tenían los recursos

económicos para comprar pollo o carne), huevo 5/7, verduras 1/7, frutas 4/7, leguminosas 7/7 y cereales 7/7.

Actualmente consume el 50% de la dieta blanda prescrita durante la hospitalización, refiriendo que, a pesar de tener hambre, cuando inicia a comer la distensión abdominal le genera disnea y dolor visceral tipo cólico que Rosa valora en ENA 8/10 solo al comer, el cual desaparece horas después de haber ingerido alimentos. Se observa a Rosa comer en ocasiones anteriores con la cama en inclinación de 25°-30°, en semi-fowler, con los codos sobre la cama, haciendo inclinación de la cabeza y con la mesa cama a una altura poco apropiada para la alimentación. Se alimenta de manera independiente en compañía de la cuidadora y menciona aversión por las verduras a excepción de los nopales, cebolla y tomate. Se establece por parte del equipo de nutrición un requerimiento calórico de 1576 Kcal/día, con suplemento alimenticio de fórmula proteica polimérica hipercalórica e hiperproteica de 1 cada 8 horas durante la estancia hospitalaria. A la cual manifiesta aversión refiriendo que la distensión abdominal incrementa abruptamente después de ingerir el complemento proteico.

Glucosa sérica: 80mg/dL

Sodio: 135 mEq/L

Albúmina: 1.4 g/dL

La mucosa oral se encuentra hidratada, color rosa pálido sin presencia de lesiones bucales. Rosa cuenta con dentadura completa con la totalidad de las piezas dentales cubiertas con amalgamas, se valora +12 caries en las piezas dentales.

3. Necesidad de eliminación

Patrón urinario espontáneo, con frecuencia de 4 veces durante el turno con un total de 1600ml, que corresponde a diuresis horaria de .92ml/kg/hr de coloración amarilla, no es fétida, sin dolor al miccionar.

En cuanto al patrón intestinal Rosa refiere que evacua habitualmente 2 veces al día, pero que durante la estancia hospitalaria solo ha evacuado 1 vez al día. Con heces fecales,

en escala Bristol 4 (**anexo 5, pág. 101**). A la palpación abdominal se encuentra masa en fosa iliaca derecha de tamaño considerable, lo que condiciona los malestares abdominales presentes en Rosa. Con presencia de gases.

Urea: 22.0 mg/dL

Creatinina: 0.46 mg/dL

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Al momento de la valoración Rosa se encuentra en posición semi-fowler, es capaz de moverse totalmente en la cama, y de realizar marcha independiente y normal. Se valora con:

Actividades básicas para la vida diaria (Escala de Barthel) 100 puntos (independiente) (**anexo 6, pág. 102**).

Riesgo de desarrollar úlceras por presión (escala de Braden) 20 puntos (sin riesgo) (**anexo 7, pág. 103**).

Escala de valoración funcional de Karnofsky 70% (**anexo 8, pág. 104**):

5. Necesidad de descanso y sueño

Las horas de sueño actuales de Rosa son 4 horas por la noche (despierta constantemente por la presencia de los enfermeros) Las horas habituales de Rosa antes del ingreso eran mínimas, refiere que no podía conciliar el sueño debido a que el dolor abdominal era muy intenso (ENA 9/10 anterior al ingreso hospitalario). Recurría a diversas posiciones antiálgicas. Dolor al comer que irradia hacia la espalda baja, seguido de una opresión a la inspiración que disminuye con el paso de las horas ENA 8/10. No toma siestas diurnas.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Rosa no necesita ayuda para vestirse, elige el vestuario de manera independiente y menciona que su estado de ánimo no repercute su manera de vestir normalmente. Le gusta usar ropa cómoda como tenis, sandalias, pants y playeras. Actualmente se siente incómoda al usar bata hospitalaria, pero refiere que “por lo menos la dejan usar pantaleta”.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal

Mantiene la temperatura corporal de 36.3°C, sin presencia de picos febriles durante la hospitalización. Menciona que únicamente durante la noche tiene frío por lo cual se cubre con sabana y cobija.

8. Necesidad de mantener la higiene corporal e integridad de la piel

Rosa presenta palidez de tegumentos, ella refiere que su tono de piel ha cambiado y que se nota “amarilla” aunque a la valoración no se encuentra icterica. Tiene la piel hidratada, sin lesiones por presión. Cuenta con acceso venoso central de tipo Arrow 2 lúmenes con localización subclavia izquierda.

Rosa refiere que habitualmente se baña 1 vez a la semana, a pesar de que cuenta con regadera, menciona que es porque así está acostumbrada en su casa. Durante la estancia hospitalaria Rosa realiza baño de regadera cada 2 días y solamente porque “las enfermeras lo piden”. El olor corporal que despide Rosa no es agradable. Refiere que el cepillado de los dientes lo realiza una vez al día cuando recuerda, y aunque cuenta con todas las piezas dentales hay presencia de caries en +12 piezas.

9. Necesidad de evitar peligros para la vida

Rosa en etapa vital de adultez madura, alerta, se valora el riesgo de caídas en base a la escala morse clasificándose como riesgo bajo (**anexo 9, pág. 104**) no necesita de anteojos, sin deficiencias sensorio-perceptivas. Ansiosa ante la estancia hospitalaria. Se valora con escala ECOG para medir la calidad de vida de un paciente exclusivamente con cáncer (**anexo 10, pág. 105**) obteniendo una puntuación de 2 pts.

Estudios de gabinete y laboratorio			
Leucocitos	2.80 miles/mm ³	Neutrófilos	2.2 miles/mm ³
Linfocitos	.5 miles/mm ³	Hemoglobina	10.1 gr/dL
Hematocrito	30.7 %	DHL	326 UI/L
Glucosa	80 mg /dL	Creatinina sérica	.46 mg/dL
Ácido úrico	3.3 mg/dL	Proteínas séricas	3.5 gr/dL

Rosa refiere que tiene temor a hospitales “desde que me hicieron la cirugía, yo quedé traumada”. Menciona que se negaba a aceptar el tratamiento porque tenía mucho miedo, recibir el diagnóstico tuvo un fuerte impacto en ella. En marzo aceptó acudir al médico gracias a la intervención psicológica de un profesional y sus familiares. Al ingresar sintió temor, y dice que estar hospitalizada la hace sentirse ansiosa, desesperada al punto de sentir náuseas, menciona en más de 4 ocasiones que el hospital le da miedo.

En el día +2 de quimioterapia antineoplásica menciona que no ha tenido ningún efecto adverso a la quimioterapia, que cuando se le ministró una noche anterior lo único que sintió fue desesperación, ansiedad, sudoración. Menciona que de no ser por la desesperación y la sudoración durante la administración del tratamiento no se habría dado cuenta de que la estaba recibiendo.

10. Necesidad de comunicarse

La comunicación con Rosa es clara, manifiesta emociones con normalidad. Aunque al preguntarle sobre si le preguntó al médico/enfermera(o) cierta información contesta que no porqué refiere que le da pena. Antes de su enfermedad la relación con su familia era buena, pero refiere que se ha visto afectada porque se apartó de sus hijos al enfermarse.

Refiere que los extraña y rompe en llanto, dice que quiere estar con ellos, menciona que tiene sentimientos de mucha culpa porque los meses antes de su hospitalización sus hijos intentaban acercarse a ella y ella los alejaba, no quería estar con ellos. Refiere que ahora está arrepentida de eso.

11. Necesidad de vivir según sus creencias

Profesa la religión católica, va a la iglesia cada 8 días con toda su familia. Menciona que al enterarse de su enfermedad “renegó de Dios” preguntándose “¿Por qué a mí?” pero menciona que ahora está “recapacitando” y analizando su situación. Rosa no considera que sus creencias influyen en su estado de salud, su familia fortalece sus valores y necesita apoyo espiritual y del entorno familiar. Tiene un tatuaje pequeño en el antebrazo que es el dibujo de una rosa.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Se dedicaba a las tareas del hogar, pero desde que su enfermedad empeoró recibe ayuda de sus hijas para las labores domésticas. No solía realizar otra actividad más que cuidar borregos por la tarde. Refiere que no le afecta dejar de cuidar borregos.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas

En su tiempo libre Rosa solía tejer, pero menciona que en este momento no le apetece. Refiere que se aburre fácilmente, que no tiene “nada que hacer” y eso la hace “pensar muchas cosas”, que necesita distraerse para no pensar y preocuparse. No realiza ningún otro tipo de actividad.

14. Necesidad de aprendizaje

Rosa conoce el motivo de su ingreso, sabe leer y escribir, actualmente no estudia, Menciona que sólo terminó la primaria. No conoce los signos y síntomas de alarma de su padecimiento ni los efectos secundarios y esperados del tratamiento antineoplásico que está recibiendo. No padece ninguna otra enfermedad. Rosa refiere que no recibió información suficiente acerca del tratamiento con quimioterapia antineoplásica ni los efectos que se podrían presentar, salvo la caída del cabello y la resequedad de las manos. Aunque sabe leer y escribir dice que ya no se acuerda ni de sumar.

Jerarquización de necesidades basadas en la valoración exhaustiva

1. Necesidad de aprendizaje
2. Necesidad de descanso y sueño
3. Necesidad de vivir según valores y creencias
4. Necesidad de higiene y protección de la piel

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio					
Exhaustiva	13/05/2021			11:00 am		Hemato oncología					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia					
Necesidad de aprendizaje	F.F	F.C	F.V	Ayuda		I	PD	D	DT	DP	
				Acompañamiento	x						
				Suplencia							
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios					
			-Refiere que no recibió información suficiente acerca de los efectos adversos de la quimioterapia -Menciona que le da pena preguntarle al personal sanitario acerca de su situación			-Aplicación reciente de QTAN (día +1) esquema R-CHOP -Carecía de conocimiento al preguntarle si conocía que medicamentos se le aplicaban, y los efectos adversos					
Diagnóstico: Conocimientos deficientes R/C información insuficiente acerca del tratamiento prescrito (esquema R-CHOP) M/P desconoce acerca del tratamiento y de los efectos adversos a corto y largo plazo que este pueda desencadenar.											
Objetivo de la persona: Saber más acerca del tratamiento de quimioterapia antineoplásica prescrito y los efectos secundarios de este sobre mi salud.											
Resultado esperado: Rosa adquirirá conocimientos que le permitan comprender su tratamiento y la identificación de los efectos secundarios para el cuidado de la salud evitando posibles complicaciones.											
Intervenciones	Acciones			Ejecución							
Enseñanza: enfermedad, tratamiento, y efectos adversos ⁴¹	-Reforzar la información proporcionada por el médico del esquema R-CHOP -Explicar los posibles efectos secundarios provocados por el tratamiento: náuseas, vómitos,			-Le proporcionó información acerca las toxicidades frecuentes del esquema R-CHOP y se instruye en cuidados para evitar la complicación de los efectos secundarios, como lo son: Náuseas y vómitos Se recomienda evitar comer medicamentos muy							

	<p>mucositis, alopecia, mielosupresión</p>	<p>condimentados o que sean irritantes, consumir comidas frías, masticar cubos de hielo, alejarse la cocina cuando estén preparando alimentos, comer en pocas cantidades, pero con más frecuencia (dieta en quintos), mantener una adecuada higiene bucal.</p> <p>Mucositis Se hace hincapié en mantener una higiene bucal adecuada, hidratar los labios, evitar verduras crudas y realizar enjuagues bucales con bicarbonato de sodio.</p> <p>Alopecia Se menciona que no tiene tratamiento alguno, recomendando el uso de gorros, no utilizar guantes ni secadoras, y evitar la exposición solar. Así como recortar el cabello antes de su caída.</p> <p>Neutropenia Se recomienda evitar el contacto con personas con infecciones activas o refriados, hasta que la cifra de neutrófilos se recupere; lavar la boca y cepillar los dientes con suavidad 3 o 4 veces al día; mantener limpia la piel (usar jabones neutros); lavar las manos antes de las comidas y tras ir al baño; evitar el contacto con heces de animales y acudir a urgencias si presenta fiebre de 38°C o escalofríos.</p>
<p>Evaluación</p>	<p>14/05/2021: Rosa manifiesta que comprende la información y se comprueba el aprendizaje cuando se cuestiona a Rosa sobre las recomendaciones realizadas y ella responde correctamente.</p>	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora		Servicio						
Exhaustiva	13/05/2021	11:00 am		Hemato oncología						
Necesidad alterada	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia					
Necesidad de descanso y sueño	F.F	F.C	F.V	Ayuda	X	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos		Datos subjetivos				Datos complementarios				
-Se observa incomodidad al terminar de comer -Facies de malestar gesticulaciones faciales y posición antiálgica -Dolor ENA 8/10 después de ingerir alimentos		-Manifiesta distensión abdominal, dolor a la inspiración y dolor abdominal que inicia después de ingerir alimentos y desaparece unas horas después -Refiere sensación de malestar e incomodidad				-Tumor mesentérico >10cm -Posición corporal inadecuada para ingerir alimentos				
Diagnóstico: Disconfort físico R/C dolor visceral 8/10, que se presenta a la inspiración e inicia después de comer M/P incomodidad física al terminar de comer, facies de malestar, distensión abdominal prominente.										
Objetivo de la persona: Aliviar de dolor cuando este se presente para sentirme confortada										
Resultado esperado: Aliviar el dolor en Rosa y lograr que implemente medidas de confort que puedan disminuir el dolor cuando este se presente.										
Intervenciones	Acciones				Ejecución					
-Manejo del dolor farmacológico ⁴² -Manejo del dolor no farmacológico ⁴³	-Administrar analgésico prescrito -Recomendar cambios de posición al ingerir alimentos: sentada en la orilla de la cama, en el reposet, de pie, con el respaldo lo más elevado posible.				-Administro tramadol 100mg IV cada 12 horas -Le comento que debe informarnos si siente dolor para administrarle el analgésico y para no prolongar el tiempo con este signo.					

	<p>-Recomiendo que después de ingerir los alimentos deambule o tome asiento en lugar de recostarse</p> <p>-Hago la recomendación de comer en periodos más largos de tiempo y con porciones pequeñas (dieta en quintos)</p> <p>-Recomendaciones acerca de la ingesta de alimentos</p>	<p>-Rosa utilizó las diferentes posiciones que se le sugirieron adoptando principalmente la posición de comer sentada en la orilla de la cama</p> <p>-Rosa no deambula como se le recomendó</p>
Evaluación	<p>17/05/2021: Rosa manifiesta dos días después que el dolor no ha desaparecido, pero sí ha disminuido a un ENA 4/10, aumentando el nivel de confort.</p>	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio					
Exhaustiva	13/05/2021			11:00 am		Hemato oncología					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería			Nivel de dependencia				
Necesidad de vivir según valores y creencias	F.F	F.C	F.V	Ayuda		I	PD	D	DT	DP	
				Acompañamiento	X						
				Suplencia							
Datos objetivos			Datos subjetivos				Datos complementarios				
-Llanto y facies de tristeza al momento de la anamnesis			-Refiere sentimientos de culpa y necesidad de estar con sus hijos -Menciona que extraña a su familia y se dice estar muy arrepentida y que buscará estar con ellos el mayor tiempo posible				-Aislamiento y rechazo de los sistemas de apoyo después de su diagnóstico				
Diagnóstico: Disposición para mejorar la resiliencia M/P expresa deseos de mejorar el vínculo familiar											
Objetivo de la persona: contar con mi familia como un vínculo de apoyo primordial durante mi enfermedad											
Resultado esperado: Fortalecer en la persona la resiliencia para que sea capaz de utilizar un vínculo de apoyo familiar que le brinde soporte y confort emocional											
Intervenciones		Acciones				Ejecución					
-Facilitar la expresión de los sentimientos ⁴⁴		-Enseñar al paciente utilizar técnicas de bloqueo del pensamiento y sustitución de éste				-Se recomienda a Rosa que cuando desee bloquear pensamientos depresivos intente socializar con su cuidadora e incluso con los pacientes contiguos a ella. -Le menciono que puede llamar por teléfono con sus hijos para mejorar su estado de animo -Se proporciona a Rosa información acerca del duelo y					

<p>-Escucha activa⁴⁴</p>	<p>-Dirigir al paciente por los pasos del auto perdón cuando la culpa es válida</p> <p>-Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido</p>	<p>que toda clase de emociones son válidas puesto que ella vive una etapa de situacional complicada. Se hace hincapié en “soltar” pensamientos del pasado que puedan atormentarla</p> <p>-Se proporciona a Rosa palabras de ánimo y confort emocional</p>
<p>Evaluación</p>	<p>13/05/2021: Rosa Rosa logra detener el llanto y manifiesta que cuando regrese a casa va a estar cerca de su familia y sus hijos, pero que sobre todo permitirá que ellos la apoyen.</p> <p>18/05/2021: Se contacta a Rosa un día después del egreso hospitalario y ella menciona que se siente feliz de permitir que su familia la cuide y la apoye.</p>	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio					
Exhaustiva	13/05/2021			11:00 am		Hemato oncología					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería			Nivel de dependencia				
Necesidad de higiene y protección de la piel	F.F	F.C	F.V	Ayuda		I	PD	D	DT	DP	
				Acompañamiento	X						
				Suplencia							
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios					
-Bromhidrosis -Dientes sucios y con caries			-Menciona estar acostumbrada a bañarse una vez a la semana			-Durante la hospitalización Rosa no realiza baño de regadera a menos que se lo pidan					
Diagnóstico: Mantenimiento ineficaz de la salud R/C costumbres higiénicas desfavorables M/P acostumbra bañarse una vez a la semana, bromhidrosis, dientes sucios y con caries.											
Objetivo de la persona: Realizar el baño corporal y aseo bucal de forma diaria y sin olvidarlo.											
Resultado esperado: Implementar en Rosa practicas higiénicas que resulten favorables para su estado de salud.											
Intervenciones	Acciones			Ejecución							
-Facilitar la autorresponsabilidad ⁴⁵ -Acuerdo con el paciente ⁴⁵ -Mantenimiento de la salud bucal ⁴⁶	-Comentar con Rosa las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias -Animarla a que asuma tanta responsabilidad como sea posible -Se realizan acuerdos que fomenten el mantenimiento del autocuidado de forma independiente			-Se habla con Rosa y se menciona la importancia de los hábitos higiénicos. -Se explica la importancia del baño diario, sobre todo en un paciente con cáncer, tratamiento antineoplásico y catéter venoso central -Se comenta con Rosa que sus costumbres son tomadas en cuenta por lo que se trata de facilitarle el momento del baño a libre elección y con privacidad							

	<p>-Establecer una rutina de cuidados bucales</p>	<p>-Se hace hincapié en la prevención de infecciones por medio del baño y aseo bucal adecuado</p> <p>-Se acuerda con Rosa que el baño diario se realizará a la hora que ella lo crea conveniente y sin presión</p> <p>-Se habla con Rosa y se llega al acuerdo de cepillarse los dientes por lo menos 2 veces al día</p> <p>-Se recomienda poner recordatorios para que no olvide el cepillado dental</p>
Evaluación	<p>17/05/2021: Se observa que Rosa mejora los hábitos higiénicos realizando el baño una vez durante el día durante la hospitalización, así como incremento en el número de veces que realiza el cepillado dental.</p>	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio					
Exhaustiva	13/05/2021			11:00 am		Hemato oncología					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia					
Necesidad vivir según valores y creencias	F.F	F.C	F.V	Ayuda		I	PD	D	DT	DP	
				Acompañamiento							x
				Suplencia							
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios					
			-Rosa menciona que siente temor de estar en el entorno hospitalario -Refiere que no pregunta acerca de las dudas que tiene por sentimientos de vergüenza			-Aislamiento y rechazo de los sistemas de apoyo después de su diagnóstico					
Diagnóstico: Baja autoestima situacional R/C verbaliza temor hacia el entorno hospitalario M/P conducta indecisa con el personal de salud, conducta no asertiva, subestima la capacidad de afrontar los acontecimientos											
Objetivo de la persona: Ser capaz de dirigirme al personal médico y de enfermería ante cualquier situación que genere dudas o confusión											
Resultado esperado: Potencializar la confianza en Rosa para que de manera independiente sea capaz de buscar ayuda si es necesario											
Intervenciones	Acciones				Ejecución						
Potencialización de la conducta ⁴⁵	-Mostrar confianza en la capacidad de Rosa para controlar la situación -Se facilita un ambiente y actividades que aumenten la autoestima -Se anima Rosa a comunicarse con otras personas				-Se hace hincapié en que el personal sanitario que labora n el INCAn está preparado para resolver las dudas de cualquier paciente -Se menciona que ni personal médico ni personal de enfermería tomaran acciones en contra de Rosa por preguntar y resolver dudas -Le comento que la estancia hospitalaria es corta y el único						

		<p>objetivo es restaurar su salud, por lo que debe esforzarse para recuperar su estado de salud</p> <p>-Se facilita a Rosa el espacio y la oportunidad de preguntar y resolver dudas que se generen en el momento de la valoración</p> <p>-Le proporciono a Rosa mi número de teléfono para que después del alta acuda con confianza a mi ante cualquier inquietud que tenga</p>
<p>Evaluación</p>	<p>17/05/2021: Rosa refiere que acudirá al personal sanitario cuando se necesite sin importar si siente vergüenza o no. Se observa que la confianza en Rosa aumenta cuando pasados los días busca acudir a mí para resolver dudas.</p>	

Valoración Focalizada 1.

Se encuentra a Rosa el 24/05/2021 a las 8:00 am en clínica de catéter mientras acudía a la colocación de heparina semanal, orientada, consciente, cooperadora, viste con un gorro que cubre su cabello recién cortado, y un cubrebocas de tela. Comenta que acude al INCan para cita de control de toxicidades, menciona que se ha sentido muy débil en casa y que no ha tenido “ánimos” de recibir tantas visitas. Al revisar los estudios de laboratorio realizados el 21/05/2021 se encuentra con leucopenia y neutropenia en grado 4 según la NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)⁴⁷.

Tipo de valoración	Fecha			Hora	Servicio					
Focalizada	24/05/2021			8:00 am	Clínica de catéter					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Necesidad de evitar peligros	F.F	F.C	F.V	Ayuda	X	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos			Datos subjetivos			Datos complementarios				
						-Neutropenia grado 4 (.1 miles/mm ³) -Leucopenia grado 4 (.7 miles/mm ³)				
Diagnóstico: Riesgo de infección R/C toxicidad provocada por la quimioterapia antineoplásica (Neutropenia grado 4, leucopenia grado 4)										
Objetivo de la persona: Mantenerme sin infecciones para no regresar a hospitalización										
Resultado esperado: Lograr que Rosa implemente acciones personales para evitar y eliminar la posibilidad de adquirir una infección.										
Intervenciones	Acciones			Ejecución						
Educación: Protección contra infecciones ⁴⁸	-Se brinda a Rosa recomendaciones para prevenir infecciones.			Para la prevención de infecciones: <ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos frecuentemente • Evitar asistir a lugares concurridos • Utilizar cubrebocas tricapa • Evitar compartir alimentos y cubiertos • Realizar baño diario • Cocinar bien los alimentos, evitar consumir cualquier alimento crudo 						

	<p>-Se informa sobre los signos y síntomas de alarma por los cuales debe acudir al servicio de atención inmediata</p> <p>-Se brindan recomendaciones acerca del cuidado del catéter venoso central</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavarse la boca con cepillo de cerdas suaves y realizar lavado con colutorios de bicarbonato. • Mantener el entorno en el hogar limpio • Evitar visitas en lo posible (familia o amigos) <p>Signos y datos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre >38°C • Diarrea • Úlceras bucales • Sangrado en cualquier nivel • Palidez extrema • Falta de aire o dolor en el pecho <p>Cuidados del catéter venoso central:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrir el catéter al realizar el baño • Mencionar al familiar que aplique la heparina que se realice el lavado de manos correctamente • Se hace hincapié en que no falte a la aplicación de heparina y curación del catéter en ETI
<p>Evaluación</p>	<p>24/05/2021: Se mantiene comunicación con Rosa por medio telefónico quien menciona que el doctor le indicó el factor estimulante de colonias (FEC) por tres días, menciona que una enfermera de su pueblo le aplica el FEC sin problema.</p> <p>30/05/2021 En el seguimiento Rosa comenta que ha dejado de recibir visitas, se baña diario y al pedirle que mencione los signos de alarma para acudir a atención inmediata Rosa los dice sin problema. Refiere que ha seguido las recomendaciones proporcionadas, que cuida su catéter venoso central sin problema y que se colocó el FEC los días indicados. Se mantiene hasta el momento sin ningún dato de infección.</p>	

Valoración Focalizada 2.

Se encuentra a Rosa el 24/05/2021 a las 8:00 am en clínica de catéter mientras acudía a la colocación de heparina semanal, orientada, consciente, cooperadora. Comenta que acude al INCa para cita de control de toxicidades, se cuestiona a Rosa acerca de si siguió las recomendaciones del plan de alta el día 17/05/2021 como lavado de manos, lavado bucal tres veces al día con cepillo de cerdas suaves con colutorios, baño diario, etc. Ante esto ella refiere que solo se lava los dientes una vez al día y que no ha realizado los colutorios recomendados.

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio					
Focalizada	24/05/2021			8:00 am		Clínica de catéter					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería			Nivel de dependencia				
Necesidad de evitar peligros	F.F	F.C	F.V	Ayuda		X	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento							
				Suplencia							
Datos objetivos	Datos subjetivos						Datos complementarios				
							-Neutropenia grado 4 -Leucopenia grado 4 -Lavado bucal inadecuado -No realiza los colutorios recomendados previamente				
Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral R/C Higiene oral inadecuada (no realiza el lavado de dientes las veces indicadas ni realiza colutorios), toxicidad esperada.											
Objetivo de la persona: Prevenir heridas en la boca y lavarme los dientes con más frecuencia											
Resultado esperado: Evitar en Rosa la pérdida de la integridad de la mucosa oral											
Intervenciones	Acciones					Ejecución					
Educación: prevención de complicaciones asociadas a la quimioterapia	-Se recuerda a Rosa de cómo y cuándo realizar colutorios como enjuague bucal					Colutorios: <ul style="list-style-type: none"> Realizarlos de manera casera con bicarbonato o vantal bucofaríngeo cada 8 horas 					

<p>antineoplásica (mucositis)^{41,49}</p>	<p>-Se hace hincapié en el lavado bucal después de cada alimento</p> <p>-Se proporcionan indicaciones acerca de la correcta alimentación</p>	<p>Lavado bucal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cepillado con cerdas suaves tres veces al día • Se recomienda que el cuidador le recuerde del lavado bucal si es que no está acostumbrada a realizarlo con tanta frecuencia <p>Alimentación recomendada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumir dieta blanda • Evitar alimentos calientes o irritantes (limón, salsas, etc.)
<p>Evaluación</p>	<p>30/05/2021 Se mantiene comunicación telefónica con Rosa quien refiere que gracias a la supervisión de su cuñada y su hija se lava los dientes por lo menos dos veces al día y realiza los colutorios la misma cantidad de ocasiones, por lo que no se han presentado complicaciones en la cavidad oral.</p>	

Valoración Focalizada 3.

Se encuentra a Rosa el 24/05/2021 a las 8:00 am en clínica de catéter mientras acudía a la colocación de heparina semanal, orientada, consciente, cooperadora. Comenta que acude al INCAN para cita de control de toxicidades, al preguntarle cómo se ha sentido Rosa menciona que ha tenido abundantes náuseas (desde hace 5 días) sin llegar al vómito, que solo come 2 veces al día porque todo lo genera asco, sobre todo las cosas dulces, y que durante el día tiene poca hambre.

Tipo de valoración	Fecha			Hora	Servicio					
Focalizada	24/05/2021			8:00 am	Clínica de catéter					
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería	Nivel de dependencia					
Necesidad nutrición e hidratación	F.F	F.C	F.V	Ayuda	X	I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento						
				Suplencia						
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios					
					- Peso actual 45 Kg -IMC con bajo peso (17.2248) -Rosa refiere que desde hace 5 días las náuseas le impiden comer como ella desea -Refiere sentir aversión por alimentos dulces (como frutas) -Refiere tener poco apetito durante el día -Aplicación del esquema de QTAN 7 días atrás (1er ciclo)					
Diagnóstico: Riesgo de aumento desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C náuseas, aversión a los alimentos, pérdida de apetito										

Objetivo de la persona: Comer las cantidades de alimento recomendadas sin sentir náuseas

Resultado esperado: Lograr que Rosa incremente la cantidad de ingesta de alimentos sin sentir náusea o aversión a los alimentos

Intervenciones	Acciones	Ejecución
<p>Manejo de las náuseas⁴¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Recomendaciones de medicamentos para prevenir las náuseas -Identificar los factores que pueden causar o contribuir a las náuseas en casa -Control de los factores ambientales que pueden provocar náuseas -Recomendación de una dieta adecuada que no propicie las náuseas -Recomendaciones no farmacológicas para el control de las náuseas 	<ul style="list-style-type: none"> -Se menciona a Rosa que establezca un horario para consumir Ondansetrón 8mg cada 8 horas -Se pide a Rosa que identifique factores ambientales en casa que causen las náuseas y los evite en lo posible -Evitar comer alimentos muy condimentados o que sean irritantes -Consumir comidas frías y masticar o mantener el hielo en la boca durante un episodio severo de náuseas -Alejarse la cocina cuando están preparando alimentos -Comer en pocas cantidades, pero con más frecuencia (dieta en quintos) -Mantener una adecuada higiene bucal -Se menciona que puede utilizar técnicas de respiración, musicoterapia o alguna otra técnica de distracción que sea funcional para ella.

Evaluación	30/05/2021 Se mantiene comunicación telefónica con Rosa quien menciona que ha consumido alimentos fríos con mayor frecuencia sintiendo menos náuseas, refiere que ahora su hija o su cuñada le cocinan y ella se mantiene alejada de la cocina o que incluso se llega a tapar la nariz para lograr comer un poco más, pero que a pesar de que las náuseas han disminuido gracias al antiemético y a las recomendaciones brindadas Rosa menciona que continua con muy poco apetito pero que come “por necesidad”.
-------------------	---

Valoración Focalizada 4.

El día 10/06/2021 se mantiene contacto telefónico con Rosa quien acudió un día anterior a la aplicación del segundo ciclo de quimioterapia (esquema R-CHOP), menciona que no se aplicó la QTAN debido a la falta de ciclofosfamida en el hospital y al no contar con dinero para comprarla fuera del instituto esperará a que “junte el dinero”. Refiere que se le indicaron 3 dosis más de FEC pero que la enfermera que acudía a colocárselas ya no puede ir a su domicilio por lo que pide que por video o mensajes de texto le enseñe como ella misma o su cuidador primario pueden aplicar el FEC y aunque ya se le había mencionado anteriormente como hacerlo menciona que quiere estar segura.

Tipo de valoración	Fecha	Hora		Servicio					
Focalizada	10/06/2021	2:00 pm							
Necesidad alterada	Fuente de dificultad	Cuidado básico de enfermería			Nivel de dependencia				
Necesidad de aprendizaje	F.F F.C F.V	Ayuda		I	PD	D	DT	DP	
		Acompañamiento	X						
		Suplencia							
Datos objetivos	Datos subjetivos						Datos complementarios		
	-Rosa refiere que le interesa que se le enseñe de nuevo a aplicarse el FEC por ella misma						-Indicación médica de 3 dosis de FEC para colocárselas en domicilio		
Diagnóstico: Disposición para mejorar los conocimientos R/C menciona que desea que yo le muestre por medio de videos como aplicarse el FEC correctamente									
Objetivo de la persona: Aprender a colocarme el medicamento por mí misma									
Resultado esperado: Lograr que Rosa se coloque el FEC correctamente y por ella misma									
Intervenciones	Acciones			Ejecución					
Enseñanza: tratamiento prescrito ⁵⁰	-Demostración didáctica de cómo aplicarse el FEC correctamente			-Se envía a Rosa un video por WhatsApp en el que se muestra paso por paso como aplicar correctamente el FEC: <ul style="list-style-type: none"> Se le comenta a Rosa que debe de sacar de la nevera el FEC 10 a 15 minutos antes de la aplicación. 					

		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar lavado de manos • Reunir los materiales necesarios (torundas con alcohol, jeringa de 1mL y mesa donde se aplicará el FEC y el entorno limpio y sin compañía más que la persona a aplicar el medicamento y el paciente (si es el caso) • Se menciona que antes de aplicarla revise que la solución del frasco sea transparente • Realizar el lavado de manos de nuevo • Cargar la dosis correcta de FEC (1mL) y verificar que la jeringa no tenga aire • Ya que se tenga el material y el lavado de manos listo se procede a realizar la asepsia de la piel del antebrazo (de arriba abajo sin regresar) • Se menciona a Rosa a la zona donde debe de aplicar el FEC de forma subcutánea, con la técnica correcta • Aplicar el FEC con la técnica correcta colocando la aguja a 45°, retirar la aguja de la piel, realizar asepsia de la piel y desechar la aguja en un contenedor rígido. • Mantener todo el material utilizado en un contenedor hermético y limpio
Evaluación	<p>11/06/2021 Se realiza una llamada y Rosa menciona que lleva dos dosis de FEC que su cuidador le ha aplicado correctamente, que desea aplicarse la tercera por ella misma en dado caso de que el cuidador no pueda hacerlo y que ya sabe cómo realizar la técnica correcta.</p>	

Valoración Focalizada 5.

Rosa me contacta por medio telefónico comentándome que ha pasado una semana desde la aplicación de su segundo ciclo de quimioterapia antineoplásica (esquema R-CHOP), refiere que conoce las recomendaciones previas que se le han proporcionado como no asistir a lugares concurridos, pero que tiene la duda de si puede acudir a la iglesia ahora que el semáforo COVID en su comunidad ha cambiado a verde, ya que menciona que necesita acercarse más a Dios y que tiene la necesidad de escuchar misa.

Tipo de valoración	Fecha			Hora		Servicio				
Focalizada	18/06/2021			5:00 pm						
Necesidad alterada	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia				
Necesidad de vivir según sus creencias y valores	F.F	F.C	F.V	Ayuda		I	PD	D	DT	DP
				Acompañamiento	X					
				Suplencia						
Datos objetivos	Datos subjetivos					Datos complementarios				
	-Rosa refiere que le gustaría acudir a la iglesia a escuchar misa para sentirse cerca de Dios.					-Aplicación de segundo ciclo de QTAN aproximadamente una semana antes -Inicio del periodo NADIR				
Diagnóstico: Disposición para mejorar la religiosidad R/C Rosa refiere la necesidad personal de acudir a misa y querer acercarse a Dios										
Objetivo de la persona: Ir a la iglesia sin riesgos para mi salud										
Resultado esperado: Lograr que Rosa comprenda que su estado de salud es delicado y que el periodo Nadir imposibilita que asista a lugares concurridos como la iglesia										
Intervenciones	Acciones				Ejecución					
Facilitar la práctica religiosa ⁵¹	-Ofrecer alternativas a Rosa que sustituyan el acudir a la iglesia				Se ofrecen opciones a Rosa que podrían sustituir la asistencia a la iglesia: <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar misa en la televisión • Reunir a los miembros de su familia que viven con ella para 					

	<p>-Comentar las razones por las que es importante que Rosa se mantenga aislada en casa de un manera que ella comprenda</p>	<p>leer la Biblia o realizar el culto espiritual que Rosa acostumbre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leer la biblia • Rezar el rosario • Colocar imágenes religiosas en su habitación que le permitan sentirse confortada espiritualmente • Colocar alabanzas o misas en internet y escucharlas como si estuviera en misa <p>Se explica a Rosa porque no puede acudir a misa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le comento lo que significa el periodo Nadir en palabras que ella entienda y la importancia de que se mantenga en el hogar durante ese estado inmunodeprimido
Evaluación	<p>21/06/2021 Se intercambian mensajes de WhatsApp con Rosa quien me comenta que lo ha considerado y que no acudirá a misa, ha recurrido a la lectura de la Biblia y a rezar el rosario en compañía de su familia.</p>	

Septiembre 2021. Durante los últimos meses se ha mantenido comunicación telefónica con Rosa, quien continúa asistiendo a la aplicación de los ciclos posteriores de quimioterapia, menciona que no ha dejado de acudir a ETI a la curación del catéter venoso central y al cuestionarle sobre la educación que ha recibido previamente acerca de los cuidados de éste, comenta que los realiza todos sin problema. Refiere que las recomendaciones que se le proporcionaron acerca de la alimentación, la higiene, la prevención de infecciones entre otros le han sido de utilidad y ha puesto en práctica la mayoría de las recomendaciones. De igual manera se mantiene una revisión del caso de Rosa en el expediente clínico en INCANET donde se observa que Rosa acude a sus citas con regularidad y que se ha mantenido sin complicaciones hasta el momento.

Octubre 2021. Mediante llamada telefónica me comuniqué con Rosa para felicitarla por concluir la aplicación de todos los ciclos de quimioterapia prescritos sin haber presentado complicaciones, por lo que realicé un plan de alta que se envía por WhatsApp donde le menciono que este plan deberá aplicarlo ahora que ha terminado la quimioterapia antineoplásica, pero que no debe olvidar que el tratamiento con radioterapia continúa cuando los médicos así lo decidan.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA



Especialidad en Enfermería Oncológica

PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: Rosa P.B **Edad:** 44 años **Sexo:** F **Fecha de ingreso:** 11 mayo 2021
Fecha de egreso: octubre 2021 **Motivo de egreso:** Término de QTAN

Orientación sobre actividades que el familiar responsable debe realizar

- Acompañar sin falta a Rosa a las consultas de control y citas a ETI
- Reconocer los datos y signos de alarma que Rosa podría presentar, y si se detectan acudir con ella de manera urgente a atención inmediata
- Deberá continuar aplicando heparina en el catéter de Rosa con la higiene adecuada

Orientación dietética

- Deberá continuar con una alimentación balanceada, que sea una dieta baja en grasas, sin condimentos, ni irritantes, evitar el consumo de alimentos crudos y en caso de ingerirlos debe asegurarse que se encuentren perfectamente desinfectados
- Deberá consumir de 1000mL a 1500mL de agua al día

- Deberá evitar el consumo de lácteos, bebidas azucaradas y bebidas carbonatadas
- Mantenga una higiene adecuada en la preparación de los alimentos (lavado de manos y desinfección de los utensilios de cocina que utilice)
- Se recomienda continúe con una dieta en quintos y que incluya colaciones entre comidas

Registro de signos y síntomas de alarma (qué hacer y a dónde acudir cuando se presenten)

Rosa, si detecta cualquiera de estos síntomas deberá acudir de manera urgente al área de atención inmediata en el INCAn:

- Temperatura mayor a 38°C
- Dificultad para respirar
- Sangrado en cualquier parte del cuerpo
- Diarrea
- Úlceras (llagas) bucales
- Dolor en el pecho
- Dolor abdominal intenso

Cuidados especiales en el hogar (catéter venoso central)

- Cubrir el catéter antes del baño en regadera con un hule o plástico que lo proteja de la humedad
- Debe recordar a su cuidador primario cuando debe administrar la heparina y manteniendo en todo momento una adecuada técnica de higiene
- No deberá faltar a sus citas en clínica de catéter

Nombre del alumno: Adriana Alejandra Balboa Bautista

Cierre del caso:

El estudio de caso se concluye en noviembre 2021 para fines académicos, Rosa se mantiene acudiendo a sus citas programadas y en espera de la aplicación de Radioterapia, por lo que se le proporcionó un folleto educativo (**apéndice 2, pág. 111**) que se envió por WhatsApp acerca de las recomendaciones que podría seguir una vez que inicie tratamiento con radioterapia. Durante el tiempo de cuidado Rosa se mantuvo comprometida con su salud y agradecida con las recomendaciones y cuidados que se le brindaban. Se informa a Rosa que quedo a disposición de ella si en algún momento necesita asistencia sobre otros cuidados o si requiere algún tipo de información.

Capítulo 5

Conclusiones

Durante el desarrollo del estudio de caso se cumplieron el objetivo general y los objetivos específicos planeados, en su elaboración se logró aplicar de manera satisfactoria las cinco etapas del proceso enfermero, y en base a la filosofía de Virginia Henderson para la detección de las necesidades alteradas y las respuestas humanas que presentó Rosa durante la evolución de la enfermedad y el tratamiento, lo que permitió desarrollar planes de cuidados que abarcaban diversos diagnósticos enfermeros e intervenciones que tenían como objetivo la prevención de posibles complicaciones y la preservación del estado de salud de Rosa.

Se logró un vínculo enfermera/paciente que me fue grato, pues gracias a la disposición de Rosa la educación para la salud que se le brindó fue extensa y sobre todo útil para que ella lograra evitar posibles complicaciones durante todo el tratamiento con quimioterapia antineoplásica.

Realizar este trabajo desde mi perspectiva personal, enriqueció mi experiencia como enfermera resultando de gran utilidad, pues me permitió identificar que el cuidado de enfermería que se brinda a una persona con cáncer es complejo, pues requiere de conocimientos, de la mejor evidencia científica y de la experiencia, para lograr un cuidado integral, y una mejor práctica humanizada y holística.

Recomendaciones

- Es importante que todas las instituciones de salud implementen el proceso enfermero de una manera sistemática, en la que se permita ver el cuidado de enfermería dentro del marco legal, de modo que cada licenciado de enfermería a cargo de pacientes hospitalizados sean capaces de brindar un cuidado especializado, pero sobre todo continuo.
- De ser posible todos los pacientes que ingresen al INCan deberían de ser abordados por tanatología, psicología y psiquiatría, no solo cuando se solicite una interconsulta una vez que se ha detectado el problema.
- A los pacientes que ingresen al área de hospitalización de hematología para la aplicación de quimioterapia antineoplásica por primera vez deberían de entregarse folletos didácticos e informativos acerca de los cuidados que un paciente oncológico deberá tener el resto del tratamiento, y aunque no podemos estandarizar el cuidado de todos los pacientes sí hay efectos secundarios y precauciones que todos los pacientes en algún momento del tratamiento podrían presentar.
- Sugiero que se debe brindar un espacio que sea dirigido a familiares y pacientes para que se resuelvan las dudas acerca de su tratamiento o efectos secundarios de este, un espacio en el Instituto que sea dirigido por una especialista oncóloga que brinde consultas u cuidados especializados a los pacientes, sin que estos tengan que esperar a cada consulta con el médico tratante sobre aspectos que como especialistas podemos resolver.
- Establecer en las diferentes áreas de hospitalización de enfermería una guía o manual sobre los diagnósticos de enfermería y cuidados enfocados especialmente a los pacientes oncológicos.

Referencias

1. Globocan. Non Hodgkin Lymphoma fact-sheet.pdf. [Internet] Mayo 2019. [Citado 20 mayo 2021] Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/34-Non-hodgkin-lymphoma-fact-sheet.pdf>
2. Estadísticas importantes sobre el linfoma no Hodgkin [Internet]. American Cancer Society. 2021 [citado 20 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-no-hodgkin/acerca/estadisticas-clave.html>
3. Chávez Rivero T. Estudio de caso aplicado a un adulto joven con Linfoma no Hodgkin, basado en la Filosofía de Henderson [Internet Bidi-UNAM]. Universidad Nacional Autónoma De México; 2020.
4. Puig Vázquez GM. Estudio de caso aplicado a una mujer madura con alteración en la necesidad de evitar peligros para la vida ante Linfoma No Hodgkin (LNH) bajo la filosofía conceptual de Virginia Henderson [Internet Bidi-UNAM]. Universidad Nacional Autónoma De México; 2020.
5. Santoyo Arellanes NN. Estudio De Caso Aplicado A Mujer Adulta Joven Con Diagnóstico De Linfoma Folicular, Basado En La Filosofía Conceptual De Virginia Henderson [Internet Bidi-UNAM]. Universidad Nacional Autónoma De México; 2018.
6. Hernández G, Meneses A, de la Garza J. Biología Molecular y Genómica del Cáncer. 1.ª ed. México: PyDESA; 2017.
7. 2. Rivera Rivera S, Calderillo Ruiz G, Quintana Quintana M. Oncología General para Profesionales De La Salud De Primer Contacto. México: Permanyer; 2017. p. 324-326.
8. Martin P, Leonard J. Linfomas no Hodgkin [Internet]. MANUAL MSD Versión para profesionales. 2020 [citado 20 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/linfomas/linfomas-no-hodgkin>
9. Hernández Caballero Á, Ramírez Ibarguen AF, Pérez Zúñiga JM. 50 preguntas Claves en Linfoma Folicular [Internet]. México: PERMANYER; 2020 [citado 20

- mayo 2021]. Disponible en: https://www.permanyer.com/wpcontent/uploads/2020/06/4690AX181_50pc_informa_folicular.pdf
10. García Hernández, María de Lourdes, Cárdenas Becerril, Lucila, Arana Gómez, Beatriz, Monroy Rojas, Araceli, Hernández Ortega, Yolanda, Salvador Martínez, Cristina, CONSTRUCCIÓN EMERGENTE DEL CONCEPTO: CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2011;20:74-80. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421163009>
11. Tratamiento del cáncer [Internet]. World Health Organization. 2021 [citado 20 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/treatment/es/>
12. Quimioterapia [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer NIH. 2021 [citado 20 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/quimioterapia>
13. Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con Linfoma no Hodgkin Folicular (LNHF) México: Secretaría de Salud, 2013.
14. Herмосín A, Pereira E, Loro MD. [Internet]. Cuidados de Enfermería en el linfoma. 2017 [citado 20 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-linfoma/>
15. Gómez G, Huertas F, Arrazola M. Linfomas. Actuación de enfermería [Internet]. España: Cuidados estandarizados de enfermería al paciente oncológico; 2021 [citado 21 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.logoss.net/file/300/download?token=jSrZczqa>
16. Moreno-Laguard Yaimé, Laguna-Salvia Leonardo, Larquin-Comet José Ignacio, León-Ramentol Cira Cecilia, Hernandez-Soler Yadier Fermin, González-Basulto Maurice José. Criterios diagnósticos y nuevas opciones terapéuticas para los pacientes con diagnóstico de linfoma no Hodgkin. AMC [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Jun 26] ; 23(3): 415-426. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000300415&lng=es.

17. Bellido Vallejo J, Lendínez Cobo J. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Internet]. 1.^a ed. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010 [citado 21 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
18. Hernández Martín C. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRÁCTICA ENFERMERA. Universidad de Valladolid; 2015.
19. Abraham Maslow y su teoría de la motivación humana [Internet]. psicopedagogiaaprendizajeduc. 2012 [citado 22 mayo 2021]. Disponible en: <https://psicopedagogiaaprendizajeduc.wordpress.com/2012/06/29/abraham-maslow-y-su-teoria-de-la-motivacion-humana/>
20. Fernández F. El proceso de atención de enfermería: estudio de casos. Enfermería (Ediciones científicas y técnicas). 1993; 11–37.
21. GONZÁLEZ RODRÍGUEZ R. Actualización del modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson y su aplicación al estudio de las necesidades básicas de la población del Campo de Gibraltar. Universidad de Cádiz; 2015.
22. VIRGINIA HENDERSON [Internet]. México: UNAM; 2013 [citado 22 mayo 2021]. Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wpcontent/uploads/2013/05/virginia.pdf>
23. Bonill de las Nieves C. Virginia Henderson [Internet]. Cátedra Index. 2014 [citado 22 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>
24. Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Rev. Salud Pública Parag. 2013;(1):41–48.
25. Montalvo C. TEJIDO LINFÁTICO Y ÓRGANOS LINFÁTICOS [Internet]. México: FACULTAD DE MEDICINA. UNAM BIOLOGÍA CELULAR E HISTOLOGÍA MÉDICA; 2020 [citado 6 mayo 2021]. Disponible en: <http://bct.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2018/08/Tejido-organos-linfoides.pdf>
26. Tortora G, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 13.^a ed. Madrid, España: Editorial Medica Panamericana; 2013.

27. Chmielowski B, Territo M. Manual de oncología clínica. 8.^a ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2017.
28. Provencio Pulla M. Linfomas no Hodgkin [Internet]. SEOM Sociedad Española de Oncología Médica. 2021 [citado 23 mayo 2021]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/linfoma-no-hodgkin?start=0>
29. Signos y síntomas del linfoma no Hodgkin [Internet]. American Cancer Society. 2021 [citado 23 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-no-hodgkin/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>
30. Asunción A. Linfoma [Internet]. Curso Online de Formación en Oncohematología; 2020 [citado 25 mayo 2021]. Disponible en: http://formacion.sefh.es/dpc/sefh-curso-oncohematologia/modulo_02.pdf
31. Guía de Linfomas [Internet]. Doing Soluciones Gráficas S.A.; 2017. [citado 23 mayo 2021]. Disponible en: https://www.sehh.es/images/stories/recursos/2017/11/13/GUIA_DE_LINFOMAS_CyL_2017.pdf
32. Herrera Ángel, Ñamendys S, Meneses A. Manual de oncología Procedimientos Médico Quirúrgicos. 6.^a ed. México: Mc Graw Hill Education; 2017.
33. Tratamiento del linfoma no Hodgkin de células B [Internet]. American Cancer Society. 2021 [citado el 28 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-no-hodgkin/tratamiento/linfoma-de-celulas-b.html>
34. Pérez-Zúñiga J., Aguilar Andrade, C., Álvarez Vera, JL., et al. Linfomas no Hodgkin de estirpe B. Rev Hematol Mex [Internet]. 2018;19(4):189–214. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2018/re184d.pdf>
35. Mora Guillart Liss. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev cubana Oftalmol [Internet]. 2015 Jun [citado 2021 Junio 26] ; 28(2): 228-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es.

36. Barrio, I., Molina, A., Sánchez, C., Ayudarte, M. Ética de enfermería y nuevos retos. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [citado 2021 junio 26] ; 29(3): 41-47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600005&lng=es.
37. Carta de Derechos Generales de las Enfermeras y Enfermeros [Internet]. Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México. 2018 [citado el 27 de mayo de 2021]. Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/ccamem/carta_derechos_generales
38. Iztacala FES. DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México. 2021 [citado el 28 de mayo de 2021]. Disponible en: https://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_decalogo.php
39. Derechos Generales de los Pacientes [Internet]. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 2007 [citado el 28 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/info_pacientes/der_gral_pacientes.php
40. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Consentimiento válidamente informado [Internet]. 2a Edición. CONAMED; 2016. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/libros/pdf/libro_cvi2aEd.pdf
41. Caballero C. Toxicidad de los tratamientos oncológicos [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica. 2019 [citado el 28 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/toxicidad-de-los-tratamientos-oncologicos?showall=1>
42. Tratamientos farmacológicos. Escala analgésica de la OMS [Internet]. Dolor.com. 2017 [citado el 28 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/manejo-y-tratamiento-del-dolor/tratamiento-farmacologico-escala-analgésica-oms>
43. Moreland, M., Kohtz, C., Emmerling, S., et al. Control del dolor e intervenciones no farmacológicas [Internet]. Vol. 36 (3): 55-58. Investigación de enfermería; 2019 [citado el 28 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-control-del-dolor-e-intervenciones-S0212538219300743>

44. Braga, M., Coimbra, V., Ribeiro, J., et al. Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados. [Internet]. Vol. 9(40). Evidentia. 2012 oct-dic [citado el 28 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>
45. González Mestre, A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas de paciente pasivo a paciente activo. Enfermería clínica [Internet]. 2014 [Citado el 30 de mayo 2021]; Vol. 24(1): 67-73. Disponible en: [http:// https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-autonomia-del-paciente-con-S1130862113001769](http://https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-autonomia-del-paciente-con-S1130862113001769)
46. Tejada Domínguez F.J, Ruiz Domínguez M.R. Mucositis oral: decisiones sobre el cuidado bucal en pacientes sometidos a radioterapia y quimioterapia conforme a la evidencia. Enferm. glob. [Internet]. 2010 [citado 2021 mayo 30]; (18). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100021&lng=es.
47. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Criterios de Terminología de Eventos Adversos. Colección Guías Distinguidas Serie Farmacología [Internet]. 2014 [Citado el 30 de mayo 2021]; Vol. 1(1): 24-26. Disponible en: https://www.siicsalud.com/pdf/gd_eventos_adversos_1.1_72114.pdf
48. La Neutropenia y Riesgo de Infección [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC. 2020 [citado el 4 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/preventinfections/neutropenia.htm>
49. Prevención y tratamiento de la mucositis [Internet]. El farmacéutico. 2017 [citado el 4 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.elfarmacéutico.es/tendencias/te-interesa/prevencion-y-tratamiento-de-la-mucositis_108099_102.html
50. Autoadministración de una inyección de filgrastim (Neupogen®) o pegfilgrastim (Neulasta®) con una jeringa prellenada [Internet]. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. 2019 [citado el 4 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/directions-giving-injection-below-skin-neupogen-filgrastim-neulasta-pegfilgrastim-pre-filled-syringe>

51. Cuando el cáncer te obliga a quedarte en casa [Internet]. Connecticut Children´s. 2017 [citado el 5 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.connecticutchildrens.org/health-library/es/teens/neutropenia-esp/>
52. González, A., Jiménez, A., Rojas, E., et al. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología [Internet]. 2018 [Citado el 5 de junio de 2021]; Vol 41 (1): 7-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma181b.pdf>
53. OMS. 10 DATOS SOBRE LA OBESIDAD [Internet]. Datos y Cifras. [citado el 6 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>
54. Escala de Bristol [Internet]. Micralax. 2019 [citado el 6 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.micralax.es/estrenimiento/escala-bristol>
55. Trigás, M. INDICE DE BARTHEL O DE DISCAPACIDAD DE MARYLAND Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) [Internet]. [citado el 06 de junio del 2021]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/IndiceDeBarthel.pdf>
56. Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 marzo [citado 2021 junio 26] ; 71(2): 127-137. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es)
57. Escala de Braden [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019 [citado el 6 de junio de 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/como/escala-de-braden/>
58. Perez-Cruz, P & Acevedo, F. Escalas de estado funcional (o performance status) en cáncer. Gastroenterol. latinoam [Internet]. 2014 [Citado el 06 de junio 2021]; 25 (3): 219-226. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2014n300007.pdf>
59. Escalas de Evaluación de Riesgo a)downnton [Internet]. Biblioteca Virtual Noble; 2012 [citado el 06 de junio de 2021]. Disponible en: http://www.nobleseguros.com/pdf/APENDICES_BOLETIN_MARZO_2012.pdf

60. ASOCIACION DE ONCOLOGOS CLINICOS DE CORDOBA. PROTOCOLOS ONCOLÓGICOS [Internet]. Cordoba: 2017 [citado el 06 de junio del 2021]. Disponible en: <https://www.aocc.org.ar/wp-content/uploads/2018/02/1-PROTOCOLOS-AOCC2017.pdf>

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN	LUGAR	FECHA	HORA
INCan	7mo Piso	17/05/21	13:00 hrs
Nombre del paciente (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s))			N° de Expediente
Rosa Plata Bermudez			
Edad	Genero	Ocupación	Estado civil
44	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	Sin Empleo	Casada
Domicilio (Calle, Número, Colonia, Localidad, Municipio, Estado).			
3 de Mayo S/N Col. La Llanada, Acambay, México			

Yo: Rosa Plata Bermudez declaro libre y voluntariamente aceptar participar en el estudio de caso " Estudio de caso aplicado a un adulto maduro con alteración en las necesidades humanas con Dx. de LNH tipo folicular " cuyo objetivo principal es: Potencializar el autocuidado, la autoestima y la salud de la persona mediante el cuidado de enfermería.

y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten: En intervenciones educativas, informativas y de ayuda en su autocuidado y contestar en forma verbal las preguntas referentes a su estado de salud.


Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme, de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o me sea negada la atención médica para mi tratamiento en esta Institución.

La información por usted aportada tendrá toda la privacidad y confidencialidad necesarias

Nombre del responsable del Estudio: Adriana Alejandra Balboa Bautista

Firma Adriana Balboa

Nombre de la persona, padre o tutor: Plata Bermudez Rosa

Firma 

9

Laboratorio

LABORATORIO											
HORA			HIC			PIAG					
HR	HEUT	HEC	BAID	EIF	ER						
GLUC	TP	URSA	BUH	CHCA							
HA	R	CL									
CAI	MS	F									
CPK		CPKMI									
TEO	TOP	FA									
BT	SO	SI									
PRO	ALBUM	CLDB									
TOT											
pH urinario			Otros:								

Evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria (Escala de ECOG)

0	Actividad normal, sin limitaciones
1	Limitación de actividades que requieren un gran esfuerzo físico Capaz de realizar trabajos ligeros
2	Capaz de realizar todas las actividades de autocuidado No puede realizar trabajos, aunque sean ligeros Percanceo levantado más del 50% del día
3	Limitación en las actividades de autocuidado Sintomático Continúa a vida de cama más del 50% del día
4	Completamente inmovilizado. Puede precisar hospitalización Estragado la mayor parte del día
5	Muerto

Observaciones: _____
Datos subjetivos: _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Cómo es su comunicación? Clara Confusa Alucina Incoherente

¿Tiene alguna limitación física que le impida comunicarse? _____

¿Se expresa en otra lengua? SI NO ¿Cuál? _____

¿Cuál es su estado de ánimo normalmente? _____

(Manifiesta emociones y sentimientos?) _____

¿Cómo es la relación con las siguientes personas? (E = excelente, D = buena, R = regular, M = mala)

Familia: E B R M Amigo: E B R M Trabajo: E B R M Otros: E B R M

¿Cómo le ha afectado su enfermedad en sus relaciones personales? _____

¿Muestra mecanismos de defensa?

Ilusión Evasión Rabia Miedo Agresividad Proyección

¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para usted? SI NO

Datos subjetivos: _____

10

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión: _____ ¿Con qué frecuencia asiste a su servicio religioso? _____

¿Considera que sus creencias influyen en su estado de salud? SI No

¿Requiere de apoyo espiritual? SI No

¿Su familia respalda sus valores? SI No

¿Revela el tratamiento por sus creencias? SI No

¿La familia requiere fortalecer sus valores? SI No

¿El paciente tiene en su unidad algún objeto indicativo? Imágenes Flores Colpajes Tatuajes

Datos subjetivos: _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Cuenta con trabajo actualmente: SI NO ¿A qué se dedica? _____

Como se siente en relación a su trabajo:

Satisfecho Insatisfecho Valorado

¿Tiene alguna limitación para realizar su trabajo habitual? SI No

¿Cuál? _____

El trabajo que realiza, ¿le permite cubrir sus necesidades básicas? SI No

¿Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales? SI No

Datos subjetivos: _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Qué actividad le gusta realizar en su tiempo libre? _____

De las anteriores, ¿cuál es su preferida? _____

Su estado de salud, ¿modifica sus actividades recreativas? _____

¿Realiza alguna actividad recreativa realizada dentro del hospital? _____

¿Le gustaría realizar otro tipo de actividad? _____

¿Conoce los grupos y las actividades de ayuda que ofrece la institución? SI No

Datos subjetivos: _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el nombre de su ingreso: SI NO

¿Sabe leer y escribir? SI NO

¿Estudia actualmente? SI NO

Especifique grado de estudios: _____

¿Conoce los signos y síntomas de alarma de su padecimiento? _____

¿Conoce su tratamiento oncológico y los efectos? _____

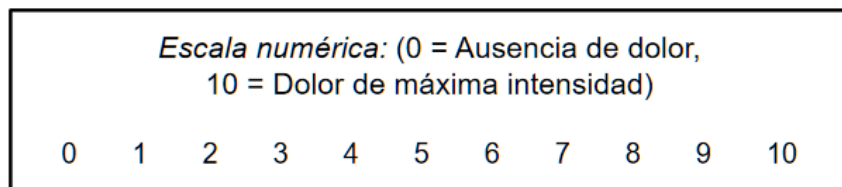
¿Padece alguna otra enfermedad? SI No

¿Cuál? _____ ¿Que toma? _____

Datos subjetivos: _____

Anexo 3: Escala numérica análoga del dolor (ENA)⁵²

La escala numérica análoga de dolor (ENA), introducida en 1978 por Downie, consiste en una escala que va del uno al diez, siendo cero la ausencia de dolor y diez el peor dolor imaginable.



Anexo 4: Escala de índice de masa corporal (IMC) de la OMS⁵³

El índice de masa corporal (IMC) –peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²)– es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30.

Clasificación del IMC	
Insuficiencia ponderal	< 18.5
Intervalo normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	≥ 25.0
Preobesidad	25.0 - 29.9
Obesidad	≥ 30.0
Obesidad de clase I	30.0 - 34.9
Obesidad de clase II	35.0 - 39.9
Obesidad de clase III	≥ 40.0

Anexo 5: Escala de Bristol⁵⁴

La escala de Bristol es una tabla visual diseñada para clasificar la forma de las heces en siete grupos. Fue desarrollada por Heaton y Lewis en la universidad de Bristol y publicada en el Scandinavian Journal of Gastroenterology al 1997.

Escala de Bristol

Tipo 1		Pedazos duros separados. Como nueces (difícil excreción)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa (compuesta de fragmentos)
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas en la superficie
Tipo 4		Con forma de salchicha (o serpiente) pero lisa y suave
Tipo 5		Trozos pastosos con bordes bien definidos
Tipo 6		Pedazos blandos y esponjosos con bordes irregulares
Tipo 7		Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida

Interpretación:

- Los tipos 1 y dos representan heces duras, tránsito lento (constipación)
- Los tipos 3 y 4 heces blandas, tránsito regular
- Los tipos 5, 6 y 7 heces como puré o líquidas, tránsito muy rápido (diarrea)

Anexo 6: Índice de Barthel^{55,56}

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15). La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0.

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel.

Comer

- 0 = incapaz
- 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
- 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

- 0 = incapaz, no se mantiene sentado
- 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
- 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
- 15 = independiente

Aseo personal

- 0 = necesita ayuda con el aseo personal.
- 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del retrete

- 0 = dependiente
- 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.
- 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

- 0 = dependiente.
- 5 = independiente para bañarse o ducharse.

Desplazarse

- 0 = inmóvil
- 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.
- 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).
- 15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

Subir y bajar escaleras

- 0 = incapaz
- 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.
- 10 = independiente para subir y bajar.

Vestirse y desvestirse

- 0 = dependiente
- 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.
- 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

Control de heces:

- 0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)
- 5 = accidente excepcional (uno/semana)
- 10 = continente

Control de orina

- 0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.
- 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).
- 10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Grado de dependencia según puntuación de la escala

Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).

Dependiente leve: 91-99

Dependiente moderado: 61-90

Dependiente grave: 21-60

Dependiente total : 0-20

Anexo 7: Escala de Braden⁵⁷

Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente.

	<u>1 PUNTO</u>	<u>2 PUNTOS</u>	<u>3 PUNTOS</u>	<u>4 PUNTOS</u>
<u>PERSEPCIÓN SENSORIAL</u>	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</u>	SIEMPRE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
<u>ACTIVIDAD FÍSICA DEAMBULACIÓN</u>	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
<u>MOVILIDAD CAMBIOS POSTURALES</u>	INMÓVIL	MUY LIMITADA	LEVEMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>NUTRICIÓN</u>	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
<u>CIZALLAMIENTO Y ROCE</u>	RIESGO MÁXIMO	RIESGO POTENCIAL	SIN RIESGO APARENTE	

Así, se valoran dichos parámetros, calculando la suma de los puntos obtenidos, de forma que, en función del total, catalogaremos el riesgo en función de la siguiente clasificación:

- Riesgo Bajo: 15 puntos o más
- Riesgo Moderado o Intermedio: 13 o 14 puntos
- Riesgo Alto o Elevado: menos de 12 puntos

Anexo 8: Escala de estado funcional de Karnofsky⁵⁸

La Escala KPS fue la primera escala que se desarrolló para evaluar la capacidad funcional. Esta escala evalúa diferentes dimensiones de un individuo como nivel de actividad, capacidad de trabajo, nivel de cuidados requeridos, gravedad y progresión de la enfermedad y necesidad de hospitalización. Esta escala va de 100 (salud normal) a 0 (muerte), descendiendo en valores de 10 en 10.

Definición	%	Criterio
Capaz de realizar actividad normal y de trabajar. No requiere cuidados especiales	100	Normal, no hay molestias. No hay evidencia de enfermedad
	90	Capaz de realizar actividad normal. Signos y síntomas menores de enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos y síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar. Capaz de vivir en casa y de satisfacer la mayoría de las necesidades personales. Requiere una cantidad variable de asistencia	70	Cuida de sí mismo. Incapaz de realizar actividad normal o de realizar trabajo activo
	60	Requiere de asistencia ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades
	50	Requiere asistencia considerable y cuidados médicos frecuentes
Incapaz de cuidarse por sí mismo. Requiere cuidados institucionales u hospitalarios. La enfermedad puede estar progresando rápido	40	Discapacitado. Requiere cuidados especiales y asistencia
	30	Gravemente discapacitado. Hospitalización está indicada aunque muerte no se ve inminente
	20	Muy enfermo, hospitalización es necesaria. Tratamientos de soporte activo son necesarios
	10	Moribundo, proceso fatal progresando rápidamente
	0	Fallecido

Anexo 9. Escala de riesgo de caídas Morse⁵⁹

La escala de caída de Morse es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente sufra una caída. El 83% de las enfermeras/os de los EE.UU consideran a esta escala como “rápida y fácil de usar” y el 54% estima que la calificación del riesgo lleva menos de 3 minutos. Se analizan seis variables y se ha demostrado que tiene valor predictivo. Se utiliza ampliamente tanto en los hospitales de agudos como en centros de internación de pacientes crónicos.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MORSE		
CAÍDAS RECIENTES (Últimos 3 meses)	No	0
	Si	25
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	No	0
	Si	15
AYUDA PARA DEAMBULAR	Reposo en cama. Asistencia de enfermería	0
	Bastón/Muletas/Andador	15
	Se apoya en los muebles	30
VÍA VENOSA	No	0
	Si	20
DEAMBULACIÓN	Normal/Inmovilizado/en reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterada. Requiere asistencia	20
CONCIENCIA/ ESTADO MENTAL	Consciente de sus limitaciones	0
	No consciente de sus limitaciones	15

Clasificación según nivel de riesgo

NIVEL DE RIESGO	PUNTAJE ESCALA MORSE	ACCIÓN
Sin riesgo	0 - 24	Cuidados básicos de enfermería
Riesgo Bajo	25 - 50	Implementar plan de prevención de caídas estándar
Riesgo Alto	≥ 51	Implementar medidas especiales

Anexo 10: Escala Eastern Cooperative Oncology Group (Escala ECOG)⁵⁸

La escala ECOG fue creada por Zubrod y cols., en forma posterior a la escala KPS. Fue desarrollada bajo el amparo del Instituto Nacional del Cáncer (NCI) en Estados Unidos, donde Zubrod desarrollaba metodologías modernas para realizar estudios clínicos de las quimioterapias en cáncer. Este autor incluyó la funcionalidad como uno de los parámetros a registrar para evaluar el efecto de las quimioterapias en los pacientes. La escala de

ECOG consiste en 6 niveles de funcionalidad que van desde el funcionamiento normal (ECOG = 0) hasta la muerte (ECOG = 5). Utiliza esencialmente 2 elementos para la categorización de los pacientes: capacidad de deambular y necesidad de cuidados. En la actualidad la escala ECOG se utiliza para tomar decisiones sobre terapias en pacientes con cáncer. Esta escala tiene menor número de niveles y es más sencilla de utilizar.

Puntaje	Descripción
0	Completamente activo, capaz realizar todas las actividades previas a la enfermedad, sin restricción
1	Restringido en actividad física extrema, capaz de caminar y realizar trabajos livianos, ej., trabajo en la casa liviano, trabajo de oficina
2	Capaz de caminar y de autocuidado pero incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo. Deambula más de 50% de las horas que está despierto
3	Capaz de autocuidado limitado, se mantiene postrado o en silla más de 50% de las horas que está despierto
4	Completamente incapacitado. No puede realizar autocuidado. Totalmente confinado en cama o silla
5	Muerte

Apéndices

Apéndice 1. Esquemas de quimioterapia más utilizados para tratar en LNH/LF^{27,60}:

Esquema R-CHOP			
Rituximab	Familia	Grado emético	Limitante de la dosis
	Anticuerpos monoclonales	Riesgo mínimo	Reacciones de hipersensibilidad, reacciones mucocutáneas graves, arritmias cardíacas graves
	Mecanismo	Metabolismo	Efectos adversos
	Se dirige frente al antígeno CD20 que se encuentra en la superficie de los linfocitos B sanos y malignos. Al unirse media la lisis del linfocito B.	Se ha detectado en el suero entre 3 y 6 meses después de completarse el tratamiento. Produce depleción rápida y constante de linfocitos B circulantes y tisulares. Los valores normales regresan después de 12 meses de finalizado el tratamiento.	-Reacciones a la infusión durante la primera infusión. -Granulopenia o trombocitopenia grave; artralgias/mialgias, malestar general; diarrea, dispepsia, alteración del gusto; hipertensión, hipotensión postural, taquicardia, bradicardia; disnea, insomnio; dolor torácico y lumbar, abdominal o en la localización del tumor; sudores nocturnos, síndrome de lisis tumoral, obstrucción intestinal.
	Dosis y día de aplicación		
Ciclofosfamida	Familia	Grado emético	Limitante de la dosis
	Agentes alquilantes del grupo de mostazas nitrogenadas	Riesgo alto	1. Mielosupresión: leucopenia entre los días 8 y 14 después de la administración. Trombocitopenia. 2. Cistitis hemorrágica: puede evitarse si se mantiene una diuresis abundante.
	Mecanismo	Metabolismo	Efectos adversos
	Profármaco que requiere de la activación hepática para ser citotóxico. La mostaza fosforamida es la fracción alquilante activa responsable del efecto alquilante.	Se descompone en el plasma y en los tejidos periféricos. El 15% se elimina renalmente como fármaco sin alterar en la orina (acroleína).	Alopecia, estomatitis, aspermia, amenorrea, cefalea, hiperpigmentación de la piel, sabor metálico durante la administración, estornudos o sensación fría en la nariz después de la administración (llamado síndrome gripal que disminuye reduciendo la velocidad de infusión), mareo, fiebre.
	Dosis y día de aplicación		

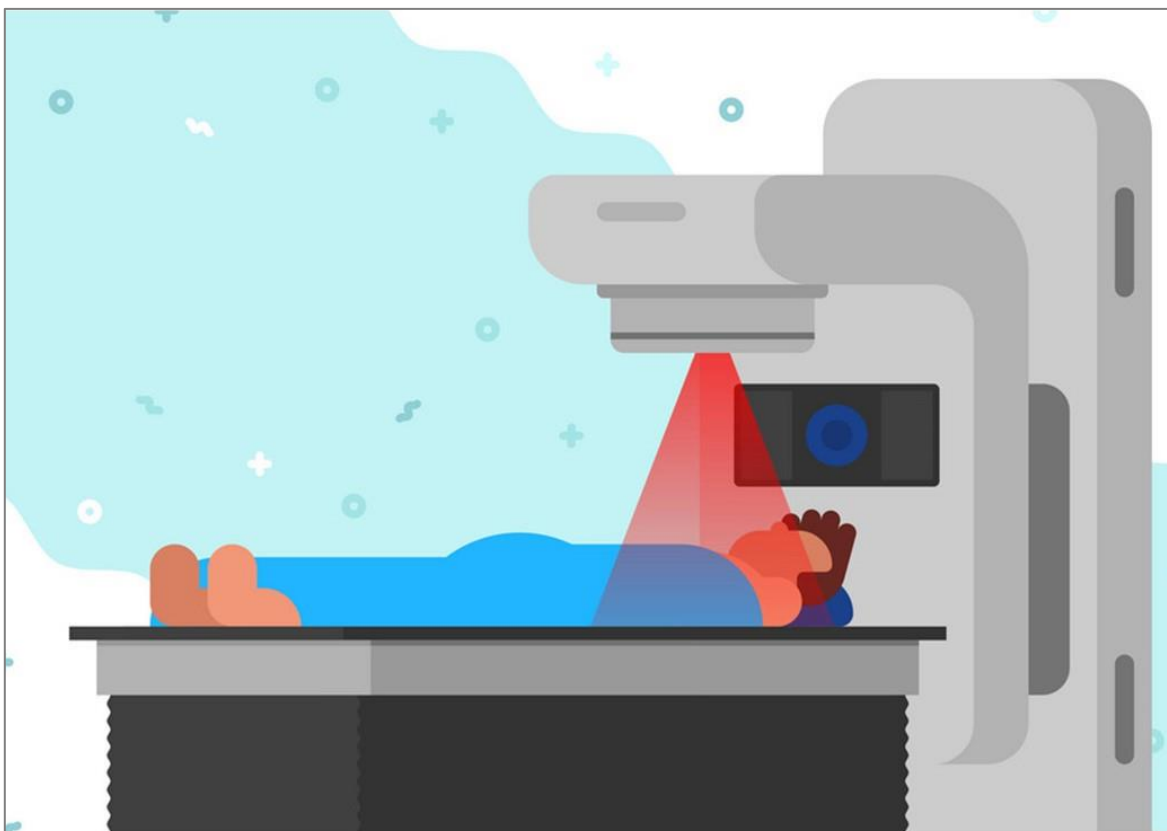
Vincristina	Familia	Grado emético	Limitante de la dosis
	Alcaloides de la vinca	Riesgo mínimo	parestesias graves, ataxia, pie péndulo (marcha atáxica) parálisis de pares craneales con atrofia muscular progresiva, íleo paralítico, estreñimiento crónico, dolor abdominal, atrofia óptica, ceguera cortical, convulsiones.
	Mecanismo	Metabolismo	Efectos adversos
	alcaloide vegetal de la vinca minor. Se une a proteínas micro tubulares inhibiendo la síntesis del ARN actuando sobre las ARN polimerasas dependientes del ADN. Específico del ciclo celular; detiene las células en la separación entre las fases G ₂ y M.	Unido a proteínas plasmáticas y algunos elementos de la sangre, sobre todo las plaquetas. Metabolizado por el sistema microsómico hepático P450, produce metabolitos activos e inactivos. se excreta en la bilis y en la orina se recupera una mínima parte del fármaco libre.	Alopecia, ligera leucocitopenia (Eritrocitos y plaquetas), exantema, poliuria, retención urinaria, dolor mandibular o articular agudo, atrofia del nervio óptico.
	Dosis y día de aplicación		1,4 mg/m ² día 1
Doxorrubicina	Familia	Grado emético	Limitante de la dosis
	Antibióticos: antraciclinas	Grado moderado	1. Mielosupresión: leucocitopenia 2. Miocardiopatía con insuficiencia cardíaca congestiva, que puede llegar a ser resistente al tratamiento. es necesario cuantificar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo con una angiografía con radionúclidos antes de iniciar el tratamiento.
	Mecanismo	Metabolismo	Efectos adversos
	Se intercala entre pares de bases del ADN, forma radicales libres, altera las membranas celulares, induce la lesión del ADN dependiente de la topoisomerasa II, inhibe el ADN perribosómico y el ARN.	El 70% del fármaco se fija a las proteínas plasmáticas. Metabolizado rápidamente en el hígado. Los metabolitos y el fármaco libre se excretan abundantemente en la bilis, la eliminación conocida es la mitad del fármaco.	Alopecia, náuseas y vómitos de leves a severos, estomatitis, al ser un fármaco vesicante la extravasación produce ulceración grave y necrosis, diarrea, hiperpigmentación de los lechos ungueales y los pliegues cutáneos, enrojecimiento facial, conjuntivitis, orina color rojo.
	Dosis y día de aplicación		50 mg/m ² día 1

Prednisona	Familia	Grado emético	Limitante de la dosis
	Corticoesteroides	N/A	N/A
	Mecanismo	Metabolismo	Efectos adversos
	Actúa controlando la velocidad de síntesis de proteínas. Reacciona con proteínas receptoras en el citoplasma de las células sensibles, formando un complejo esteroide receptor. La información transportada por el esteroide dirige al aparato genético hacia la transcripción de RNA.	Se metaboliza en el hígado a su metabolito activo prednisolona. La prednisolona es metabolizada por la CYP3A4 mediada por la enzima 6b-hidroxilasa a compuestos inactivos. Estos metabolitos inactivos y una porción del fármaco inalterado son excretados en la orina.	Signos de hiperactividad adrenal (Síndrome de Cushing) a dosis altas, Insuf. adrenocortical (con tratamientos prolongados); hiperglucemia, polifagia; osteoporosis, fragilidad ósea; retraso en cicatrización de heridas; erupciones acneiformes, hirsutismo, hiperpigmentación, esclerodermia (a dosis altas); sofocos, disminución de la resistencia a las infecciones.
	Dosis y día de aplicación		60-100 mg/m ² v.o. días 1 al 5.

Esquema R-B			
Rituximab	Dosis y día de aplicación		375 mg/m ² día 1
Bendamustina	Familia	Grado emético	Limitante de la dosis
	Agentes alquilantes: mostazas nitrogenadas	Riesgo moderado	Mielosupresión
	Mecanismo	Metabolismo	Efectos adversos
	Entrecruzamiento de las cadenas del ADN dobles y simples por alquilación. Como resultados, se alteran las funciones de la matriz del ADN y de la síntesis y reparación del ADN. Activa contra células en reposo y en división.	Atraviesa barrera hematoencefálica pero no alcanza niveles terapéuticos en SNC. Se metaboliza en el hígado. Se elimina un 25% a través de las heces y 50% por vía renal. La vida media es de 30 min.	Nausea, vómito, diarrea, exantema fiebre, astenia, cefalea, estomatitis como exantema, reacciones a la infusión.
Dosis y día de aplicación		120 mg/m ² día 1 y 2 cada 3 semanas x 12 ciclos	

Esquema R-CVP		
Rituximab	Dosis y día de aplicación	375 mg/m ² día 1
Ciclofosfamida	Dosis y día de aplicación	750 mg/m ² día 1
Vincristina	Dosis y día de aplicación	1,4 mg/m ² día 1
Prednisona	Dosis y día de aplicación	60-100 mg/m ² /día 1 a 5 orales, cada 21 días

Apéndice 2. Folleto educativo sobre radioterapia



¿QUÉ ES LA RADIOTERAPIA?

La administración del tratamiento de radioterapia consiste en la focalización, por medio de distintas técnicas, de un haz de radiación cuya misión es destruir las células malignas que han dado lugar al tumor para reducir su tamaño y evitar su crecimiento.

CUANDO UNA PERSONA RECIBE RADIOTERAPIA SE PUEDEN PRESENTAR REACCIONES EN LA PIEL, LA GRAVEDAD DE ESTAS DEPENDERÁ DE LA DOSIS DE RADIACIÓN, DEL TIPO DE PIEL DE CADA PERSONA Y DE OTROS FACTORES. A ESTE DAÑO EN LA PIEL SE LE LLAMA RADIODERMITIS.

¿CÓMO PREVENIRLA?

- ✓ Debe mantener la piel hidratada con cremas
- ✓ Evitar rozaduras en la piel
- ✓ Debe proteger la piel con protector solar y evitar exponerse a los rayos UV
- ✓ No debe aplicar lociones o cremas que contengan alcohol



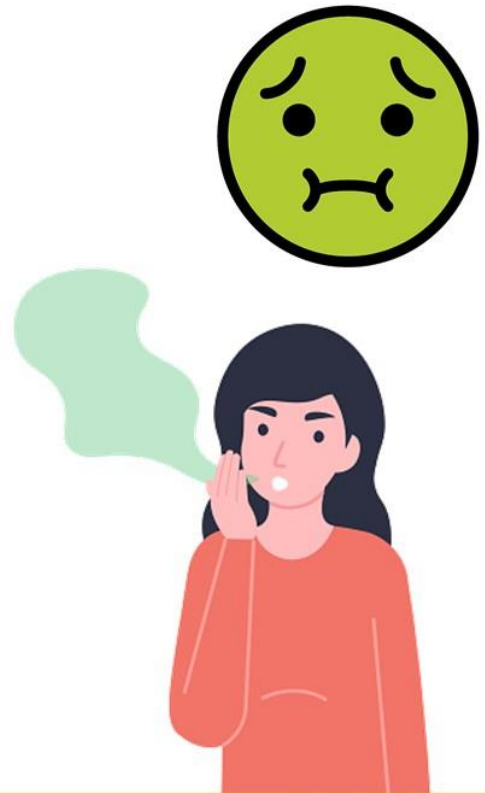
SI RECIBE RADIOTERAPIA EN LA ZONA ABDOMINAL PODRÍA CAUSARLE DIVERSOS EFECTOS SECUNDARIOS DEPENDIENDO DEL ÓRGANO QUE SE AFECTE Y LA DOSIS DE RADIACIÓN DEFINIDA

NÁUSEAS Y VÓMITOS

- ✓ Para tratarlos se aconseja comenzar el día tomando alimentos secos, como tostadas o galletas.
- ✓ Distribuir la alimentación en pequeñas comidas frecuentes a lo largo del día
- ✓ Tomar bebidas y alimentos de fácil digestión y más bien fríos.
- ✓ Generalmente se toleran mejor los alimentos salados que los dulces.
- ✓ Evitar fritos, salsas y aderezos.
- ✓ Cocinar preferentemente al vapor y las carnes y pescados a la plancha.



- ✓ Consumir alimentos de bajo contenido en grasa para vaciar el estómago más rápidamente y tener una fácil digestión.
- ✓ Se aconsejan carnes como el pavo y el pollo, pescados blancos.
- ✓ Masticar bien la comida y comer despacio.
- ✓ Es preferible no beber durante las comidas.
- ✓ Evitar olores fuertes y desagradables, como la cocina, tabaco y perfumes.
- ✓ Tener aire fresco en la casa.



CONSEJOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA:

- ✓ Coma cosas ligeras para no hacerse daño en el intestino
- ✓ Beba muchos líquidos como agua, electrolitos orales, etc.
- ✓ No beba bebidas con gas. Si va a beberlas, agite la botella antes para quitar el gas.
- ✓ No coma comidas que le revuelvan el estómago como el café, las legumbres, la coliflor o alimentos con muchas especias o irritantes.



SI LA DIARREA NO CEDE, DEBERÁ ACUDIR A ATENCIÓN INMEDIATA PARA QUE LE DEN TRATAMIENTO

CONSEJOS PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO

- ✓ Tome alimentos con alto contenido en fibra. Aumente el consumo de frutas, verduras y legumbres.
- ✓ Tome cereales integrales (pan de centeno, trigo integral o de avena) en lugar de cereales refinados como el pan blanco.
- ✓ Intente añadir salvado de trigo a algunos alimentos
- ✓ Aumente la cantidad de líquidos a su dieta.
- ✓ Se recomienda 8 vasos al día entre agua infusiones y zumos.



Elaborado por:

LIC. ENF. ADRIANA BALBOA BAUTISTA

Obtenido de:

- GUÍA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA
- GUÍA DE CUIDADOS A PACIENTES EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

