



Universidad Nacional Autónoma de México



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Proceso de Atención de Enfermería a un Adulto Maduro con Leucemia Mieloide Aguda con alteración de las necesidades de evitar peligros y termorregulación en tratamiento antineoplásico con base en la Teoría de Virginia Henderson

Que para obtener el título de
Licenciada en Enfermería

Presenta

Aguilar Ruíz Mayra Edith

Asesora

E.E.A. Maribel Mendoza Milo

Ciudad de México, 2019



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.

1. AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

Por darme la serenidad, la sabiduría y el valor durante toda mi carrera, por darme la oportunidad de estar en el lugar correcto y por poner a tantas personas maravillosa en mi viaje.

A MI PAPÁ

Por ser el Papá con el corazón y la fuerza más grande del mundo, aprendí de ti nunca darse por vencidos. Gracias por ser mi Gordito, por todo tú esfuerzo para que yo pudiera seguir adelante, te amo papi.

A MI MAMÁ

Por ser mi mejor amiga y por mantenerte tan integra siempre demostrándome que todo se puede, te amo Guille.

A MI HERMANO MIGUEL

Gracias por ser mi compañero del alma todos estos años, por enseñarme tanto, por apoyarme y sobre todo por nunca dejarme sola. Gracias por ser mi más grande ejemplo de fortaleza, valentía y amor, te amo hermano mío.

A MI LUCHIS

Eres y serás siempre mi más grande inspiración, gracias hermosa por inspirarme a seguir haciendo más de mi carrera, por dejarme estas palabras “no serás enfermera del montón”, gracias por enseñarme el enorme corazón que tenías y por criarme de esta manera, lo que soy te lo debo a ti en muchos sentidos, mi más grande estrella en el cielo.

A MIS HERMANOS OMAR Y XOCHITL

Por ser ahora y más que nunca mis hermanos, mi familia por darme a dos sobrinos hermosos y por llegar en el momento que Dios quiso y por permitirme ser su hermana, los amo y agradezco me hayan elegido y aceptado.

A SEBASTIAN

Gracias por estar, por permanecer y por seguir a mi lado mi gran compañero de vida, por dedicarme tanto tiempo, por esforzarte para seguir conmigo y gracias por hacerme sentir la persona más importante en tu vida, te amo amour.

A MI TUTORA

Por dedicarme su tiempo, por todas las enseñanzas y sobre todo por permitirme aprender de usted.

INDICE

1.	AGRADECIMIENTOS	2
2.	INTRODUCCION	5
3.	JUSTIFICACIÓN	6
4.	OBJETIVOS	9
	4.1 GENERAL	9
	4.2 ESPECÍFICOS	9
5.	METODOLOGÍA	10
6.	INSTRUMENTOS	11
7.	MARCO TEORICO	16
	7.1 ENFERMERÍA Y EL CUIDADO	16
	7.2 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	16
	7.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	18
	7.4 ENFERMERÍA ONCOLÓGICA	20
	7.5 LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	22
	7.6 VALORACIÓN GENERAL	27
	7.7 CASO CLÍNICO	28
	7.8 HISTORIA CLÍNICA	29
8.	VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA	31
9.	JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES	40
10.	PLAN DE ALTA	58
11.	CONCLUSIONES	62
12.	ANEXOS	63
	12.1 ANEXO 1 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN 14 NECESIDADES	63
	12.2 ANEXO 2 ESCALA DE MUCOSITIS	69
	12.3 ANEXO 3 ESCALA DE VALORACIÓN DE BRADEN	70
	12.4 ANEXO 4 ESCALA ANALOGICA DEL DOLOR (EVA)	71
	12.5 ANEXO 5 ESCALA DE GASGLOW	72
	12.6 ANEXO 6 ESCALA DE NEUTROPENIA	73
	12.7 ANEXO 7 ESCALA DE ESFUERZO DEL CUIDADOR	74
	12.8 ANEXO 8 ESCALA DE DOWTON	75
	12.9 ANEXO 9 INFOGRAFÍA “TÉCNICAS DE RELAJACIÓN”	76
	12.10 ANEXO 10 ¿QUÉ ES LA LEUCEMIA, SIGNOS Y SITOMAS?	78
	12.11 NEXO 11 EFECTOS ADVERSOS DE LA QUIMIOTERAPIA Y SUS CUIDADOS	79
	12.12 CÁNCER	80
13.	BIBLIOGRAFÍA	84

2. INTRODUCCION

Desde hace años la palabra cáncer causa en la persona un alto impacto se tiene la idea de que la palabra cáncer es muerte, pero a lo largo de estos, se ha demostrado que si se diagnostica la enfermedad a tiempo se tienen más probabilidades de que esta no avance y tenga una regresión.

Existen diferentes tipos de cáncer, sin embargo no se conoce con certeza, medios que prevengan la aparición de la enfermedad y por lo tanto su control. En muchos casos el control depende de su diagnóstico precoz y por lo tanto un tratamiento oportuno. Aunque cada vez el conocimiento del cáncer y los sistemas de tratamiento se van perfeccionando, continua la terapia clásica y tradicional por medios quirúrgicos, radioterápico y quimioterápicos.

Los datos epidemiológicos y el conocimiento sobre el cáncer le sirve al personal de enfermería y de más miembros del equipo de salud para tomar conciencia de la problemática y de esta forma intervenir a tiempo de cualquier situación de salud que esté tratando el individuo.

El desarrollo de enfermería y los avances tecnológicos permiten mejorar la calidad de cuidado que se brinda al paciente con cáncer, en este caso a los pacientes con Leucemia Mieloide Aguda en donde el desarrollo de este tipo de cáncer se produce una pérdida de la respuesta a reguladores normales de la proliferación celular en la médula ósea.

El presente trabajo se realizó mediante las prácticas de Servicio social en el Instituto Nacional de Cancerología, y de acuerdo a las experiencias la situación se torna más compleja cuando la persona es sometida a tratamiento, porque el paciente con cáncer se compromete por completo su situación de salud física, psicológica, social y espiritual; y en donde se ven alterados los planes futuros, roles, pautas de interacción de la unidad familiar y los patrones normales de vida.

Esté trata de identificar y determinar los cuidados de enfermería que requiere un paciente con Leucemia Mieloide Aguda, con la confirmación de un diagnóstico temprano, y el poco conocimiento de la enfermedad de igual manera se trata de abordar como el paciente identifica todos estos cambios en su persona y que impacto tiene en él, al igual como es que las personas que están a su alrededor como su cuidador primario manejan este tipo de situaciones.

Por lo tanto mediante el siguiente plan de Cuidados se pretende dar a conocer la importancia que tiene enfermería con los problemas planteados, y tener en cuenta los aspectos de lo que la palabra cáncer se significa y la implicación del tratamiento, con el fin de dar una atención más comprensiva ante sus expectativas en las diferentes etapas de le enfermedad y del tratamiento.

3. JUSTIFICACIÓN

El término cáncer engloba a un grupo de más de 100 diferentes tipos de la enfermedad que tiene como característica principal el rápido y desordenado crecimiento de células anormales (Bustamante L. Marín S.J., 2012)¹. En la mayoría de los casos se trata de padecimientos crónico-degenerativos, por lo tanto, sus incidencias y tasas de mortalidad tienden a incrementarse con la edad. Asimismo, se han identificado tipos de cáncer más comunes en mujeres que en hombres y viceversa, así como otros exclusivos por sexo.

En México el cáncer ocupa los primeros lugares como causa de muerte y la leucemia aguda corresponde al 4.2% de éstas. En el desarrollo de ésta enfermedad se produce una pérdida de la respuesta a reguladores normales de la proliferación celular en la médula ósea, que lleva a un incremento acelerado de la población de células hemáticas inmaduras que desplazan a la población celular normal con la consecuente falla medular, además producen infiltración extra medular como puede ser bazo, hígado, piel, encías y sistema nervioso central.

En el grupo de poblacional entre la edad de 30 a 59 años comienzan a hacerse presentes aquellos tumores relacionados a factores de riesgo asociados a estilos de vida no saludables. Se identifican por medio de estudios epidemiológicos, donde se demuestra que las personas que desarrollan la enfermedad tienen ciertas conductas o una mayor exposición a sustancias identificadas como cancerígenas.

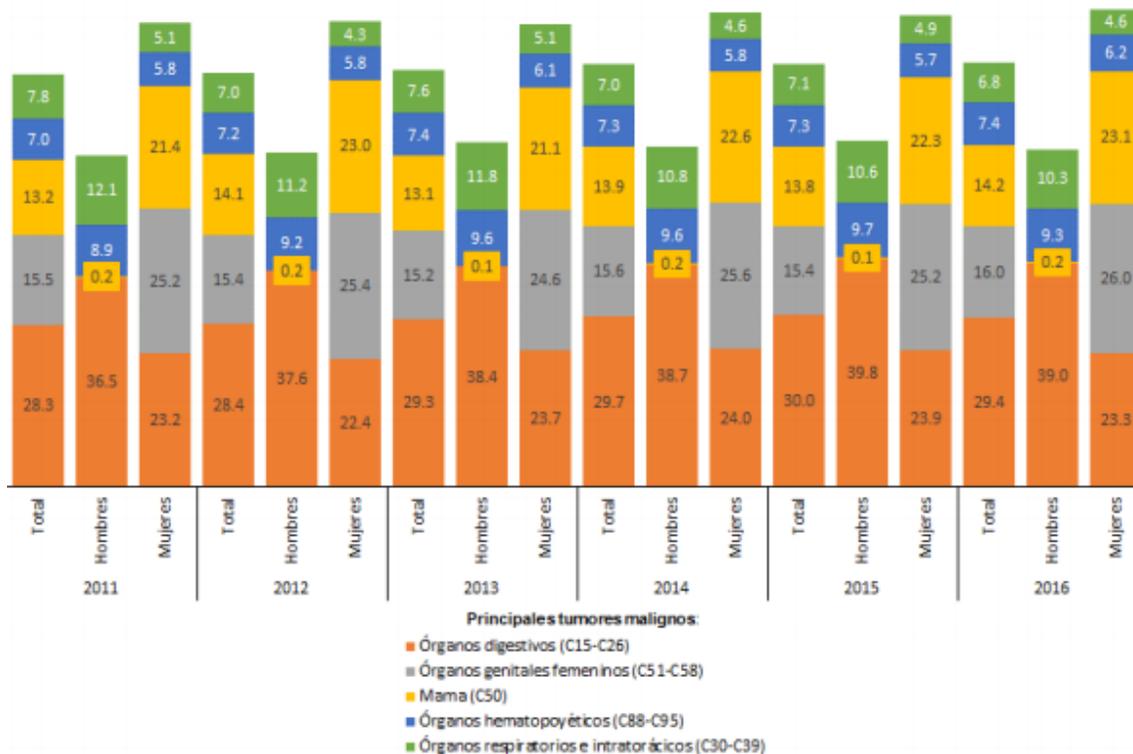
Por ejemplo, la evidencia médica reporta que el hábito de fumar no solo se relaciona a tumores malignos en los órganos del aparato respiratorio (primordialmente cáncer de pulmón), sino que incluso tiene efecto en el desarrollo de cáncer de vejiga, riñón, páncreas, estómago, colon, recto y cuello uterino; la obesidad genera cambios hormonales que inciden en el crecimiento celular desordenado y se le relaciona al cáncer de mama, endometrio, páncreas, riñón, colon y vesícula.

(MedlinePlus, 2016).²

¹ Bustamante L. M., Marín S. J., Cardona, D. (2012). Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 30(1), 17-25

En México durante el periodo de 2011 a 2016, los cinco principales tipos de cáncer que sobresalen como causa de mortalidad en la población de 30 a 59 años son: los tumores malignos de los órganos digestivos, el cáncer de órganos genitales femeninos, el tumor maligno de mama, el de órganos hematopoyéticos y los tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos.³ (INEGI,

**Porcentaje de muertes observadas para los cinco principales tumores malignos en la población de 30 a 59 años según sexo
Serie anual de 2011 a 2016**



Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).
Excluye defunciones con residencia habitual en el extranjero y edad no especificada.

Fuente: INEGI. *Estadísticas de Mortalidad. Cubos dinámicos.*

2018)

El cáncer de órganos hematopoyéticos se ubica como una de las principales causas de mortalidad observada por tumores malignos, pero de ser la primera en los grupos poblacionales anteriores, pasa al cuarto lugar en este grupo de población. Para la población de 30 a 59 años como quinta causa, aparece un tipo de neoplasia maligna nueva respecto a los análisis precedentes: los tumores

³ “Estadísticas a Propósito del Día mundial contra el cáncer (4 de febrero)”, (febrero 2018), México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía: Consultado en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_Nal.pdf

malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos; en estos se incluye el cáncer de pulmón. Al observar las tasas anuales de mortalidad para los principales tipos de cáncer en los varones de 30 a 59 años, los tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos son responsables de cinco fallecimientos por cada 100 000 varones en este rango de edad durante el periodo de 2011-2016, representando de esta forma, la segunda causa de muerte por cáncer para esta población específica; la primera, la ocupa el tumor maligno de órganos digestivos.⁴ (INEGI, 2018)

⁴ “Estadísticas a Propósito del Día mundial contra el cáncer (4 de febrero)”, (febrero 2018), México, Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía: Consultado en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_Nal.pdf

4. OBJETIVOS

4.1 General

Elaborar un Proceso de atención de Enfermería a un Adulto Maduro con Diagnostico de Leucemia Mieloide Aguda en tratamiento con antineoplásicos, Trombocitopenia y Proceso Infeccioso con el propósito de identificar y priorizar adecuadamente las necesidad alteradas, así mismo diseñar un plan de intervenciones que le permita al adulto alcanzar su independencia de acuerdo a su tratamiento y enfermedad de base, además de favorecer el apego a este, capacitar y orientar al cuidador primario para que participe de manera efectiva en los cuidados del paciente.

4.2 Específicos

- Realizar la valoración de enfermería al Sr. Manuel para la identificación de las alteraciones en las 14 necesidades básicas de enfermería.
- Identificar las necesidades alteradas y construir diagnósticos de enfermería adecuados conforme a la valoración de los signos y síntomas de Leucemia Mieloide Aguda.
- Planear, desarrollar y evaluar las intervenciones de enfermería acorde a los diagnósticos a partir de cada necesidad interferida e identificar los problemas reales y potenciales de la persona.
- Capacitar al paciente y a su cuidador primario para conocer las medidas que deben de tomar de acuerdo a sus necesidades.

5. METODOLOGÍA

5.1 Elección de Estudio de Caso

El siguiente Proceso de Atención a Enfermería comete al estudio de caso clínico a un Adulto Maduro el Sr. Manuel con Leucemia Mieloide Aguda en tratamiento con antineoplásicos, en su primer ciclo de esquema con quimioterapia de HiDAC, presentando Trombocitopenia con una hemoglobina de 7.5 mg/dL y síntomas referentes a este tratamiento, actualmente se encuentra en aislamiento por Neutropenia grado IV de igual manera presenta un proceso infeccioso relacionado a Catéter Venoso Central.

Tiempo: 27 de Agosto al 17 de Septiembre del 2018

Ubicación: Este caso clínico fue seleccionado en el Instituto Nacional de Cancerología en el 7º piso en el área de Hemato-oncología, en la habitación número 5 de aislamiento por neutropenia.

Consentimiento informado: Es un proceso que consiste en la manifestación expresada de una persona competente física, mental y moralmente para tomar la decisión de participar en un proceso que involucre decisiones en torno a su salud, en condiciones tales que sea capaz de comprender los riesgos, los beneficios, las consecuencias o los problemas que puedan presentar. La información debe de ser brindada de manera comprensible y adecuada a las necesidades de la persona para poseer la certeza de que ha comprendido bien el mensaje. Involucra un acuerdo de tipo verbal o escrito mediante el cual la persona o el representante legal autoriza la intervención en salud con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a los cuales se someterá. (Carrasco, 2012)⁵

Para fines de este trabajo el consentimiento informado se llevó acabo de manera verbal, invitando al paciente y al familiar a participar en este trabajo, se les menciono que la recopilación de la información era con fines académicos y así mismo poder implementar intervenciones de enfermería especificas e individualizados que le permitan al paciente alcanzar una calidad de vida.

⁵ Carrasco A. P, Rubio A. M, Fuentes O. D. (2012) Consentimiento informado: un pilar de la investigación clínica, Scielo Colombia. 1(12); 32-41.

6. INSTRUMENTOS

1.- INSTRUMENTO DE VALORACIÓN 14 NECESIDADES

Se utilizó el instrumento de Valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson, proporcionado y relaborado por la Academia de Enfermería de la Adulterez y Vejez de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. (Anexo 1).

2. ESCALA DE LA MUCOSITIS

En las neoplasias hematológicas se describe con frecuencia lesiones en la cavidad oral. Estas lesiones pueden ser manifestaciones primarias de la enfermedad o bien de manifestaciones secundarias de los diferentes tratamientos a los que son sometidos estos pacientes. La acumulación de factores hacen que los pacientes sometidos a tratamiento oncológico con dosis elevadas de radioterapia y/o quimioterápicos mucotóxicos, desarrollen complicaciones en la cavidad oral.

El termino mucositis lo describe Köstler a finales de los años 80's para definir la inflamación de la cavidad oral inducida por la quimioterapia y la radioterapia, pues esta inflamación, representaba una entidad distinta a otras lesiones orales con otra etiopatogenia, algunos autores definen que la mucositis consiste en una inflamación de las mucosas que conduce a una ulceración y rotura de la integridad de las mismas y que puede afectar a todo tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano. No obstante, parece existir un acuerdo en la literatura internacional para denominar como mucositis oral o bucal a las alteraciones que los tratamientos oncológicos provocan en la mucosa oral.

En 1979, la OMS definió el estado de las lesiones de la mucositis según la severidad de las mismas, estableciendo grados del 0-4 de normal a severo, según el grado de eritema, el grado de ulceración, la capacidad para comer que presenta el paciente, la existencia o no del dolor. (López, 2005)⁶ (Anexo 2)

⁶ López C., Oñate S. R.E., Roldán C.R., Cabrerizo M. M.C., (2005) Valoración de la mucositis secundaria a tratamiento oncohematológico mediante distintas escalas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal; 10: 412-421

3.- ESCALA DE BRADEN

La Escala de Braden fue desarrollada en 1985 en EE.UU., en el contexto de un proyecto de investigación en centros sociosanitarios, como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton. Barbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de una EVRUPP.

La Escala de Braden consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices.

Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma.⁷ (García, 2008) (Anexo 3)

4.- ESCALA DE EVA

La Escala Visual Analógica, ideada por Scott Husinson en 1976, es el método de medición empleado con más frecuencia, consiste en una línea de 10 cm que representa el espectro continuo de la experiencia dolorosa. La línea puede ser horizontal o vertical y termina en ángulo recto en sus extremos. Sólo en los extremos aparecen descripciones, “no dolor” en un extremo y el “el peor dolor imaginable” en el otro, sin ninguna otra descripción. Su principal ventaja estriba en el hecho de que no contienen números o palabras descriptivas, al paciente no se le pide que describa su dolor con palabras específicas, sino que es libre de indicar sobre la línea la intensidad de sus sensación dolorosa en relación con los dos extremos de la misma. Es un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible, siendo útil para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones.

La valoración consiste en:

1. Dolor leve si el paciente puntúa el dolor menor de 3
2. Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7

⁷ García F. F., Pancorbo H., Soldevilla A. J., Blasco G. C., (2008) Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos; 19 (3)

3. Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.⁸ (Serrano, 2002) (Anexo 4)

5. ESCALA DE GLASGOW.

Fue diseñada por los neurocirujanos ingleses Graham Teasdale y Bryan Jennett, se publicó por primera vez en el año de 1974 en la revista The Lancet con el título Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. En su primera edición se conformaba de tres categorías a evaluar (apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora) que daban una sumatoria de 14 puntos. Para 1976 fue adaptada con la adición de un punto para valorar la flexión anormal (postura de decorticación) en el rubro de respuesta motora quedando un total de 15 puntos, como se conoce ahora.

La Escala es una herramienta la cual valora el nivel de consciencia de un paciente, esta evalúa dos aspectos:

1. El estado de alerta, que consiste en estar consciente del entorno en que se encuentra.
2. El estado cognoscitivo, que demuestra la comprensión de lo que ha dicho el evaluador a través de una capacidad por parte de la persona para obedecer órdenes.

La GCS se compone de 3 subescalas que califican de manera individual 3 aspectos de la consciencia: la apertura ocular en un rango de 1 a 4 puntos, la respuesta verbal en rango de 1 a 5 puntos y la respuesta motora que va de 1 a 6 puntos; y el puntaje total se otorga con base en la mejor respuesta obtenida en cada uno de los rubros.⁹ (Muñana, 2014) (Anexo 5)

6. ESCALA DE NEUTROPENIA

La neutropenia es una reducción del recuento de neutrófilos sanguíneos. Si es severa, aumentan el riesgo y la gravedad de las infecciones bacterianas y micóticas. (Territo, 2018)¹⁰

Los neutrófilos son de suma importancia en la contención de infecciones y el primer elemento celular en la cascada inflamatoria. Cuando hay neutropenia disminuye la respuesta inflamatoria a

⁸ Serrano A. M. S., Caballero J., García S. P., Prieto J., (2002) Valoración del dolor. Rev Soc Esp Dolor; 9: 94-108

⁹ Muñana R. J. E., Ramirez E. A., (2014) Escala de coma de Gasglow: origen, análisis y uso apropiado. Enfermería Univeristaria; 11(1): 24-35

¹⁰ Territo M., Geffen D., (2018) Neutropenia. USA: Manual MSD-Versión para profesionales. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/leucopenias/neutropenia?query=NEUTROPENIA>

las infecciones y diseminación de las bacterias. A menudo, los pacientes con infección y neutropenia presentan fiebre como única manifestación clínica de sepsis.

La severidad de la neutropenia ha sido clasificada de acuerdo con los Criterios Comunes de Toxicidad del Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU. en 4 grados:¹¹ (Sobrevilla, 2016) (Anexo 6)

Grado 1: neutrófilos de 1,500 a 2,000 células/mm³

Grado 2: neutrófilos de 1,000 a 1,500 células/mm³

Grado 3: neutrófilos de 500 a 1,000 células/mm³ y

Grado 4: neutrófilos cuando hay < 500 células/mm³

7. ESCALA DEL ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

Es un instrumento diseñado para medir la carga percibida de aquellas personas que cuidan a sus familiares. Este instrumento fue validado en 1983 por Robinson BC en una población americana de cuidadores de pacientes tras un alta hospitalaria por una enfermedad cardíaca.

Las propiedades psicométricas encontradas en el estudio original muestran una alta consistencia interna, lo que garantiza una excelente fiabilidad. La validez fue estudiada a través de tres áreas diferentes como son las características del paciente, la percepción subjetiva del hecho de cuidar por parte del cuidador, y la salud física y emocional del cuidador.

El Instrumento está compuesto por 13 preguntas dicotómicas (verdadero-falso) cada respuesta verdadera puntúa 1. La puntuación total presenta un rango entre 0 y 13 puntos, si la puntuación es >7 sugiere un nivel elevado de sobre-esfuerzo.¹² (López, 2005) (Anexo 7)

¹¹ Sobrevilla C. P.J., Sobrevilla M. N., Ochoa C. F. J., (2016) Neutropenia inducida por quimioterapia: el punto de vista del oncólogo. Gaceta Mexicana de Oncología; 15(6): 334-349

¹² López A. S. R., Moral S. M. S., (2005) Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador de la población española. Enferm Comun; 1(1): 12-17

8. ESCALA DE DOWTON

Se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída con el fin de que sea necesario, y así mismo implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas.

Esta escala tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presentan en este sentido cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 o 1. Cuando el resultado de la escala es de tres o más se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída.

Una vez realizada la evaluación del riesgo de caídas mediante la escala existen protocolos de actuación que contemplan la asignación del paciente a un grupo de bajo o alto riesgo y la adopción de medidas preventivas básicas en el primer caso y de otras específicas en el segundo, en función de los factores de riesgo que presente.¹³ (Norambuena, 2014) (Anexo 8).

¹³ Norambuena M. M. (2014) Protocolo prevención de Caídas. Hospital de Linares; 3: 1- 14

7. MARCO TEORICO

7.1 ENFERMERÍA Y EL CUIDADO

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.

En la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte.

El cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica. Si se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos, y que, las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos, entonces, la relación enfermera(o)-paciente, como seres dialógicos, implica un encuentro humanizador, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro a través de la reflexión de los cuidados, que incluye las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del quehacer de enfermería. Por lo antes mencionado, es necesario comprender cómo representa la enfermera(o) su hacer profesional a través de formaciones subjetivas como: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos; tal comprensión servirá para mejorar el cuidado de su práctica, que actualmente adolece de significado y, por tanto, de un reconocimiento propio. (Báez, 2009)¹⁴

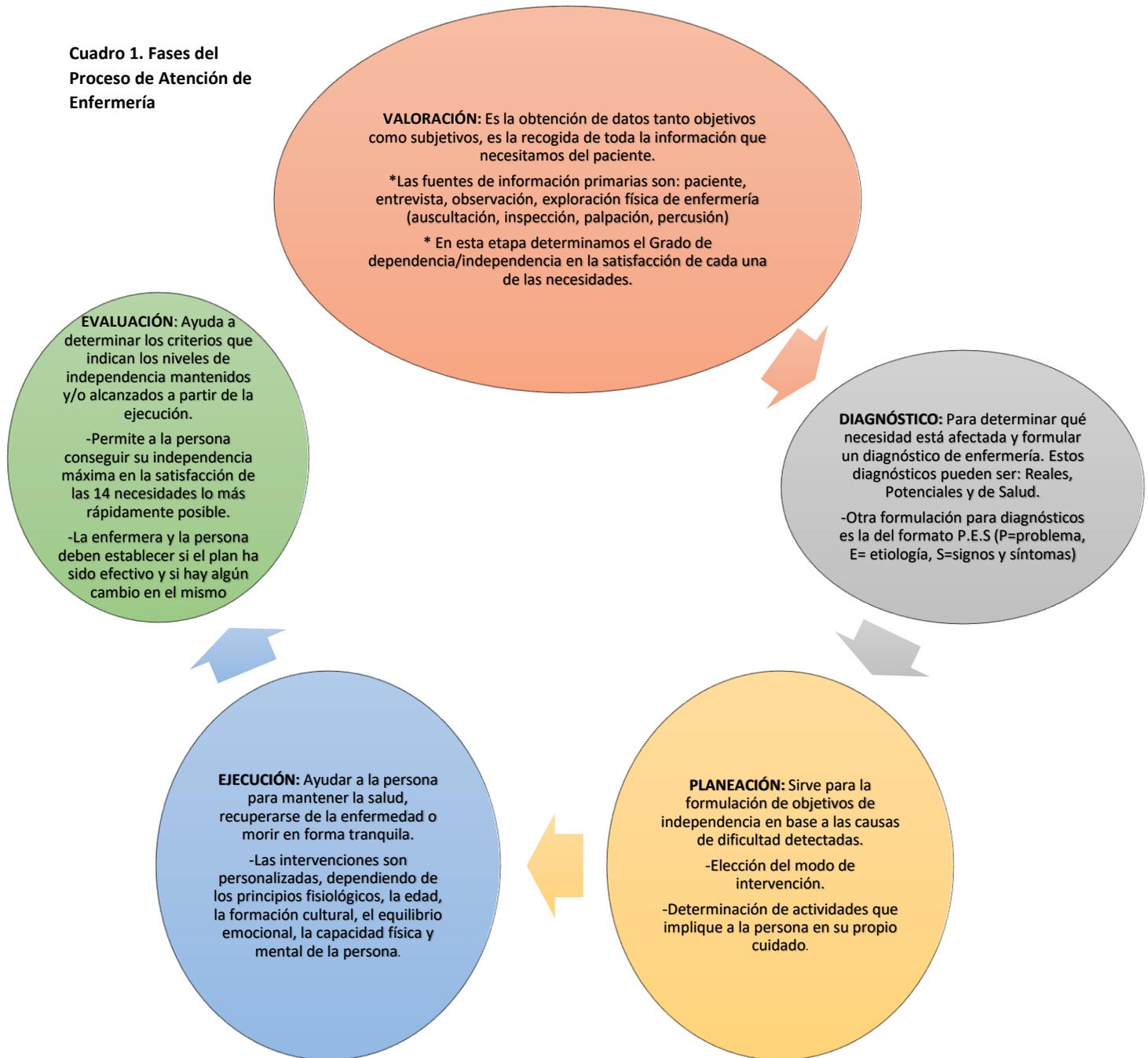
7.2 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

¹⁴ Báez F, & Nava F. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. (2009), [Consultado el 11 de junio del 2019], de Scielo Sitio web: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>

Consta de cinco fases:¹⁵ (Salazar, 2013)

Cuadro 1. Fases del Proceso de Atención de Enfermería



FUENTE: Elaboración Propia

¹⁵ SALAZAR I. PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA. (2013)[Consultado el 12/06/19], de ENEO-UNAM Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>

7.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:

- | | |
|--|---|
| 1.- N. de respirar. | 8.- N. de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos. |
| 2.- N. de beber y comer. | 9.- N. de evitar los peligros. |
| 3.- N. de eliminar. | 10.- N. de comunicarse. |
| 4.- N. de moverse y mantener una buena postura. | 11.- N. según sus creencias y sus valores. |
| 5.- N. de dormir y descansar. | 12.- N. de ocuparse para realizarse. |
| 6.- N. de vestirse y desvestirse. | 13.- N. de recrearse. |
| 7.- N. de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales. | 14.- N. de aprender. |

METAPARADIGMA

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

- **Salud:** Estado de bienestar físico, mental y social.
 - La salud es una cualidad de la vida.
 - La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Requiere independencia e interdependencia.
- **Entorno:** Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

Las enfermeras deben: -Recibir información sobre medidas de seguridad.

- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

- **Persona:** Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente. El paciente y su familia conforman una unidad.

- **Enfermería:** Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible. (Iztacala, 2013)¹⁶

¹⁶ FES IZTACALA. MODELO: VIRGINIA HENDERSON (2013). [Consultado el12/06/19], de FES IZTACALA-UNAM Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>

7.4 ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

La enfermera especialista oncológica contribuye a un plan de intervenciones específicas, como son la provisión de información, los cuidados al paciente y a su familia, la continuidad asistencial en el desarrollo del plan terapéutico, mediante la conducción del paciente a través de los diferentes servicios y centros sanitarios que complementa la aplicación del tratamiento. (Díaz, 2013)¹⁷

El desarrollo de enfermería y los avances técnicos en oncología permiten mejorar la calidad de cuidado que se brinda al paciente con cáncer. Debido al incremento de paciente con cáncer la enfermera tiene un amplio campo de acción con una gran responsabilidad y participación, ante la problemática que vive el paciente y su grupo familiar, desde el momento de un posible diagnóstico como la intervención directa en las diferentes modalidades de tratamientos y en algunos casos hasta la muerte. (Jiménez, 2000)¹⁸

En el paciente oncológico cuando se compromete su situación de salud física, psicológica, social y espiritual; se ven alterados los planes futuros, roles, pautas de interacción de la familia; por lo tanto la enfermera debe dar una atención más comprensiva y honesta ante sus expectativas en las diferentes etapas de la enfermedad y de la terapia.

¹⁷ Díaz F. M., Gatta N.S., López C. J. C., Tapia M. A., (2013) Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. Rev. Med. Clin. Condes; 24(4): 696-697.

¹⁸ Jiménez E. T., Barrera T. N., (2000) La enfermera y el paciente oncológico. Avances de enfermería; 11(2): 15-22.

El proceso de atención oncológico se debe de abordar desde la historia natural del cáncer, en donde se identifican ámbitos específicos que precisan ser abordados de forma individual como coordinados simultáneamente entre sí, que constituyen las fases del proceso:

Cuadro 2. Proceso de atención oncológico de enfermería



7.6 LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

La Leucemia Mieloide Aguda es la más común en adultos, es una neoplasia caracterizada por la proliferación anormal de células mieloides de origen clonal que infiltran la médula ósea, la sangre periférica y otros tejidos. La acumulación de estas células que se encuentran en distintos estado de maduración incompleta debido a fallas en la diferenciación desplaza a los elementos hematopoyéticos sanos, lo que causa insuficiencia medular e infiltración extramedular en el bazo, el hígado, la piel, las encías y el sistema nervioso central.

EPIDEMIOLOGÍA

La leucemia es una neoplasia que afecta con más frecuencia a adultos que a menores, es ligeramente más común en hombres que en mujeres.

La leucemia mieloide aguda afecta predominantemente a hombres en proporción de 5/3.4, con edad promedio de 67 años al diagnóstico, 83% de los casos son personas mayores de 45 años. A través del tiempo se ha observado incremento de nuevos casos de 3.4% cada año en los últimos 10 años, iniciando con 3.4 nuevos casos por 100,000 habitantes en 1975 a 4.4 casos nuevos por 100,000 habitantes en 2013.

En México no se cuenta con información confiable de esta enfermedad, la incidencia, la prevalencia y la mortalidad son datos que no se pueden considerar exactos.¹⁹ (Gutiérrez, 2014)

En una publicación reciente acerca de las características de las leucemias agudas desde la perspectiva de México, se analizaron 1018 pacientes adultos que fueron atendidos en seis diferentes centros entre 2009 y 2014.³⁵ En ese estudio se registraron cantidades semejantes de casos de leucemia linfoblástica aguda y leucemia mieloide aguda (51 y 49%, respectivamente), equitativas entre sexos, respecto a la leucemia mieloide aguda la edad de aparición fue notoriamente menor a lo reportado en la bibliografía internacional con 43 años, las variedades más frecuentes fueron leucemia mieloide aguda M3 con 35.5% y M2 con 20%.

El perfil epidemiológico de los tumores malignos en México, publicado en 2011, registra 2495 casos de leucemia mieloide (CIE10 C92) de 2004 a 2006, para el año 2008 hubo 4,338 egresos hospitalarios, de los que 2896 fueron específicamente por leucemia mieloide aguda. (salud, 2011)²⁰

¹⁹ Gutiérrez A. CH, González L. XJ, Herrera P. F del C, Zacarías R. BC, Herrera R. MÁ, Gómez-A. D. (2014) Trasplante autólogo de células hematopoyéticas en leucemia mieloide aguda. Rev Hematol; 15(3):87-94.

²⁰ Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Dirección general de epidemiología. Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. 2011.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo o predisponentes para la aparición de Leucemia Mieloide Aguda son muy variados, pero hay factores identificados como predisponentes. Estos factores son haber estado expuesto de forma accidental a radiaciones, los supervivientes de bombas atómicas, la exposición a benceno o derivados, los fumadores de cigarrillos, algunas etiologías víricas, la herencia y algunos fármacos (fenilbutazona, cloranfenicol, hidroxurea, etopósido y agentes alquilantes) se han asociado a leucemogénesis.

Cuadro 3. Factores de riesgo de leucemia mieloide aguda

Aspectos genéticos	Administración de fármacos	Alteraciones hematológicas	Factores ambientales
Anemia de Fanconi	Alquilantes	Síndrome mielodisplásico	Exposición a radiación
Síndrome de Kostman	Inhibidores de topoisomerasa II	Leucemia mieloide crónica	Bencenos
Síndrome de Wiskott-Aldrich	Fenilbutazona	Policitemia vera	Tintes
Ataxia telangiectasia	Cloroquina	Trombocitemia esencial	Herbicidas
Síndrome de Down	Metoxipsoralenos	Mielofibrosis	Pesticidas
Síndrome de Klinefelter	Cloranfenicol	Hemoglobinuria nocturna paroxística	Obesidad
Síndrome de Patau		Anemia aplásica	Alcohol

FUENTE: Cruz L.F. (2018) Leucemia Mieloide Aguda (2018). Rev Hematol Mex; 19(1): 24-40

FISIOPATOLOGÍA

El término Leucemia mieloide aguda se refiere a un grupo de trastornos hematológicos malignos de progresión rápida, fenotípica y genéticamente heterogéneos, los cuales caracterizan por la proliferación clonal desregulada de células inmaduras que han perdido la capacidad de diferenciarse normalmente.

Los tumores de origen hematopoyético se asocian a menudo con mutaciones que bloquean la maduración de la célula progenitora o que anulan su dependencia de los factores de crecimiento. El proceso de transformación leucémica o leucemogénesis es un proceso complejo en múltiples pasos, resultante de la acumulación de mutaciones que modifican en algún punto su sistema de señalización celular.

La leucemia surge como resultado de la transformación de precursores hematopoyéticos a través de la adquisición de arreglos cromosómicos y múltiples mutaciones genéticas que bloquean la diferenciación celular y confieren ventajas proliferativas y de supervivencia.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas iniciales muestran una consecuencia directa de la sustitución de los elementos normales de las líneas celulares de la médula ósea; en el caso de la serie roja, como consecuencia de la anemia, habrá palidez, cansancio, debilidad, disnea de esfuerzo, mialgias y sangrado de encías; en la serie blanca, infecciones frecuentes, fiebre, leucocitosis y neutropenia; en la serie plaquetaria habrá hemorragias mucocutáneas, trombocitopenia; en las infiltraciones sobreviene crecimiento visceral e infiltración a la piel. Una coagulopatía parecida a la intravascular diseminada, que se manifiesta con bajo fibrinógeno y elevación del tiempo de tromboplastina parcial activado, en el examen de sangre periférica se observan mieloblastos con bastones de Auer, que son piezas alargadas de cromatina.

DIAGNOSTICO

La ruta diagnóstica de los cánceres hematológicos se define que entre más tarde se realice el diagnóstico pueden sobrevenir más complicaciones.

El diagnóstico de la LMA comprende una valoración del estado físico, los datos del hemograma, el aspirado de médula ósea y la biopsia. El examen de la morfología de la médula permite calcular el porcentaje de blastos en el espacio medular y datos morfológicos que distinguen entre los blastos linfoides y mieloides. Se hacen tinciones específicas, inmunofenotipos y análisis citogenéticos para confirmar el diagnóstico. El análisis citogenético nos permite examinar los cromosomas de las células leucémicas para las anomalías genéticas. Las lesiones genéticas responsables de la forma de crecimiento aberrante del clon leucémico incluyen pérdidas o ganancias cromosómicas, dando lugar a una hiperdiploide o hipodiploide; las translocaciones cromosómicas que llevan a la formación de genes de fusión transformados o disregulación de la expresión genética; y a la inactivación de la función del gen supresor de tumores.²¹ (Cruz, 2018)

²¹ Cruz L.F. (2018) Leucemia Mieloide Aguda (2018). Rev Hematol Mex; 19(1): 24-40

Cuadro 4. Pruebas diagnósticas de leucemia mieloide aguda

Aspirado de médula ósea y biopsia, así como de películas de sangre periférica
Inmunofenotipificación de la sangre periférica y de los aspirados de médula ósea
Citogenética y genética molecular (técnicas de PCR y FISH)
Química sanguínea incluyendo parámetros hepáticos y renales
Perfil de coagulación
Grupo sanguíneo y tipificación del antígeno leucocitario humano (HLA) del paciente y familiares
Radiología que incluya examen dental, así como tomografía computada de tórax y abdomen (o radiografía de tórax y ecografía abdominal)
Preservación de espermatozoides en los hombres (según preferencia del paciente)
Prueba de embarazo en suero en las mujeres

FUENTE: Cruz L.F. (2018) Leucemia Mieloide Aguda (2018). Rev Hematol Mex; 19(1): 24-40

TRATAMIENTO

El tratamiento incluye la terapia de inducción y la de consolidación o posremisión. Para los pacientes menores de 60 años y recientemente diagnosticados, se recomienda la dosis estándar de tratamiento de inducción que incluye citarabina combinada con antraciclina.

- Terapia de inducción: en pacientes con diagnóstico reciente el tratamiento a la remisión es el esquema 7+3. La respuesta al tratamiento debe evaluarse a los 14 días a través de aspirado de médula ósea y biopsia por punción. Los pacientes que después del primer ciclo de terapia de inducción aún tengan rastro citológico de la enfermedad deberán recibir un segundo ciclo del esquema, con lo que la tasa de remisión puede acercarse a un 50%.

La remisión se comprueba mediante pruebas de laboratorio que confirmen la existencia de menos del 5 % de blastos y normalización de las diferentes líneas celulares (Aguilar, 2010)

Cuadro 5. Esquema de inducción 7+3 propuesto por la GPC de la Secretaría de Salud de México

Inducción a la remisión	Días del ciclo
Citarabina 100 mg/m ² SC, IV para infusión continua de 24 horas	1 a 7
Daunorrubicina 45-60 mg/m ² SC, IV para infusión de 30 minutos, cada 24 horas durante tres días	1, 2, 3
O idarubicina 12 mg/m ² SC, IV para infusión de 30 minutos, cada 24 horas	1, 2, 3

FUENTE: Aguilar López L, León C. RE, Pérez L. U, Montañó F. EH, (2010) Terreros Muñoz E, Martínez M. C. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico v tratamiento de la leucemia mieloide aguda.

22

- Terapia de consolidación: La finalidad de la terapia es prevenir la recaída y erradicar la enfermedad mínima residual en la médula ósea después de la inducción.
En la terapia de consolidación se consideran tres opciones básicas: quimioterapia, trasplante de células hematopoyéticas autólogo o alogénico, dependiendo de la edad y la estratificación por riesgo genético. La estratificación por riesgo genético implica el conocimiento de las anomalías citogenéticas y moleculares asociadas a la LMA.

²² Aguilar López L, León C. RE, Pérez L. U, Montañó F. EH, (2010) Terreros Muñoz E, Martínez M. C. Guía de Práctica Clínica; Diagnóstico y tratamiento de la leucemia mieloide aguda.

7.7 VALORACIÓN GENERAL

Presentación de Caso Clínico

Ficha de identificación

Nombre: Ando Meraz Manuel

Edad: 43 años

Fecha de nacimiento: 31/08/1976

Escolaridad: Licenciatura

Residencia: Orizaba, Veracruz

Estado Civil: Casado

Religión: católica

Ocupación: Gerente de un autolavado

Peso: 72.70 kg

Talla: 1.77m

Unidad Médica: Instituto Nacional de Cancerología

Servicio o Área: 7º piso, área de hemato- oncología

Fecha de ingreso al Instituto: 21 de Julio del 2018

Fecha de ingreso de hospitalización: 01 de Agosto del 2018

Diagnóstico médico: Leucemia Mieloide Aguda

7.8 Caso Clínico

Masculino de 43 años de edad, que ingresa al INCan el día 21 de julio del 2018, por el servicio de hematología con signos de fatiga, sueño, cefalea, mareo, fiebre y taquicardia con disminución de la agudeza visual, por lo cual ingresa con laboratorios de sangre del Chopo en donde se encuentran con Leucocitos de 45000, HB 8.1, plaquetas 19000, 15% de Blastos de aspecto linfoide.

Al ingreso del Instituto se realizan estudios de control por lo que se determina Leucemia Mieloide Aguda, se comienza con terapia de quimioterapia HiDAC con 7+3, el cual se aplicó sin eventualidades, y sin datos de toxicidad, durante su internamiento presento nauseas durante la ministración de quimioterapia además los principales síntomas son neutropenia en grado IV lo cual se mantiene en aislamiento neutropenico, en cuanto al manejo hemato-oncológico, la BH con requerimiento transfusional de 1 paquete globular, , además de presentar fiebre por enterococo faecium, a través del CVC, lo cual se comienza con terapia de antibiótico de amplio espectro y se mantiene buena respuesta a este.

A través de la Valoración General de Enfermería Oncológica se detecta que el paciente se encuentra orientado en persona y lugar, alineado, cuenta con toda su dentadura, con ligera palidez de tegumentos, y resequedad bucal, presenta nauseas refiriendo que es por la administración de quimioterapia, al igual que hay una disminución del apetito a causa del tratamiento, tiene poca motilidad intestinal, refiriendo no poder evacuar por dos días, tiene una laceración en pie izquierdo la cual impide caminar y desplazarse dentro de la unidad correctamente, se encuentra desanimado, preocupado y enojado, tras tantos días de hospitalización, le preocupa mucho su familia, se le sugiere apoyo de psico-oncología la cual rechaza.

Tratamiento Farmacológico:

Paciente adulto maduro con manejo de Quimioterapia con, Sol. Salina al 0.9% + Citarabina 5.6 gr p/3hrs cada 12 hrs en día +1, +2, +3, Meropenem 1gr IV C/8hrs para 3 hrs, Daptomicina 500 mg IV c/ 24 hrs, Paracetamol 1gr IV PRN, Ketoprofeno 100 mg IV, DU, Vancomicina 1gr IV c/12 hrs para 3 hrs, Ondansetrón 8mg IV cada 8 hrs, Ceftazidima 2gr IV cada 8hrs.

7.9 Historia Clínica

Antecedentes heredofamiliares: Padres aún viven sin reportar alguna enfermedad.

Antecedentes personales patológicos: Se conoce una hernia de disco con aplicación de esteroides por depósito en múltiples ocasiones, le aplicaron células madre.

Toxicomanías: Refiere haber fumado por 10 años, de los cual fumaba 10 cigarros al día, lo dejó hace 5 años, no se a expuesto a humos de leña u otros agentes por un tiempo prolongado.

Quirúrgicos: Hombro- manguito rotador.

Transfusiones: se le realiza la transfusión de un paquete globular, tras el manejo de quimioterapia.

Antecedentes personales no patológicos: Habita en una casa con todos los servicios básicos de urbanización, es casa propia, vive con 3 personas, dos hijas y su esposa.

Zoonosis: Negativa

Alimentación: Consumía suplementos alimenticios para bajar de peso desde hace 5 meses, durante hospitalización solo consume líquidos, refiriendo tener muchas nauseas por efecto de la quimioterapia.

- **Exploración Física**

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica en espacio y persona; físicamente se observa con buen estado general, orientado en espacio y persona, se observan pocos efectos secundarios del tratamiento de Antineoplásicos, presenta ligera palidez en tegumentos, lenguaje coherente sin movimientos anormales. Frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca de 67 latidos por minuto, saturación de oxígeno 97%, llenado capilar de 2 segundos, tensión arterial 113/69mmHg.

- **Cráneo:** normocefálico, simétrico, sin dolor a la palpación, cuero cabelludo en buenas condiciones, limpio y seco.
- **Ojos:** simétricos, grandes, color café oscuro, pupilas redondeadas, cejas bien implantadas, presenta un pequeño derrame en el ojo izquierdo, no presenta deterioro visual. A la palpación no se detectan nódulos ni zonas dolorosas en parpado.

- **Nariz:** piel del mismo color a la cara, simétrica, fina, tabique nasal alineado, sin fracturas ni dolor a la palpación, membranas permeables, es independiente de oxígeno.
- **Boca:** Dentadura completa, ligera palidez de tegumentos, ligera resequedad en mucosas orales, no tiene dificultad para la deglución, Escala de mucositis grado 0 (sin laceraciones bucales), realiza lavado bucal tres veces al día, y colutorios con vantal una vez al día.
- **Cuello:** Forma cilíndrica, largo al mismo color a la piel del cuerpo, alineación en tráquea, amplitud de movimientos sin dolor ni mareos.
- **Tórax:** simétrico, patrón respiratorio normal, se auscultan campos pulmonares re reportan permeables. Ruidos cardiacos rítmicos con una frecuencia cardiaca de 67 latidos por minuto.
- **Abdomen:** Abdomen blando, poco depresible, con disminución en la motilidad intestinal y dolor abdominal, refiere dificultad para poder evacuar por tres días
- **Extremidades inferiores:** piel humectada, sin datos de estar sucia, no presenta dificultad a la extensión, uñas cortas y limpias, se observa en pie izquierdo una pequeña lesión la cual es tratado con antibióticos.

8. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

1. OXIGENACIÓN

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Refiere haber consumido cigarros intensamente durante 10 años, más de 10 al día, actualmente lleva 5 años sin fumar. • No se ha expuesto a humos de leña u otros agentes tóxicos por un tiempo prolongado 	<ul style="list-style-type: none"> • Campos pulmonares permeables con buena expansión torácica, con buena entrada y salida de aire. • FR 19 por min, FC 65x' • T/A 152/67 mmHg

DIAGNOSTICO: Riesgo de alteración en la necesidad de Oxigenación r/c haber fumado por 10 años a razón de 10 cigarrillos al día.

2. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Consumía suplementos alimenticios para bajar de peso desde hace 5 meses, Presenta nauseas al comenzar con tratamiento antineoplásico, provocando no poder consumir alimentos sólidos Dentadura completa, ligera palidez de tegumentos, ligera resequedad en mucosas orales, no tiene dificultad para la deglución, Escala de mucositis grado 0 (sin laceraciones bucales). 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza lavado bucal tres veces al día, y colutorios con vantal una vez al día.

<p>TX: Sol Salina al 0.9% 1000 p/12 hrs</p> <p>Sol salina al 0.9% + citarabina 5.6 gr p/ 3 hrs cada 12 hrs en día +1, +2, +3.</p> <p>Meropenem 1gr IV c/8 hrs p/3 hrs.</p> <p>Daptomicina 500mg IV C/24 hrs</p> <p>Paracetamol 1grs IV PRN</p> <p>Ketoprofeno 100mg IV DU</p> <p>Vancomicina 1gr IV c/12 hrs p/ 3hrs</p> <p>Ondansetrón 8mg IV c/8 hrs</p> <p>Ceftazidima 2gr IV c/8hrs</p>	
---	--

DIAGNOSTICO: Náuseas r/c tratamiento con antineoplásicos m/p rechazo de los alimentos y negación a alimentos sólidos.

3. ELIMINACIÓN

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento antineoplásico, citarabina. Abdomen blando, poco depresible, con disminución en la motilidad intestinal y dolor abdominal, refiere dificultad para poder evacuar por tres días comienza con la administración de Anara 10 gts cada 8 hrs. 	<ul style="list-style-type: none"> Refiere tomar dos litros de agua diarios durante estancia hospitalaria.

DIAGNOSTICO: Estreñimiento r/c actividad física insuficiente m/p dolor abdominal, disminución del volumen de las heces, dificultad para poder evacuar por tres día.

4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes Quirúrgicos en hombro-manguito rotador, sin presentar dificultad durante la exploración. • Se conoce con hernia de disco con aplicación de esteroides por depósito en múltiples ocasiones. • Se encuentra en asilamiento neutropenico • Dolor al caminar por presentar lesión en dedo medio del pie izquierdo • Se observa ligera torpeza para la movilización y deambulación dentro de ambiente hospitalario 	<ul style="list-style-type: none"> • No necesita ayuda para movilizarse, dentro de la unidad se moviliza solo cama- reposit, y baño.

DIAGNOSTICO: Deterioro de la ambulación r/c ambiente hospitalario (métodos invasivos) m/p torpeza para la movilización y deambulación dentro de la unidad

5. DORMIR Y DESCANSAR

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
	<ul style="list-style-type: none"> • Durante su estancia hospitalaria duerme durante toda la noche entre 8 hrs al día y durante el día tiene siestas de 2 hrs. • No presenta ojeras, astenia, ni adinamia, refiere que no tiene dificultad para conciliar el sueño, y

	que puede hacerlo sin interrupciones, y refiere sentirse descansado.
--	--

DIAGNOSTICO: Disposición para mejorar el sueño, tras el sueño manifiesta una sensación de estar descansado, duerme durante toda la noche entre 8 hrs al día y durante el día tiene siestas de 2 hrs.

6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> Refiere que en su estancia hospitalaria le provoca un poco de pena la bata. 	<ul style="list-style-type: none"> No necesita de ayuda para colocarse su ropa, el escoge su ropa de acuerdo a su estado de ánimo y al clima.

DIAGNOSTICO: Descuido personal r/c estilo de vida m/p referir pena al usar la bata hospitalaria

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> - Presento picos febriles mayores de 38°C, manteniéndose así durante dos semanas, se toma hemocultivo el día 30/08/18, siendo positivos a Enterococcus faecium • Tratamiento antineoplásico, citarabina. • Escala de Neutropenia grado 4 	

DIAGNOSTICO: Termorregulación ineficaz r/c métodos invasivos m/p escalofríos, picos febriles de 38.4- 39°C, apariencia de Enterococcus faecium, Neutropenia grado 4

8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE LA PIEL

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del baño en regadera con ayuda de familiar, se realiza baño diario en estancia hospitalaria, se realiza lavado de dientes tres veces al día y realiza lavados con colutorios de Vantal dos veces al día • Escala de Braden de 18 pts, presenta un riesgo bajo de úlceras por presión. • Presenta una laceración en su pie izquierdo, refiriendo salida de esputo amarillento, con datos de infección, se ministra tx piperacilina/tazobactam del 17 al 24 de agosto. • Leucocitos de 0.59 	

DIAGNOSTICO: Riesgo de lesión por presión r/c Braden de 18 pts, presenta un riesgo bajo de úlceras por presión

9. EVITAR PELIGROS.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Gasglow 15 pts, escala de Dowton con 2 pts, presenta un mediano riesgo de Caídas, escala de Eva de 0. • Catéter venoso central de dos lúmenes con presencia de enterococo faecium • A los laboratorios tiene una Hemoglobina de 7.5, Eritrocitos de 2.57, neutrófilos de 0.1 (neutropenia grado IV), plaquetas de 39,000. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Braden de 18 pts • Dolor al caminar por presentar lesión en dedo medio del pie izquierdo, manifiesta un EVA de 3 • Se observa ligera torpeza para la movilización y deambulaci3n dentro de ambiente hospitalario 	
--	--

DIAGNOSTICO: Riesgo de sangrado r/c efectos secundarios relacionados con el tratamiento y la enfermedad.

- Riesgo de ca3da r/c ambiente hospitalario y laceraci3n en pie izquierdo.

10. COMUNICARSE

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Refiere sentir tristeza ya que extraña a sus hijas, ya que no las ve desde hace dos meses desde su hospitalizaci3n • Residen en el Estado de Veracruz, y no tienen visitas durante su estancia hospitalaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene problemas de audici3n y visi3n, tiene buena relaci3n con sus familiares, su cuidador primario es su esposa, quien refiere es su motivaci3n d3a a d3a

DIAGNOSTICO: Interrupci3n de los procesos familiares r/c cambio de salud de un miembro de la familia m/p Refiere sentir tristeza ya que extraña a sus hijas, ya que no las ve desde hace dos meses desde su hospitalizaci3n

11. SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> Religión católica, refiere creer en Dios la cual dice se irá de ahí cuando él, le diga, y se irá feliz por todo lo que ya hizo, agradece lo que tiene y acepta todo en su entorno. Y que gracias que a Orado mucho con su esposa ha podido sobre llevar el proceso de su enfermedad 	

DIAGNOSTICO: Disposición para mejorar el bienestar espiritual manifiesta apego con su religión y a la oración durante su estancia hospitalaria.

12. OCUPARSE PARA AUTOREALIZARSE

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> Refiere que Trabajaba como gerente de un autolavado. Manifiesta sentimientos de frustración y tristeza por no poder trabajar por ser él, el sustento familiar desde el diagnóstico de la enfermedad. El cuidador primario es su esposa, se le aplico la escala de Índice de Esfuerzo del Cuidador teniendo una puntuación de 8 pts que refiere que tiene un alto esfuerzo refiriendo que lleva tres días sin poder dormir bien por la preocupación de la enfermedad, que le causa mucho inconveniente la separación con sus hijas, representa esfuerzo emocional, y que le 	

causa mucho dolor que su esposo haya cambiado mucho en cuanto actitud.	
--	--

DIAGNOSTICO: Aflicción crónica r/c con pérdida de la salud m/p sentimientos de frustración y tristeza por no poder trabajar desde el diagnóstico de la enfermedad.

- Cansancio del rol de cuidador primario (esposa) r/c proceso de la enfermedad m/p Escala de IEC de 8 pts que refiere un alto esfuerzo, tres días sin poder dormir, inconveniente por separación con sus hijas, esfuerzo emocional, dolor por el cambio de actitud de su esposo.

13. RECREACIÓN

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Manifiesta aburrimiento en estancia hospitalaria. • Después de 1 mes de hospitalización y estar en su habitación, comienza a sentir desesperación y frustración, manifestado por facies de enojo y llanto. 	<ul style="list-style-type: none"> • En casa realizaba salidas con su esposa e hijas. • Durante su estancia hospitalaria, se mantenía ocupado leyendo la biblia, viendo televisión.

DIAGNOSTICO: Déficit de actividades recreativas r/c estancia hospitalaria prolongada (aislamiento) m/p manifiesta aburrimiento, desesperación, frustración, enojo y llanto.

14. APRENDER

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none">• Conoce su enfermedad y refiere deseos de aprender acerca de los cuidados específicos del tratamiento y los efectos secundarios que se lleguen a presentar.• Su cuidador primario refiere preocupación al desconocer los cuidados que debe brindar en casa.	<ul style="list-style-type: none">• En casa refiere ver televisión, documentales principalmente.

DIAGNOSTICO: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud m/p referir deseos de aprender acerca de los cuidados específicos del tratamiento y los efectos secundarios que se lleguen a presentar.

- Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar m/p el cuidador primario refiere preocupación al desconocer los cuidados que debe brindar en casa.

9. JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

1. EVITAR PELIGROS

Fecha y hora: 27 de Agosto al 31 de Agosto Turno matutino 7:00- 15:00 hrs		Servicio: Hemato-oncología.
Dx enfermero: Riesgo de sangrado r/c efectos secundarios relacionados con el tratamiento y la enfermedad.		
Definición: Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.		
Objetivo: Identificar los factores de riesgo que pueden provocar alguna alteración		
Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de riesgos • Manejo ambiental 	Acciones: <ul style="list-style-type: none"> • Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo/grupo • Planificar las actividades de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo. • Determinar los recursos institucionales para ayudar a disminuir los factores de riesgo. • Aislamiento • Crear un ambiente seguro para el paciente. • Disponer de medidas de seguridad mediante barandillas laterales. 	Ejecución: Con la enfermedad de base del paciente se comenzó a tener una alteraciones secundarias, presento trombocitopenia con plaquetas de 39 mil y hemoglobina de 7.5 mg/dL, se identificaron factores de riesgo, me mantiene al paciente en aislamiento, dentro de su habitación por el grado de neutropenia que estaba cursando, se mantuvo al paciente fuera de exposiciones ambientales, se elevaron barandales al momento de que el paciente estuviera en cama, al igual al momento de realizar el baño se pidió la ayuda del familiar para que lo acompañara por si ocurría algún accidente. Dado que no se pueden evitar algunos aparatos como el uso

	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar al paciente en las actividades realizadas fuera de la sala, si procede. • Disponer de cama de baja altura, para cuando se precise. • Proporcionar una cama y un entorno limpio y cómodo. • Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. 	<p>de bombas, tripies etc. y que tuvo una puntuación de 2pts, presentando un riesgo mediado de caída, se mantuvo informado al familiar y paciente que se tuviera cuidado con el uso de estos, y se explico acerca de la complicación de la enfermedad</p>
--	---	---

Justificación:

- Los pacientes con cáncer pueden presentar distintas complicaciones hematológicas. El sangrado puede ser una de ellas con grados variables de severidad, desde valores anormales de la hemostasia que se visualizan en el laboratorio sin expresión clínica o pérdida sanguínea oculta hasta una hemorragia macroscópica clínicamente significativa y que algunas situaciones puede causar la muerte. Los pacientes hematológicos poseen un mayor riesgo de hemorragia, en donde la aparición de sangrado se ve favorecida por diversas causas, entre ellas: alteraciones plaquetarias, efecto de la quimioterapia y la radioterapia, fibrinólisis, procedimientos quirúrgicos, etc.²³ (Penchasky, 2018)
- La mielosupresión representa una toxicidad sistémica mayor, asociada con la quimioterapia para el tratamiento del cáncer cuya morbilidad, mortalidad y costos son considerables. Estas complicaciones también resultan en reducción de la dosis o retrasos del tratamiento, que pueden alterar los resultados clínicos perseguidos. La fiebre relacionada con la neutropenia es una de las complicaciones más frecuentes y peligrosas. El riesgo de neutropenia febril en pacientes con cáncer que han recibido quimioterapia sistémica generalmente se basa en informes de ensayos clínicos; sin embargo, algunos estudios han sugerido que el riesgo de neutropenia inducida por quimioterapia y sus complicaciones.²⁴ (Rivas, 2014)

²³ Penchasky D (2018) (Sangrado en pacientes con cáncer. IV Curso Educacional de la ISTH- Hemostasia y cáncer;22: 304-310

²⁴ Rivas L. R. (2014) Consenso mexicano para el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente con neutropenia febril. Rev Hematol Mex; 15(2): 207-268

Evaluación:

Al dar las recomendaciones al familiar y al paciente acerca del estadio de la enfermedad y las medidas que se debían de tomar, se observaba constantemente al paciente para que no pudiera sufrir algún accidente y así evitar algún riesgo de sangrado, tuvieron mucho cuidado con todas las medidas que se debían de tomar, desde lavar las manos constantemente y poner cubre bocas al estar en contacto con el paciente, esto para ayudar su condición y no empeorar más la condición de la persona.

2. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

Fecha y hora: 27 de Agosto al 31 de Agosto Turno matutino 7:00- 15:00 hrs	Servicio: Hema-Oncología	
Dx enfermero: Termorregulación ineficaz r/c métodos invasivos m/p escalofríos, picos febriles de 38.4- 39°C, apariencia de Enterococcus faecium, Neutropenia grado 4		
Definición: Fluctuaciones de a temperatura entre la hipotermia y la hipertermia		
Objetivo: Establecer la temperatura corporal a niveles normales.		
Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de signos vitales • Medios Físicos • Ministración de medicamentos • Cuidados del catéter venoso central. • Estudios de laboratorio 	Acciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel a través de medios físicos. ▪ Preparación de los medicamentos utilizando la técnica y el equipo apropiado para la modalidad de administración de la medicación, conforme a indicaciones médicas ▪ Utilizar la técnica estéril para el manejo del dispositivo, como toma de muestras, cambio de parche. ▪ Realizar los estudios de laboratorio oportunos para la valoración médica. 	Ejecución: <p>Tras la monitorización de los signos vitales, el paciente comenzó el día 29 de agosto con picos febriles de 38.4 hasta 39 °C durante dos días, de primera estancia por parte de enfermería se pusieron medios físicos al paciente, y se le dio la indicación de darse un baño con agua tibia, al no ver mucha resouesta de eso y por indicaciones médicas se ministro *Paracetamol 1gr, durante el turno se mantuvo constante pero por la noche comenzó de nuevo, por lo que se decide ministrar Ketoprofeno 100mg, el día 30 de agosto se realiza la toma de hemocultivo, por la persistencia de la fiebre, se continua con antipiréticos.</p>

		Se comienza la ministración de antibióticos de alto espectro (Vancomicina 1gr c/12 hrs). Los resultados confirmaron positivo a ,Enterococcus faecium, y se comenzó con otro antibiótico Ceftazidima 2gr c/8 hrs.
--	--	---

Justificación:

- La fiebre relacionada con la neutropenia es una de las complicaciones más frecuentes y peligrosas. El riesgo de neutropenia febril en pacientes con cáncer que han recibido quimioterapia sistémica generalmente se basa en informes de ensayos clínicos; sin embargo, algunos estudios han sugerido que el riesgo de neutropenia inducida por quimioterapia y sus complicaciones.²⁵ (Rivas, 2014)
- Los pacientes oncológicos deben considerarse como individuos inmunocomprometidos, ya que sistemáticamente presentan alteraciones de uno o más de los mecanismos de defensa naturales frente a las Infecciones. Estas alteraciones son producidas bien por la propia enfermedad o por los tratamientos a los que son sometidos estos pacientes.
- Como uno de los factores predisponentes a las infecciones en piel y mucosas son todas la técnicas que impliquen la rotura de esta barrera, como venopunciones, sondas vesicales, endoscopias, etc. y como más frecuente la utilización de accesos vasculares permanentes, fundamentalmente reservorios subcutáneos, que permiten la administración de quimioterapia en infusión continua y evita las venopunciones, pese a la comodidad que aportan al paciente, pueden construir un foco de infección.
- Las tomas de temperatura deben hacerse siempre en la misma zona, y en general debe evitarse la axilar ya que no refleja con seguridad la temperatura corporal. Por otro lado se sugiere que la fiebre podría representar una respuesta del huésped frente a la infección, ya que podría estimular determinadas funciones del sistema inmune.
- Las infecciones de catéteres vasculares son más presentes. Sin embargo, entre otras complicaciones está la posibilidad de infección, que puede ser de diferentes tipos: infección del punto de salida, del túnel, del bolsillo y bacteriemia o fungemia asociada al catéter. El estafilococo epidermidis es el causante de hasta 60-70% de estas infecciones, pero son posibles por muchos otros patógenos: estafilococo aureus, bacilos gram negativos y hongos.

²⁵ Rivas L. R. (2014) Consenso mexicano para el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente con neutropenia febril. Rev Hematol Mex; 15(2): 207-268

El tratamiento, además de antibióticos, puede exigir la retirada del reservorio, según la virulencia de la infección.²⁶
(Rubio, 2004)

Evaluación:

Tras el resultado positivo a , *Enterococcus faecium* el día 4 de septiembre se indica el retiro del catéter venoso central por presencia de una bacteria, se continua la ministración por un catéter periférico, se cambian los antibióticos por Meropenem 1gr C/8 hrs y Daptomicina 500mg c/ 24 hrs.

Se mantuvieron los niveles de temperatura normales, no hubo posteriormente el elevación se continuo con el antibiótico por 7 días.

²⁶ Rubio I., Ferreiro J., Pérez T., (2004) Infecciones en el paciente oncológico. Neutropenia febril. Gac Med Bilbao;101: 53-58

3. ELIMINACIÓN

Fecha y hora: 2 de septiembre al 6 de septiembre. 7:00 al 15: 00 hrs turno matutino		Servicio: Hemato-oncologia
Dx enfermero: Estreñimiento r/c actividad física insuficiente m/p dolor abdominal, disminución del volumen de las heces, dificultad para poder evacuar por tres días		
Definición: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas.		
Objetivo: Ejecutar las medidas para aumentar la motilidad intestinal		
Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> • Manejo del estreñimiento ▪ Etapas de la dieta. ▪ Ministración de medicamentos. ▪ Fomento del ejercicio 	Acciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprobar las evacuaciones incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. ▪ Proporcionar la selección de alimentos y orientar que consuma alimentos ricos en fibra y la toma de abundante líquidos. ▪ Mezclar la medicación con sabor desagradable con algunos líquidos que sean tolerables. ▪ Instruir al paciente acerca del ejercicio adecuado para su nivel de salud. 	Ejecución: <p>El día 2 de septiembre el familiar refirió que no había evacuado por dos días y que tenía dolor abdominal, se comenzó con la ministración de medicamentos Anara 10 gts Vía oral diluido en jugo de manzana cada 24 hrs, esto por el mal sabor que tienen las gotas.</p> <p>Posteriormente se pidió ayuda de nutrición para que proporcionara una dieta rica en fibra para el paciente, la cual se ajustó a las necesidades que presentaba en ese momento, se recomendó al paciente la ingesta abundante de líquidos, y se dio la recomendación de caminar dentro de su unidad y que no permaneciera mucho tiempo acostado, se dieron le dio la recomendación de dar masajes en círculos en su abdomen lo cual sí estuvo realizando.</p>

Justificación:

- En los pacientes con cáncer existe una gran dificultad para mantener y/o mejorar su estado nutricional sino se toman medidas tempranas de soporte nutricional o de vigilancia. Debido a la enfermedad, por la alteración metabólica inducida, los cambios fisiológicos producidos, los efectos del tratamiento oncológico y la presencia de síntomas (stress, depresión, anorexia, vómitos, diarrea, dolor, etc.)²⁷ (Marín, 2008)
- El estreñimiento es definido como menos de tres evacuaciones a la semana, debido a la falta de fibra, a bajos niveles de agua y por los tratamientos como medicamentos y quimioterapia

Evaluación:

Después de todas las actividades realizadas se pudo al segundo día del tratamiento tener una evacuación el paciente refirió que todas las soluciones que se le dieron le ayudaron mucho, se suspendió la ministración de anara por que las evacuaciones eran cada vez más líquidas Bristol 6, después de la suspensión comenzaron a tener una consistencia más firme en la escala de Bristol 4. Los días siguientes no hubo molestia y sus evacuaciones ya eran recurrentes.

²⁷ Marín M. M., Gómez C., Castillo Rabaneda., (2008) Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológicos, según el protocolo del grupo español de Nutrición y Cáncer. Nutr Hosp; 23(5): 458-468.

4. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Fecha y hora: 12 de Septiembre al 17 de septiembre 7:00 a 15:00 hrs turno matutino		Servicio : Hemato-oncología
Dx enfermero: Náuseas r/c tratamiento con antineoplásicos m/p rechazo de los alimentos y negación a alimentos sólidos.		
Definición: Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.		
Objetivo: Disminuir y controlar el proceso nauseoso por medios farmacéuticos para obtener una alimentación adecuada.		
Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la quimioterapia • Ministración de medicamentos • Etapas de la dieta 	Acciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorizar los análisis de cribado previos al tratamiento en pacientes con riesgo de un inicio temprano, duración más prolongada y mayor gravedad de los efectos secundarios. ▪ Observar los efectos terapéuticos de la medicación, valorando los resultados. ▪ Comprobar la tolerancia a la ingesta de hielo y agua. ▪ Determinar los patrones de comidas (gustos y aversiones alimentarias). 	Ejecución: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Previo a la ministración de quimioterapia el día 12 de septiembre con un esquema de HiDAC se comienza con Citarabina 5.6 gr p/ 3hrs C/ 12 hrs en día +1,+2,+3, al segundo día comenzó con náuseas y se indicó junto con la quimioterapia Ondansetrón 8mg iv, cada 8 hrs, se mantuvo con este antiemético controlando sus nauseas. Con la ayuda de nutrición se pudo cambiar la dieta indicada, refiriendo que los líquidos y el hielo lo mantenían estable y eran de su agrado.

Justificación:

- Las náuseas y los vómitos son el efecto secundario más frecuente en los pacientes en tratamiento quimioterapéutico.
- Los fármacos más eficaces en el tratamiento de los vómitos relacionados con quimioterapia, son los antagonistas de los receptores de serotonina (ondansetrón, granisetron, dolasetron), solos o en la combinación con corticoides.
- Emesis retardada se considera a la que aparece a las 24 hrs de haber finalizado el tratamiento de quimioterapia. Es de menor intensidad y aparece en menos pacientes, puede mantenerse durante días después de la administración del tratamiento, y tener influencia en la adecuada nutrición e hidratación del paciente.²⁸ (Vera, 2004)

Evaluación:

Durante la ministración de la quimioterapia, y con una constante hidratación del paciente, las náuseas pudieron disminuir y posteriormente se controlaron, lo que nos ayudó pues se pudieran consumir alimentos, estos fueron elegidos por el paciente, que fueran de su agrado para que no hubiera problemas a la hora de su consumo.

²⁸ Vera R., Martínez M., Salgado E., (2004) Tratamiento de la emesis inducida por quimioterapia. An Sist Sanit Navar; 27(3): 117-123

5. RECREACIÓN

Fecha y hora:		Servicio:
10 de septiembre al 14 de septiembre del 2018 7:00-15:00 hrs turno matutino		Hematología
Dx enfermero: Déficit de actividades recreativas r/c estancia hospitalaria m/p desesperación, frustración, enojo y llanto.		
Definición:		
Objetivo: Intervenir para lograr un nivel de distracción durante la estancia hospitalaria		
Intervenciones:	Acciones:	Ejecución:
<ul style="list-style-type: none"> • Terapias de entretenimiento • Acuerdos con el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. • Animar la paciente a que identifique sus objetivos, no los que cree que espera el cuidador. • Ayuda de expertos a poder superar los obstáculos de su enfermedad 	<p>Al llevar tres semanas de hospitalización y estar con aislamiento parcial el paciente cuando no estaba su familiar, refirió sentirse ya impotente por no poder salir, se le dio la recomendación de solicitar interconsulta con psicología a la cual no accedió, posteriormente se recurrió a dar terapias alternativas, como leer un libro y en este caso se comenzaron a ver películas.</p>

Justificación:

- Según Mark Twain, el trabajo consiste en todo aquello que un cuerpo es obligado a hacer y el juego consiste en todo aquello que un cuerpo no es obligado a hacer. Recrearse es una actividad que es imprescindible incluir en algún momento del día, resulta fundamental divertirse y ocuparse en algo agradable para poder obtener un descanso físico y psicológico y mantener así el equilibrio bio-psico-socio-espiritual. Este momento debe existir diariamente y después de cada ciclo estipulado de trabajo (vacaciones)
- Desde hace milenios el ser humano ha sido consistente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión engendrada por su trabajo diario. Las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades.
- Para los adultos el ocio se define en función del trabajo que se desempeñe, hasta tal punto que en la mayoría de los casos, el trabajo es simplemente un medio para obtener los recursos necesarios que permitan mantener un nivel determinado de ocio durante el mayor de tiempo posible.
- Puede que a causa de las condiciones de trabajo de muchas personas y la insatisfacción o frustración que se encuentra de manera generalizada en la sociedad actual, no se contemplan factores de trabajo como pueden ser la dignificación de la existencia o la realización personal.²⁹ (FES-I, 2001)

Evaluación:

Dentro de las terapias alternativas se le regaló una sopa de letras la cual comenzó a hacerla y refirió le gustaba pues se entretenía mucho todo el día, con estas poquitas actividades el paciente me comenzaba a decir que le agradaban porque lo mantenían ocupado y así no sentía esa angustia.

²⁹ FES Iztacala (2001) Importancia de la necesidad de actividades recreativas. Enfermería comunitaria Iztacala. Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/necesidad-de-actividades.pdf>

6. OCUPARSE PARA AUTOREALIZARSE

Fecha y hora: 2 de septiembre al 6 de septiembre. 7:00 al 15: 00 hrs turno matutino		Servicio: Hemato-oncologia
<p>- Dx enfermero: Cansancio del rol de cuidador primario (esposa) r/c proceso de la enfermedad m/p Escala de IEC de 8 pts que refiere un alto esfuerzo, tres días sin poder dormir, inconveniente por separación con sus hijas, esfuerzo emocional, dolor por el cambio de actitud de su esposo.</p>		
Definición: Dificultad para desempeñar el rol del cuidador de la familia		
Objetivo: Analizar la situación del cuidador primario y crear estrategias para ayudarlo.		
Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional • Aumentar el afrontamiento • Manejo ambiental 	Acciones: <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el familiar y el paciente • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa. • Disponer de un ambiente de aceptación • Alentar la manifestación de sentimientos, precepciones y miedos. • Crear un ambiente seguro y tranquilo para el familiar. • Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva. 	Ejecución: <p>Tras la valoración del señor Manuel, se consideró de igual manera a su esposa, la cual en ese momento era su cuidador primario, se le realizó la valoración a través de la escala de Índice de Esfuerzo del Cuidador obteniendo 8pts en total y reportaba un alto esfuerzo, al detectar el cansancio que ella estaba pasando, como primer punto se le recomendó que asistiera al psicólogo, servicio que el Instituto brinda para familiares y pacientes.</p> <p>De igual manera se va a tratar abordar a la persona para que pueda adquirir estrategias como la meditación a través de un ambiente seguro y tranquilo.</p> <p>Se le darán infografías sobre técnicas de relajación muy prácticas para que puedas realizarlas. (Anexo 9)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la meditación 	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario. • Informar al familiar y al paciente que deben de relajar músculos, cerrar los ojos, hacer ejercicios de respiración centrándose en un lema. • Enseñar que deben ignorar los pensamientos que les distraigan 	
---	--	--

Justificación:

- Cuidar a una persona con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica “implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada
- Las técnicas de relajación provocan modificaciones del estado o del funcionamiento biológico y las que incidiendo sobre el estado o función fisiológica del organismo inducen a ciertos estados psíquicos.
- Las técnicas respiratorias activan la función fisiológica de algún sistema de orgánico para elevar el nivel energético del organismo y desarrollar la capacidad de control consciente de los estados de ese sistema, proporcionando el control de la movilización de las energías biológicas para los fines conscientes de la actividad a realizar.
- Los principales beneficios son que ayudan como antídoto para el estrés, contribuyen a una adecuada oxigenación de la sangre, lo que permite a su vez mejorar los estados de ansiedad, depresión, fragilidad e irritabilidad.³⁰ (Rodríguez, 2005)

³⁰ Rodríguez R. T., García R. C., Cruz P. R., (2005) Técnicas de relajación y autocontrol emocional. MediSur; 3(3): 55-70

Evaluación:

A través de estas técnicas para el familiar, se busca que la persona cuidadora como el familiar logren tener una mejor respuesta conforme se está manifestando la enfermedad, y poder ayudarlos que entiendan los mecanismos que se puedan ocupar para poder expresar sus sentimientos.

Se debe de abordar a la persona que acompaña al paciente, a veces la sobrecarga comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren, afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional.

7. APRENDIZAJE

Fecha y hora:		Servicio:
10 de septiembre al 14 de septiembre del 2018 7:00-15:00 hrs turno matutino		Hemato- oncología
Dx enfermero: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud m/p refiere deseos de aprender acerca de los cuidados específicos del tratamiento y los efectos secundarios que se lleguen a presentar.		
Definición: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.		
Objetivo: Educar al paciente y a la familia sobre el tratamiento que recibirá y reacciones colaterales que pudieran presentarse.		
Intervenciones:	Acciones:	Ejecución:
<ul style="list-style-type: none"> Enseñanza: Proceso de la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente con el proceso de enfermedad específico. Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, y el tratamiento, si procede. Identificar cambios en el estado físico del paciente. Proporcionar información a la familia/ se querido acerca de los progresos del paciente, según proceda. 	<p>Tras recibir el diagnóstico de su enfermedad, el señor Manuel y su esposa, comenzaron a tener muchas dudas acerca de los signos y síntomas tanto de la patología como del tratamiento, sobre todo porque el señor se encontraba en aislamiento por contacto.</p> <p>Se les dio una charla acerca del cómo era el cáncer a través de infografías (Anexo 10), y se les explicó todo el proceso, al igual que se les explicó cómo funcionaba el tratamiento antineoplásico igual se les entregó una</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. • Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, si procede. 	<p>infografía (Anexo 11), y cuáles eran los principales efectos.</p> <p>Mostraban mucha curiosidad e interés por llevar todo el proceso a la perfección, y esto hizo que ambas personas pudieran comprender más el tratamiento y lo siguieran adecuadamente.</p>
--	---	--

Justificación:

- Los pacientes diagnosticados de cáncer requieren de gran cantidad de recursos humanos y materiales para ser atendidos en todas las dimensiones biológica, psicológica, familiar, laboral y social.
- La persona a la que se le diagnostica esta enfermedad, pasa por varias etapas llegando a la aceptación de la misma, iniciando un tratamiento que puede llegar ofrecerle una mejor calidad de vida como lo es la quimioterapia, una palabra desconocida y extraña que trasciende en las ideas y pensamientos del paciente y del familiar. Es allí que, tanto el paciente como la familia necesitan saber sobre este tratamiento para poder ir ayudándose a sí mismo y en búsqueda de una mejor calidad de vida. Los tratamientos antineoplásicos producen cambios significativos en el estilo y calidad de vida del paciente oncológico, influyendo en la sensación de bienestar o malestar del paciente.
- Debe de haber una alianza terapéutica entre el paciente y el profesional de enfermería debe ser racional, colaborativa, plantear la incertidumbre e inspirar al paciente la confianza y la compasión que les permita asumir la enfermedad y comprender el tratamiento indicado. El personal de enfermería debe ayudar y mantener la salud, comprendiendo el propio dolor del paciente y respetando cada creencia.³¹ (Brunner, 2000)

³¹ De Brunner (2000) Oncología: atención de pacientes cancerosos. Enfermería Médico quirúrgicos; 8(1): 271-296.

Evaluación:

Tras recibir toda la información acerca del tratamiento y la enfermedad, tanto el paciente como su cuidador aceptaron todas las medidas que se necesitaban, esto ayudo mucho pues el tener un paciente con leucemia se requiere ser más cuidadoso con el medio ambiente de la persona.

Al inicio tenían mucha curiosidad acerca de la enfermedad y tras la explicación que se les dio, refirieron estar más tranquilos, apegándose muy bien a las indicaciones de todo el personal a cargo de su instancia hospitalaria.

10. PLAN DE ALTA



PLAN DE ALTA

El siguiente Plan de Alta constituye una herramienta fundamental en la cual se espera que el paciente, al salir de la Institución de salud, no sólo lo haga con un problema resuelto en la medida de las posibilidades sino que, además, cuente con nuevos conocimientos y haya generado actitudes que contribuyan con su mejoría.

URGENTE

Informar acerca de los signos y síntomas de alerta que indican un empeoramiento de la situación de salud o una recaída, datos que la persona enferma debe conocer, así como las acciones que debe llevar a cabo se presentan.

DIETA

Incluye la información relativa a dietas especiales si las requiere, educación e información sobre alimentación balanceada según el ciclo vital, higiene y conservación de alimentos, horarios de alimentación.

RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE

Dar información y educación que apunten a prácticas recreativas saludables, al fortalecimiento de los nexos familiares, sociales, de pareja y de amistad. Es importante tener en cuenta la socialización a través de salidas, paseos, recibir y hacer visitas, siempre y cuando esto no interfiera o constituya un riesgo para la persona.

ESPIRITUALIDAD

Reforzar esta dimensión de acuerdo con las características particulares del enfermo, y orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto.

COMUNICACIÓN

Identificar la institución y la persona del equipo de salud a la cual debe recurrir la persona enferma cuando presente molestias y complicaciones, y las personas de su familia a las cuales puede solicitar colaboración.

INFORMACIÓN

Solicitar que se le proporcione la información correspondiente, aclarar las dudas que tenga la persona con respecto a los cuidados, e indagar de si requiere alguna otra información sobre su estado clínico.

AMBIENTE

Considerar aspectos del ambiente que rodea al enfermo que sean relevantes de acuerdo con su estado de salud, sus factores de riesgo y factores protectores.

MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

Hace hincapié en la duración del tratamiento, en especial cuando se trata de enfermedades crónicas que requieren información durante toda la vida. Informar y escribir con claridad aquellos signos que indican reacciones adversas a los medicamentos y que exigen consulta de inmediato, trata explícitamente los riesgos de la automedicación y la importancia de acudir a las asistencia profesional en caso de requerirse.



URGENTE

- A lo largo del tratamiento con quimioterapia usted se puede encontrar en alguna situación en la que es necesario tomar una decisión: bien esperar a la próxima visita para comunicar a su médico un nuevo síntoma o bien acudir sin demora. Debe de acudir, sin demora, al hospital si entre ciclo y ciclo aprecia:
 - Fiebre por encima de los 38°C, sobre todo si se acompaña de expectoración purulenta, fatiga, dolor o hemorragias al orinar.
 - Aparición de hematomas y/o hemorragias sin traumatismo previo o traumatismo mínimo.
 - Pérdida de fuerza o sensibilidad en un brazo o pierna de forma súbita.
 - Vómitos o diarrea importantes y persistentes que no cedan con el tratamiento médico.
 - Mucositis que le impidan ingerir alimentos blandos o incluso líquidos.



COMUNICACIÓN

- La relación con el equipo médico, que cuidara de usted, debe basarse en la confianza y la colaboración. Sintiendo cómodo cuando se tengan que preguntar inquietudes importantes a la hora de comentar su tratamiento.
- Se debe de recordar que cualquier decisión en cuanto al tratamiento se deberá tomar contando tu opinión.
- Si no entiendes algo, no tengas miedo de decirlo y preguntar; tanto los médicos como los enfermeros prefieren explicar las cosas dos veces antes de dejar que te vayas a casa confundido y preocupado.
- Considera siempre la opción de llevar a alguien contigo a las citas tanto médicas como de algún estudio, tanto para que actúe como apoyo moral como para tener una segunda persona atenta a la información que se te proporcione.
- Se le recomienda que se unan a grupos de apoyo en una asociación de pacientes y hablar con otros que estén pasando por situaciones similares, para poder ayudarte.
- Se le recomienda solicitar el número de teléfono y nombre de contacto de un miembro del Departamento de Hematología del hospital y tener siempre a mano dicho número.
- En caso de tener complicaciones, acudir al servicio de urgencias del hospital.
- Si presenta efectos secundarios del medicamento o tratamiento previo comentarlo con su médico o enfermera.
- Describir sus síntomas de manera simple y precisa a su médico o enfermera; no subestimes tus síntomas ni digas que son menores de lo que realmente son.





DIETA

- En caso de presentar mucositis tome alimentos bandos o triturados fríos o a temperatura ambiente.
- En caso de náuseas se le recomienda repartir la comida en pequeñas cantidades, 5-6 veces al día.
- Evite olores desagradables. Es preferible que en los días inmediatos al tratamiento, otra persona se encargue de preparar comidas
- Evite las comidas ricas en grasas (Frituras, salsas, quesos grasos, leche entera, etc.) ya que dificultan la digestión.
- Si las náuseas son un problema por la mañana trate de comer alimentos secos, como cereales, pan tostado o galletas, antes de levantarse (no haga esto si nota la boca o garganta irritada o seca.)
- En caso de diarrea en las primeras horas, tras el inicio es preferible que realice dieta absoluta, para que el intestino descanse.
- Comience a introducir, lentamente, líquidos (preferiblemente tomados en pequeños sorbos cada 5-10 minutos, a lo largo del día.)
- Beba, al menos 2 litros de agua al día para reponer los líquidos perdidos. Evite el café. El alcohol y la leche o bebidas irritantes.
- Ingiera alimentos en pequeñas cantidades, si grasa y fáciles de digerir (arroz, pollo o pescado hervidos, manzana asada, etc...). Prepare los alimentos cocidos o a la plancha.
- Evite alientos con mucha fibra (fruta, verduras, hortalizas o cereales integrales.)
- En caso de estreñimiento sino existe contraindicación para ello, tome alimentos ricos en fibra (como pan o arroz integral, frutas, verduras, frutos secos, legumbres varias veces por semana, etc...)
- Beber líquidos abundantes a lo largo del día.



INFORMACIÓN

- Después de haber conocido todo acerca de su tratamiento, su enfermedad y sus cuidados, si continua teniendo dudas debe aclararlos e indagar acerca de que requiere otro tipo de información, el personal de enfermería, debido a su cercanía y conocimiento integral de aquel que cuida, está en una posición privilegiada que le permite identificar oportunamente sus necesidades.



ESPIRITUALIDAD

- Trate de comunicarse y compartir sus sentimientos con su pareja
- Durante el tratamiento de la enfermedad puede manifestar cambios en su vida, es recomendable que se acerque a profesionales para platicar acerca del tema y le ayuden a sobre llevar este tipo de situaciones.



MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

- Solo debe de tomar los medicamentos que su Doctor o Enfermera aprueben, estos deben estar enterados de todos los medicamentos que usted está tomando.
- No es recomendable que tome vitaminas, minerales, suplementos dietéticos, té o hierbas medicinales mientras este en tratamiento, ya que estos pueden cambiar el efecto de su tratamiento con quimioterapia.
- Para evitar la aparición de la mucositis debe usar pasta y cepillo de dientes suaves, utilizar colutorios que no contengan alcohol.
- Realice enjuagues con agua tibia, bicarbonato y sal.
- Emplee siempre champús suaves, y en caso de padecer alopecia utilizar crema suavizante para el cabello y evitar dar tirones.
- Recuerde que la piel del cuero cabelludo ya no está protegida del sol, por lo que debe cubrirla con crema hidratante cutánea.
- Mantenga su piel limpia y seca, utilice crema hidratante normal.
- Evite lociones cutáneas que contengan alcohol
- Proteja sus uñas usando guantes para lavar, trabajar en el jardín o en cualquier otro lugar de la casa.



11. CONCLUSIONES

Con este trabajo podemos concluir que el cáncer especialmente la Leucemia Mieloide Aguda aunque es muy poco frecuente en adultos maduros llega a aparecer, y que la magnitud que esta enfermedad conlleva con las personas es realmente enorme, ya que no permite el desarrollo de muchas actividades comunes, y sobre todo demuestra que hay un gran problema en los roles que las personas tienen dentro de sus familias.

Unos de los objetivos específicos era dar enseñanza al paciente y a su familiar acerca de la enfermedad ya que tenían mucha incertidumbre sobre ella, así como sus cuidados, tras conocer y adentrarse más a su enfermedad el paciente pudo conocer el proceso de esta, al principio refería que le costaba mucho trabajo para él y su cuidador primario (Esposa) el aceptar el tipo de situación por la que estaba pasando era muy de alto impacto para él, pero a lo largo de su estancia ambos se propusieron llevar el tratamiento acorde a las indicaciones y recomendaciones que se le dieron y que todo el personal sanitario les daba.

Las intervenciones que se le brindaron en cada necesidad tenían como objetivo mantener una buena calidad de vida al Sr. Manuel durante su estancia hospitalaria, algunas obtuvieron muy buen resultado, y otras no tanto como la de recreación, pues había muchas limitantes para que se pudieran realizar otro tipo de actividades, pero se trataron de adaptar de acuerdo a las posibilidades que se tenían en ese momento, de igual manera tras ya llevar tantos días hospitalizado y en aislamiento se le recomendó recibir atención psicológica para que así el pudiera expresar todos los sentimientos que tenía tras recibir el diagnóstico, el rechazo esta propuesta, pero se logró abordar desde otro punto, como las actividades de recreación y de memoria, la cual refería que le fueron de gran ayuda porque se distraía mucho.

Este proceso me dejó como enseñanza que al ser diagnosticado con cáncer, debes de comprender al paciente, y que es un tipo de enfermedad que realmente altera todas las necesidades, aunque algunas se vean más afectadas que otras, el tratamiento antineoplásico de igual manera interfiere a que todo alrededor de la persona se altere. Y sobre todo que se debe de tener mucha empatía con los pacientes que pasan por estos tipos de tratamiento, y que como personal de enfermería y personal que está a cargo de los cuidados, se deben de brindar los adecuados e intervenir para que estos se den de la mejor manera posible y si mismo brindar una buena calidad de vida para la persona.

12. ANEXOS

12.1 ANEXO 1 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN 14 NECESIDADES



UNAM
ENEO

INSTRUMENTO DE VALORACION

VIRGINIA HENDERSON

Datos personales

Nombre _____	Edad _____	Sexo: _____
Ocupación: _____	Religión _____	dx medico _____
Edo. Civil _____	Escolaridad _____	
Fecha de internamiento: _____	Vive solo: _____	
Cuidador primario: _____		

VALORACIÓN ENFERMERA

1. Respirar normalmente

Hábitos respiratorios, tóxicos (tabaco, exposición a humos de leña, u otros agentes), patologías, sintomatología (presencia de disnea, etc.)

¿Fuma? _____ ¿Presenta molestias para respirar? _____ ¿Cuáles? _____

TA _____ FC _____ FR _____ Pulso _____

Características de la ventilación, tos, piel, mucosas, llenado capilar

Observaciones:

(inspección) _____

Fármacos _____

2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente

Para evaluar el estado nutricional y la existencia o riesgo de malnutrición:

MNA Escala aplicar _____

Dieta _____ Tolerancia _____

¿Cuántas comidas realiza al día? _____ Alergia _____

¿Toma suplementos nutricionales? _____ ¿Cuáles? _____

¿Tiene problemas de masticación, deglución, percepción de olores y sabores? _____

¿Cuáles? _____

¿Le agrada comer sólo o acompañado? _____ ¿Por qué? _____

Capacidad para alimentarse _____

Aspecto de piel, dientes, encías y mucosas _____

Fármacos

¿Agua ingerida al día, que tipo de líquidos, sed? Preferencia en bebidas

Placa dental

Adoncia total- parcial

Pérdida de peso últimos 3 meses

Talla ___ peso _____ Características morfológicas a la inspección _____

3. Eliminación

Valorar tanto la eliminación urinaria (presencia de incontinencia, sondajes y tipo de absorbentes que utiliza) como la eliminación fecal (estreñimiento, uso de laxantes, incontinencia, uso de pañal etc.

Ingesta de líquidos _____ que tipo de líquidos _____

Hábitos intestinales (frecuencia, características) _____

Antecedentes de colitis, problemas de intestinos, cx de intestinos, cáncer

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

Valorar la capacidad funcional, a partir del *Índice de Barthel* -para las actividades de la vida diaria básicas- y el *Índice de Lawton y Brody* para las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI)-, así como la actividad física y el estado de los pies y miembros inferiores. Escala de valoración física de Nagi, Rosow breslau, evalúa actividades físicas como; capacidad

para realizar trabajo familiar pesado (lavar ropa, limpiar los pisos, etc).1

Caídas- se ha caído en los últimos 6 meses

Con quien vive

Utiliza bastón, andadera y otro dispositivo

Es independiente en la marcha para sentarse, levantarse al sanitario, sentarse en la silla:

Dolor el caminar, moverse, en articulaciones **si** **no** Desde cuando

5. Dormir y descansar

Evaluar la calidad y cantidad de sueño, así como las distintas medidas naturales y farmacológicas utilizadas para mejorarlo.

cuantas horas duerme regularmente

Que circunstancias o eventos identifica como factores para alterar su descanso y sueño:

Tiene problemas para conciliar el sueño

A la inspección: verificar ojeras, palidez, bostezos, adinamia

Cambios en el ciclo circadiano:

6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse

Valorar los aspectos y necesidades, a través de la *escala de Barthel* y la existencia de deterioro cognitivo

Necesita ayuda

Elige sus prendas de vestir:

Usa calzado y/ o ropa especial

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Valorar signos vitales dentro del examen físico rápido)

Si se tolera mejor el frío o el calor, que ropa usa para cada momento_____

Dentro del ambiente hospitalario considera que sufre cambios en su temperatura_____

Que factores dentro del hospital considera afectan

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

Se valorara el estado de piel y mucosas, incluyendo la Escala de Braden y/ Norton para determinar el riesgo de úlceras por presión.

Valoración de la higiene general: Lo hace de manera autónoma_____ necesita ayuda o supervisión _____ en qué medida_____

Olor, desaliño, se ve limpio, uñas, cabello

Hábitos de higiene_____

Hábitos de higiene dental_____ halitosis_____

infecciones_____ placa dental_____

9. Evitar los peligros

Vacunas_____

Nivel cognitivo

Riesgo de caídas_____

Necesidad de sujeción o si esta sujetado_____

Valoración del dolor *Escala Analógica Visual (EVA)*_____

hábitos tóxicos, presencias de conductas violentas_____

Tratamiento farmacológico listado de medicamentos, (dosis, horarios, etc.)_____

Problemas de audición: _____

Problemas de visión: _____

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

Se valora la calidad de la comunicación_____

Déficits sensoriales (Audición - visión)_____

Relaciones sociales (familia, cuidador principal, amigos y pareja)_____

Como es la actitud del paciente con la familia ante su ingreso al hospital_____

Aplicar GDS escala corta y verificar a la inspección datos como llanto fácil, y desanimo_____

Con quien vive_____

Esta triste_____

Como se siente respecto a su diagnostico_____

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias

Su autopercepción_____

Valores religiosos e influencia de los sucesos vitales en su estado emocional actual

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

Aspectos relacionados con el cambio de rol tras la jubilación, tras la hospitalización, sentimientos de frustración por algo no realizado que afecte su estabilidad emocional actual_____

13. Participar en actividades recreativas

La hospitalización como afecta su estado de ánimo_____

Se siente aburrido, cansado, estresado_____

Valorar si esta negatividad es por dificultad física o por algún estado depresivo_____

14. Aprender

Capacidad y motivación para aprender (sobre todo en lo relacionado a sus cuidados de salud)_____

Fuentes de aprendizaje (tv, internet, periódico, libros)

Realizo: L.E.O Maribel Mendoza Milo

12.2 ANEXO 2 ESCALA DE MUCOSITIS

Escalas generales					
General scales					
Escala Scale	Grado 0 Grade 0	Grado 1 Grade 1	Grado 2 Grade 2	Grado 3 Grade 3	Grado 4 Grade 4
FHCRC physician's rating scale *	No mucositis <i>No mucositis</i>	Mucositis Leve <i>Mucositis mild</i>	Mucositis moderada <i>Moderate mucositis</i>	Mucositis severa <i>Severe mucositis</i>	Mucositis que amenaza la vida, mortal <i>Life-threatening mucositis</i>
Lindquist/Hickey	No estomatitis <i>No stomatitis</i>	Eritema ± ligero ardor <i>Erythema ± slight burning</i>	Eritema y ulceración o placas blancas; dolor oral, pero puede comer. <i>Erythema and ulceration or white patches; oral pain but able to eat</i>	Eritema y ulceración o placas blancas; dolor oral, incapacidad para comer. <i>Erythema and ulceration or white patches; severe pain and unable to eat</i>	
OMS** WHO	Normalidad <i>Normality</i>	Eritema generalizado Mucosa enrojecida. No dolor. Voz normal <i>Generalized erythema (painless pink mucosa with abundant saliva and normal voice function)</i>	Eritema. Úlceras poco extensas. Se mantiene la deglución de sólidos. Dolor ligero <i>Erythema involving small ulcerations and preserved solid swallowing capacity</i>	Úlceras extensas. Encías edematosas. Saliva espesa. Se mantiene la capacidad de deglutir líquidos. Dolor. Dificultad para hablar. <i>Extensive ulcers with edematous gingival tissue and thick saliva, preserved liquid swallowing capacity, pain and speech difficulties</i>	Úlceras muy extensas. Encías sangrantes. Infecciones. No hay saliva. Imposibilidad de deglutir. Soporte enteral o parenteral. Dolor muy extenso. Very extensive ulcers with bleeding gums, infections, the absence of saliva, incapacity to swallow, and intense pain.
* FHCRC, Fred Hutchinson Cancer Research Center. ** OMS: Organización Mundial de la Salud WHO: World Health Organization					

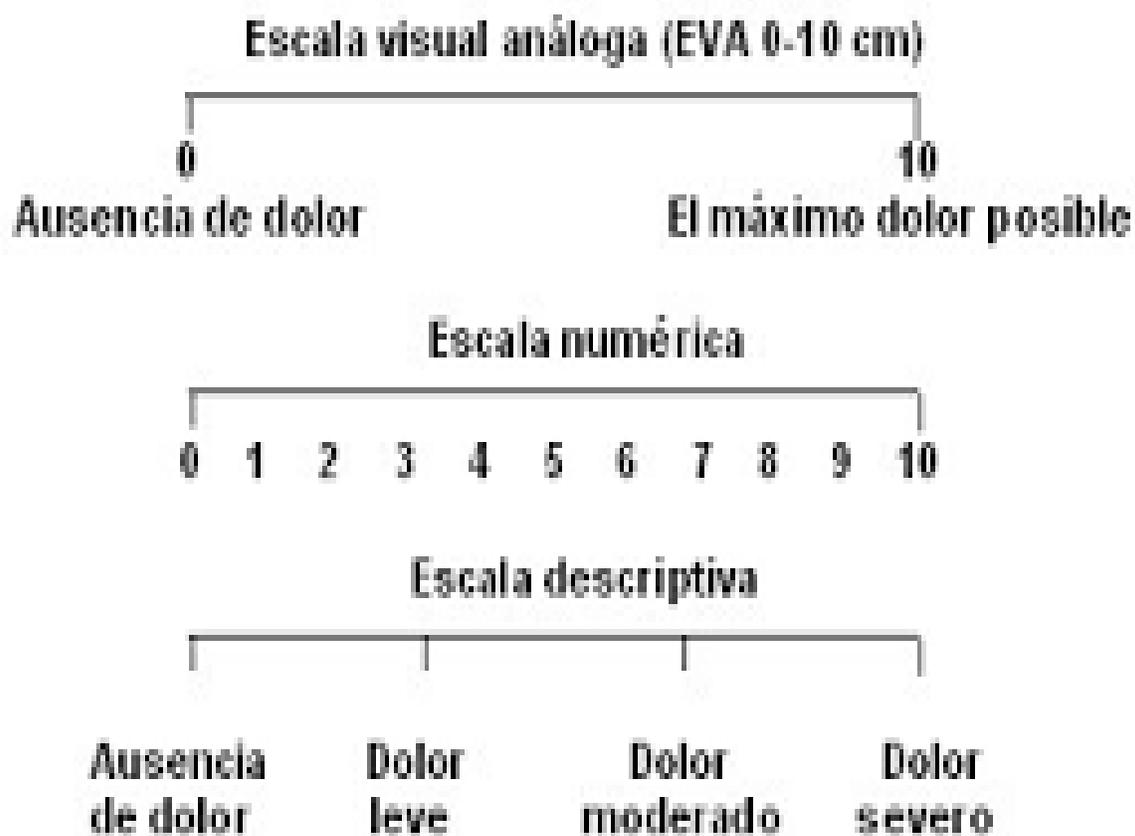
12.3 ANEXO 3 ESCALA DE VALORACIÓN DE BRADEN

ESCALA BRADEN PARA LA VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

RIESGO ALTO con una puntuación < 13
 RIESGO MODERADO con una puntuación de entre 13 y 14
 RIESGO BAJO si < 75 años, puntuación 15-16
 si > 75 años, puntuación de 15-18

PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	1. COMPLETAMENTE LIMITADA. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrotándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo	2. MUY LIMITADA. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. LIGERAMENTE LIMITADA. Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de sus extremidades.	4. SIN LIMITACIONES. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad.	1. CONSTÁNTEMENTE HÚMEDA. La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A MENUDO HÚMEDA. La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez cada turno.	3. OCASIONALMENTE HÚMEDA. La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. RARAMENTE HÚMEDA. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física.	1. ENCAMADO. Paciente constantemente encamado.	2. EN SILLA. Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. DEAMBULA OCASIONALMENTE. Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	4. SIN LIMITACIONES. Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	1. COMPLETAMENTE INMÓVIL. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. MUY LIMITADA. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. LIGERAMENTE LIMITADA. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.	4. SIN LIMITACIONES. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos.	1. MUY POBRE. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. PROBABLEMENTE INADECUADA. Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o Reciba menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. ADECUADA. Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. EXCELENTE. Ingiere la mayor parte de cada comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. CONSTANTE FRICCIÓN. Requiere de moderada o máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación produce un roce casi constante.	2. FRICCIÓN OCASIONAL. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción y otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	3. NO HAY FRICCIÓN. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

12.4 ANEXO 4 ESCALA ANALOGICA DEL DOLOR (EVA)



12.5 ANEXO 5 ESCALA DE GASGLOW

ESCALA DE COMA DE GLASGOW : hazlo así



Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



COMPRUEBA

Factores que interfieran en la comunicación, capacidad de respuesta y otras lesiones



OBSERVA

La apertura de los ojos, el contenido del discurso y los movimientos del lado derecho e izquierdo



ESTIMULA

Verbal: diciendo o gritando una orden
Física: presión en la punta del dedo, el trapecio o el arco supraorbitario



VALORA

Asignar de acuerdo a la mejor respuesta observada

Apertura de Ojos

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Abre antes del estímulo	✓	Espontánea	4
Tras decir o gritar la orden	✓	Al sonido	3
Tras estímulo en la punta del dedo	✓	Ala presión	2
No abre los ojos, no hay factor que interfiera	✓	Ninguna	1
Cerrados por un factor a nivel local	✓	No valorable	Nr

Respuesta Verbal

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Da correctamente el nombre, lugar y fecha	✓	Orientado	5
No está orientado pero se comunica coherentemente	✓	Confuso	4
Palabras sueltas, inteligibles	✓	Palabras	3
Solo gemidos, quejidos	✓	Sonidos	2
No se oye respuesta, no hay factor que interfiera	✓	Ninguna	1
Existe factor que interfiera en la comunicación	✓	No valorable	Nr

Mejor respuesta motora

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Obedece la orden con ambos brazos	✓	Obedece comandos	6
Lleva la mano por encima de la clavícula al estimularle el cuello	✓	Localiza	5
Dobla brazo sobre codo rápidamente, pero las características no son anormales	✓	Flexión normal	4
Dobla el brazo sobre el codo, características predominantemente anormales	✓	Flexión anormal	3
Extiende el brazo	✓	Extensión	2
No hay movimiento en brazos ni piernas. No hay factor que interfiera	✓	Ninguna	1
Parálisis u otro factor limitante	✓	No valorable	Nr

Lugares Para Estimulación Física

Presión en la punta del dedo
Palillo en trapecio
Arco supraorbitar



Características de las Respuestas Flexoras

Modificado con el permiso de Van Der Naalt 2004
Neil Tipton, Genevick

Flexión anormal

- Estereotipo lento
- Brazo sobre el pecho
- Antebrazo rotado
- Puñar apretado
- Perna extendida



Flexión Normal

- Rápida
- Variable
- Brazo lejos del cuerpo

12.6 ANEXO 6 ESCALA DE NEUTROPENIA

NEUTROPENIA	
Gravedad	Recuento neutrófilos
Leve (grado I)	>1500 céls/microL ó >1,5 x 10⁹ céls/L
Moderada (grado II)	1000-1500 céls/microL ó 1,0-1,5 x 10⁹ céls/L
Grave (grado III)	500-1000 céls/microL ó 0,5-1,0 x 10⁹ céls/L
Severa (Grado IV)	< 500 céls/microL ó > 0,5 x 10⁹ céls/L
PROFUNDA	< 100 céls/microL ó <0,1 x 10⁹ céls/L

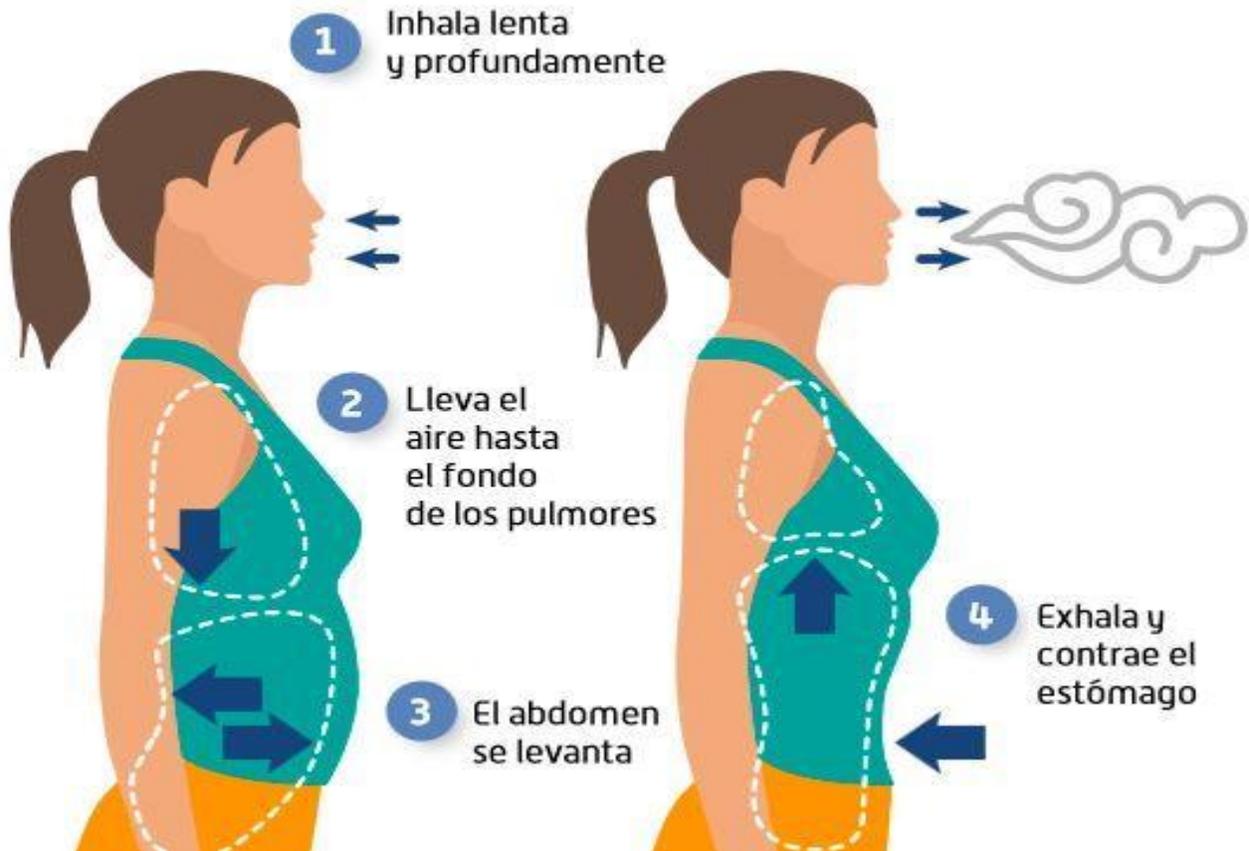
12.7 ANEXO 7 ESCALA DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)	SI	NO
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).	SI	NO
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla).	SI	NO
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).	SI	NO
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)	SI	NO
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	SI	NO
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)	SI	NO
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)	SI	NO
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)	SI	NO
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes).	SI	NO
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)	SI	NO
12. Es una carga económica	SI	NO
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL		

12.8 ANEXO 8 ESCALA DE DOWTON

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

12.9 ANEXO 9 INFOGRAFÍA “TÉCNICAS DE RELAJACIÓN”



10 técnicas de relajación para dormir mejor

1. Prepara tu habitación

Temperatura entre 15,5-19,4°C
Sin ruido

2. Mantener un bloc de notas cerca

Escribe lo que te molesta

3. Relajación muscular progresiva

15 minutos antes de dormir

5. Meditación de atención plena

Respiración consciente
Concentración de pensamientos
Liberar la tensión
Conciencia de cuerpo
Meditación caminando

4. Tararear

Justo antes de dormir

8. Tomar adecuadamente antes de dormir

Bebidas: lavanda, manzanilla, menta
Refrigerio: bayas, plátanos, yogur bajo en grasa.

6. Técnica 4-7-8

Inhalar 4", aguantar 7",
expirar 8" X4

7. Imágenes guiadas

Recrea mentalmente una imagen
que te hace sentir relajado y tranquilo

9. La cama es para dormir

No yacer en la cama
completamente despierto

10. Meditación del sonido

Escuchar sonidos relajantes

12.10 ANEXO 10 ¿QUÉ ES LA LEUCEMIA, SIGNOS Y SÍNTOMAS?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

La leucemia mieloide aguda es un tipo de cáncer que se origina generalmente en las células madre que producen los granulocitos (neutrófilos, eosinófilos o basófilos).

La leucemia mieloide aguda se manifiesta inicialmente en la médula ósea, pero en la mayoría de los casos, se extiende rápidamente a través de la sangre. En algunas ocasiones puede afectar otras partes del cuerpo como los ganglios linfáticos, el hígado, el bazo, el sistema nervioso central o los testículos.

1 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

Si bien no se conoce la causa exacta que causa la leucemia mieloide aguda, sí que se conocen una serie de factores de riesgo asociados. Se entiende por factor de riesgo toda aquella circunstancia que aumenta las posibilidades de que una persona desarrolle la enfermedad.

- Tabaco.
- Exposición a agentes químicos.
- Tratamiento previo para el cáncer.
- Exposición a radiación.
- Enfermedades previas de la sangre.
- Genética.
- Antecedentes familiares.
- Género.

2 SÍNTOMAS

La leucemia mieloide aguda puede producir síntomas variados y graves, que pueden variar en función del subtipo de leucemia y de las características del paciente. A continuación se describen los síntomas más comunes.

- Síntomas causados por un descenso de los niveles celulares sanguíneos.
 - Anemia
 - Neutropenia
 - Trombocitopenia
- Síntomas causados por un número elevado de células leucémicas.
 - Sangrado y problema de coagulación.
 - Dolor en los huesos o en las articulaciones.
 - Hinchazón en el abdomen.
 - Manchas en la piel.
 - Inflamación y sangrado de encías.
 - Extensión a otros órganos.
 - Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos.

3 INCIDENCIA

La mediana de edad en el diagnóstico de la leucemia mieloide aguda es de 65 años. Es poco frecuente por debajo de los 45 años y se considera un tipo de cáncer más propio de la vejez, ya que su incidencia aumenta con la edad, es decir que la probabilidad de que se produzca en un paciente de edad entre los 70 y 85 años es mayor que entre los 50 y 70 años.

La leucemia mieloide aguda es algo más común en hombres que en mujeres, con un ratio de 1,3 hombres diagnosticados por cada mujer.



4 PRONÓSTICO

El pronóstico de la leucemia mieloide aguda depende de una serie de factores como la edad, el estado general de salud o el subtipo de enfermedad. En función de los mismos la perspectiva de cada paciente cambia.

Para evaluar las perspectivas de cada paciente, se tienen en cuenta los denominados factores de pronóstico. A mayor número de factores o más graves, el pronóstico tiende a ser peor:

- Edad
- Estado de salud del paciente

5 TRATAMIENTO

- El tratamiento estándar para la LMA es la poliquimioterapia inmediatamente después del diagnóstico. El tratamiento se divide en dos fases: inducción a la remisión, seguido por el de post-remisión (consolidación). El objetivo del tratamiento es erradicar el clon leucémico y así alcanzar la RC, que se manifiesta por el recuento normal de sangre periférica y por la celularidad normal de la médula ósea, con menos de un 5% de mieloblastos.

creado por:

P.S.S. de la Licenciatura en Enfermería Mayra Edith Aguilar Ruiz.

12.11 ANEXO 11 EFECTOS ADVERSOS DE LA QUIMIOTERAPIA Y SUS CUIDADOS

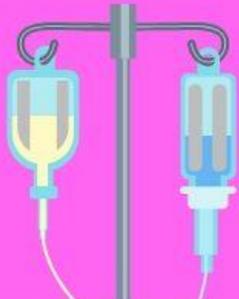


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



QUIMIOTERAPIA

GUÍA RÁPIDA



¿QUÉ ES?

La quimioterapia es uno de los tratamientos más utilizados para combatir el cáncer y otras enfermedades proliferativas. Su objetivo es atacar las células del cuerpo humano que tienen un crecimiento anormal, ya sea destruyéndolas o controlando su crecimiento

¿PARA QUE SIRVE?

La mayoría de los fármacos usados en quimioterapia destruyen las células neoplásicas tanto en el tumor inicial como en las metástasis (aparición de focos de tumor fuera del lugar original).

Los objetivos de la quimioterapia pueden ser:

- Curar, sola o conjuntamente con cirugía y/o radioterapia.
- Controlar la enfermedad.
- Mejorar los síntomas y la calidad de vida.



¿CÓMO SE ADMINISTRA?

Usted puede recibir la quimioterapia:

- Por vía intravenosa.
- Por vía oral (en pastillas o cápsulas).
- Por otras vías menos habituales (intramuscular, subcutánea, intravesical, intratecal, intraperitoneal, tópica).

Para administrar el tratamiento por vía intravenosa puede utilizarse una vena del brazo, o bien recurrir a un catéter conectado a una vena más cercana al corazón.

Cuando la quimioterapia se administra por vía intravenosa, la duración de cada ciclo puede ser muy variable: desde unos pocos minutos hasta varias horas.

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS ADVERSOS?

Los efectos secundarios o adversos de la quimioterapia se producen, en gran parte, porque estos fármacos también dañan, aunque mucho menos, a las células normales del organismo, en especial a las células que están en continua renovación, como las células sanguíneas (glóbulos blancos, rojos, plaquetas), las de las mucosas, las reproductoras, y las de la piel y cuero cabelludo.

- Náuseas y vómito.
- Diarrea
- Fiebre
- Estreñimiento
- Alopecia
- Alteración de piel y uñas.
- Anemia
- Neutropenia
- Hemorragias
- Cambios drásticos emocionales

creado por:
P.S.S. de la Licenciatura en Enfermería Mayra Edith Aguilar Ruiz.

12.12 CÁNCER

El cáncer es considerado como un desorden de células que se dividen anormalmente, lo que conduce a la formación de agregados que crecen dañando tejidos, se nutren del organismo y alteran su fisiología. Estas células pueden migrar e invadir tejidos lejanos, donde se encuentran para continuar su crecimiento originando una metástasis.

Una neoplasia es “una masa anormal de tejido cuyo crecimiento es excesivo y está coordinado con el del resto de tejidos normales del organismo, y que persiste de la misma manera excesiva una vez que ha cesado el estímulo que lo ha originado”. La diferenciación entre neoplasias benignas y malignas o cánceres se basa en criterios histológicos y biológicos.

Las células cancerosas presentan cuatro características:

- **Clonalidad:** Cada tumor maligno se origina en una célula que prolifera y da lugar a un clon de células malignas.
- **Autonomía:** El crecimiento y desarrollo de la célula cancerosa no es regulado de forma correcta por los moduladores hormonales y bioquímicos normales.
- **Anaplasia:** Las células tumorales tienen una pérdida de diferenciación celular, en líneas generales, cuanto mayor sea el grado de anaplasia de un tumor mayor será su potencial metastásico y más intensa su diseminación.

Metástasis: La célula cancerosa tiene capacidad de difundir (invadir otros tejidos) a distancia de su lugar de origen.

FISIOPATOLOGÍA

El proceso por el cual las células normales se transforman en cancerosas se denomina carcinogénesis. La transformación progresiva de células normales a derivados altamente malignos se originaba en alteraciones en el material genético (mutaciones). Estas mutaciones le confieren a una célula la capacidad de dividirse a una tasa mayor que su cohorte y generar una descendencia que conserva esta mutación (Clones). Posteriormente, las células hijas acumulan subsecuentes y diversas mutaciones que permite generar distintos clones. Estos presentan mayores capacidades de sobrevivida y crecimiento, ventajas proliferativas respecto de su contraparte normal que permite generar un clon neoplásico persistente.

Normalmente, las células del sistema inmune son capaces de eliminar a estas células tumorales, en un proceso denominado inmunovigilancia tumoral. Sin embargo, algunos de estos clones pueden

adquirir nuevas capacidades que les permiten evadir estos mecanismos de control y se desarrolla una neoplasia.³² (Sánchez, 2013)

ETIOLOGÍA

La etiología del cáncer se encuentra una serie de factores tanto de tipo exógenos como endógenos. Entre los de tipo exógeno destacan: el tabaco, el alcohol, la dieta, las radiaciones, factores ocupacionales asociados a determinadas sustancias (Asbesto, arsénico, cuero, níquel, etc.), algunos fármacos y determinados virus. Los factores endógenos se encuentran ligados a determinadas alteraciones genéticas, como principales implicaciones los oncogenes y antioncogenes.³³ (Cajaraville, 2000)

SÍGNOS Y SÍNTOMAS

El cáncer en sus diversas variedades, inicialmente es asintomático, de tal manera que cuando presenta manifestaciones clínicas ya tiene en su evolución.

No existe signos clínicos típicos de cáncer; sus manifestaciones son consecuencia de la localización y volumen del tumor primario, metástasis o efectos de sustancias producidas por la malformación que modifican la función de órganos distantes.

Las manifestaciones del cáncer localizado no son distintas de las que evidencian las enfermedades benignas; es por ello que este trastorno debe figurar en el diagnóstico diferencial de cualquier afección.

Los principales síntomas generales de los que se queja un enfermo con cáncer avanzado son los siguientes: la hipoxia, que se relaciona con el descontrol central del apetito producido por las citosinas inducidas por el tumor por el tumor y por el organismo en respuesta al primero. La debilidad muscular generalizada consecuencia de la catabolia muscular, por lo que en enfermo con cáncer se fatiga fácilmente.

Existen otros síntomas en el enfermo con neoplasia, como la aparición en el enfermo con neoplasia, como la aparición de una lesión cutánea ulcerada que no cicatriza o una tumoración en alguna región corporal. La cefalalagia holocraneal, persistente y que va en aumento, acompañada de visión

³² Sánchez C., (2013) conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: fisiopatología del cáncer. Rev. Med. Clin. Condes.; 24(4): 553-562

³³ Cajaraville G., Carreras M. J., Massó J., Cuestiones éticas en la investigación clínica del cáncer (2000) Editores médicos, Madrid; 325(11):1171-1226

borrosa y vómito, debidas a la obstrucción en la circulación del líquido cefalorraquídeo, que se presenta en neoplasias intracraneales. La disfagia progresiva, inicialmente para sólidos y luego para semisólidos y líquidos orienta a pensar en cáncer de esófago. La tos seca, persistente, que se acompaña de disnea y dolor torácico, que posteriormente pasa a ser tos productiva de esputo hemoptoico o franca hemoptisis, se presenta en el carcinoma broncogénico. El dolor abdominal es una manifestación clínica de cáncer avanzando del hígado y del páncreas o de alguna otra tumoración intraabdominal o pélvica. La hematoquecia persistente, acompañada o no de dolor abdominal tipo cólico, hará pensar en cáncer de colon y recto. Investigar cambios en el hábito intestinal, estreñimiento en cáncer colorrectal o cáncer de ovario. La dificultad para iniciar la micción en un varón anciano, acompañada de disminución del calibre y fuerza del chorro, que persisten, harán pensar en crecimiento prostático. La hematuria se puede encontrar en neoplasias de riñón, vejiga, próstata. En la mujer se presenta hemorragia transvaginal anormal o sangrado postcoital, leucorrea persistente debe investigarse carcinoma cervicouterino; sangrado genital anormal en la posmenopáusica debe de sospechar de cáncer de endometrio.³⁴ (Medina, 2009)

DIAGNOSTICO

El proceso diagnóstico del cáncer implica un trabajo multidisciplinario, una vez hecho el diagnóstico, el tratamiento depende de la histología y la extensión de la enfermedad, para efectuarlo se requiere conocer el grado tumoral, la inmunohistoquímica y el estadio. Esto permite tener un buen desarrollo de planes de tratamiento que han mejorado las tasas de supervivencia y en algunos casos la curación.

Para iniciar la determinación del diagnóstico la historia clínica y el examen físico, los signos y síntomas actuales aportan una importante información. El proceso se inicia con la determinación de los síntomas, para eso se pueden utilizar múltiples procedimientos, adecuados a cada caso en particular, inicialmente se emplean procedimientos menos invasivos, progresando en la complejidad de los mismos. Después de establecer la presencia de un tumor, pueden realizarse más estudios para determinar el estadio como son: Estudios radiológicos, resonancia magnética, ecografía, tomografía DE emisión de positrones (PET), endoscopia, estudios de laboratorio como hemograma, química básica, función hepática, función renal y EGO, marcadores tumorales,

³⁴ Medina V. E., Martínez M. R., (2009) Fundamentos de Oncología, México, D.F. Facultad de Estudios superiores Zaragoza, UNAM.

citología, biopsia, estadificación. Cada estudio dependerá del tipo de signos y síntomas del paciente, al igual que dependerá del tipo de neoplasia que presente o se esté por determinar.³⁵ (Kohen, 2005)

TRATAMIENTO

La estrategia terapéutica es distinta dependiendo del objetivo perseguido, que puede ser:

- Curación (terapia curativa): la consecución de un estado libre clínica y patológicamente de enfermedad es el objetivo primario del tratamiento del cáncer.
- Paliación de síntomas y/o prolongación de la supervivencia, manteniendo el estado funcional del paciente y su calidad de vida (terapia paliativa)
- Uso experimental en ensayos clínicos en fase I, determinando la dosis segura de una nueva estrategia en humanos.

Las principales modalidades terapéuticas utilizadas solas o en combinación en el tratamiento del cáncer son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia (incluyendo la hormonoterapia) y la terapia inmunológica.

La cirugía y la radioterapia constituyen generalmente estrategias mucho más efectivas que la terapia farmacológica en el tratamiento de tumores localizados, y en cambio presentan escaso valor en el tratamiento de la enfermedad diseminada.

El tipo de terapia más apropiada se determina en función de los objetivos planteados con el tratamiento, del tipo de tumor y su extensión, y de condiciones del paciente como su estado funcional, edad y patología concomitante.³⁶ (Cajaraville, 2001)

³⁵ Kohen N. (2005) Manual de Enfermería Oncológica; Diagnóstico y estificación. Argentina. Instituto Nacional del Cáncer.

³⁶ Cajaraville G., Carreras M. J., Massó J. (2001) Oncología, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 10: 1171-1226

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, L. P. (2010). Diagnostico y tratamiento de la Leucemia Mieloide Aguda. *Guía de Práctica Clínica*.
2. Báez, N. (Agosto de 2009). *Scielo*. Obtenido de El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>
3. Brunner, D. (2000). Oncología: atención de pacientes cancerosos. *Enfermería Médico quirúrgicos*, 271-296.
4. Bustamante L. Marín S.J., C. D. (2012). mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte en el adulto mayor en Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud pública*, 17-25.
5. Cajaraville. (2001). Oncología. *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria* , 1171- 1226.
6. Cajaraville, C. M. (2000). Cuestiones éticas en la investigación clínica del cáncer. *Editores Médico, Madrid*, 1171-1226.
7. Carrasco, R. F. (2012). Consentimiento Informado: un pilar de la investigación clínica. *Scielo Colombia*, 32-41.
8. Cruz. (2018). Leucemia Mieloide Aguda. *Rev. Hematol Mex*, 24-40.
9. Díaz, G. L. (2013). Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico . *Rev. Med. Clin*, 696-697.
10. FES-I. (11 de Agosto de 2001). *Importancia de la necesidad de actividades recreativas*. Obtenido de Enfermería complementaria: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/necesidad-de-actividades.pdf>
11. García, P. S. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos*.
12. García, P. S. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos*.
13. Gutiérrez. (2014). Trasplante autólogo de células hematopoyéticas en leucemia mieoloide aguda. *Rev Hematol*, 87-94.

14. INEGI. (4 de febrero de 2018). *Estadísticas a Próposito del día mundial del cáncer (4 de febrero)*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_Nal.pdf
15. Iztacala, F. (06 de 12 de 2013). *Fes Iztacala*. Obtenido de Fes Iztacala- UNAM: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>
16. Jiménez, B. (2000). La enfermería y el paciente oncológico. *Avances de enfermería*, 15-22.
17. Kohen. (2005). Diagnostico y Estadificación. En P. R., *Manual de Enfermería Oncológica* (págs. 13-15). Argentina: Instituto Nacional del Cáncer.
18. López. (2005). Validación del índice de Esfuerzo del Cuidador. *Enferm Comun*, 12-17.
19. López, O. C. (2005). Valoración de la mucositis secundaria a tratamiento oncohematológico mediante distintas escalas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 412-421.
20. Marín. (2008). Evaluación del riesgo nutricional e insaturación de soporte nutricional en pacientes oncológicos, según el protocolo del grupo español de Nutrición y Cáncer. *Nutr Hosp*, 458-468.
21. Medina. (2009). *Fundamentos de Oncología*. México, D.F: Facultad de Estudios superiores Zaragoza, UNAM.
22. Muñana. (2014). Escala de coma de Gasglow: origen, análisis y uso apropiado. *Enfermería Universitaria*, 24-35.
23. Norambuena. (2014). Protocolo de prevención de caídas. *Hospital de Linares*, 1-14.
24. Penschasky. (2018). Sangrado en pacientes con cáncer. *IV Curso Educativo de la ISTH- Hemostasia y cáncer*, 304-310.
25. Penschasky. (2018). Sangrado en pacientes con cáncer. *IC Curso de Educativo de la ISTH*, 304-310.
26. Rivas. (2014). Consenso mexicano para el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente con neutropenia febril. *Rev Hematol Mex*, 207-268.
27. Rodríguez. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. *MediSur*, 55-70.

28. Rubio. (2004). Infecciones en el paciente oncológico. Neutropenia febril. *Gac Med Bilbao*, 53-58.
29. Salazar. (12 de 06 de 2013). *ENEO-UNAM*. Obtenido de Proceso de Atención de Enfermería: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>
30. salud, S. d. (2011). Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. *Dirección general de epidemiología*.
31. Sánchez. (2013). Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: fisiopatología del cáncer. *Rev. Med. Clin. Condes*, 553-562.
32. Serrano. (2002). Valoración del dolor. *Rev Soc Esp Solor*, 94-108.
33. Sobrevilla, O. C. (2016). Neutropenia inducida por quimioterapia: el punto de vista del oncólogo. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 334-349.
34. Territo, G. (2018). *Neutropenia*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/leucopenias/neutropenia?query=NEUTROPENIA>
35. Vera. (2004). Tratamiento de la emesis inducida por quimioterapia. *An Sist Sanit Navar*, 117-123.