



Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura

Sede: FCM



TESINA

“Conocimiento del profesional de enfermería de área clínica pediátrica en relación al cuidado del paciente oncohematológico pediátrico”

AUTORAS:

ANEINE, María del Carmen

MONDACA, Lorena

MENDOZA, diciembre de 2015.

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

ACTA DE APROBACIÓN

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

RESUMEN

Tema: “Conocimiento del profesional de enfermería de área clínica pediátrica en relación al cuidado del paciente oncohematológico pediátrico”.

Autores: Aneine, M. del C., Mondaca, L.

Lugar: Servicios de Clínica Médica, Hospital Pediátrico “Dr. Humberto J. Notti”, Mendoza, año 2015.

Introducción: La Enfermería en Pediatría Oncológica supone un gran reto y un verdadero desafío de brindar cuidados enfermeros sustentados en el conocimiento. La atención de enfermería reviste de vital importancia en el paciente neutropénico o en debut leucémico, como de complicaciones que presenten a consecuencia de los tratamientos quimioterápicos o derivados de la propia enfermedad. Además, de técnicas o procedimientos en la manipulación de catéter implantable, otorgando cuidados de calidad y prevención. Este trabajo se desarrolla desde el Paradigma Naturalista, Fenomenológico o Constructivista, ya que se quiere descubrir, describir y explicar si existen en el personal de enfermería del área clínica los conocimientos en cuanto a los cuidados a brindar a pacientes oncohematológicos pediátricos.

Objetivo General: Establecer que conocimientos tiene el personal de enfermería del área clínica en cuanto a los cuidados a brindar a pacientes oncohematológicos pediátricos.

Material y método: Investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, no experimental, aplicada, transversal y de fuente primaria.

Población y muestra: Fueron 100 enfermeros de una población de 131 enfermeros de clínica médica pediátrica, en Agosto del año 2015. Se utilizó una encuesta estructurada con preguntas cerradas y abiertas, estos datos fueron registrados en matrices de datos.

Resultados: Los datos obtenidos dieron como resultado: 86 enfermeros (86%) tuvo intervenciones a pacientes oncohematológicos. 91 enfermeros (91%) conoce el manejo de catéter implantable.

En la muestra estudiada el 63% consideró que la bioseguridad es una prioridad en el paciente neutropénico febril; resaltando: aislamiento (49%), uso de barbijo (38%).

El 65% conoce el actuar a seguir ante una reacción alérgica por citostáticos, se consideró como él (100%); resaltando: avisar al médico de guardia (64%), suspender pasaje de citostáticos (46%), administrar medicamento (28%), colocación de oxígeno (28%), control de signos vitales (22%).

Conclusión: El servicio en estudio, cuenta con personal con antigüedad menor a cinco años, por lo que se deduce que tiene experiencia de todo tipo de pacientes, incluyendo oncológicos. El que los enfermeros hayan desempeñado sus funciones en pacientes oncohematológicos es favorable, por ello se debe incentivar sobre su capacitación permanente ante la necesidad de un tratamiento rápido y un cuidado oportuno.

Palabras Claves: Oncología Pediátrica, Cuidados de Enfermería, Técnicas o Procedimientos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por habernos dado el regalo de la vida, por darnos la oportunidad de alcanzar un gran sueño dándonos la fuerza y perseverancia.

A nuestras Familias:

Que son nuestra base de fortaleza, por acompañarnos en el camino de superación y apoyarnos en todos los proyectos.

A los Docentes:

Licenciada María Rosa Reyes por brindar sus asesorías y conocimientos los cuales fueron necesarios para el desarrollo de esta investigación.

Licenciado Jorge Michel, Licenciada Ana Magdalena Andrada y Licenciada Marta Valero que sirvieron como pilar para nuestra formación.

Al profesional de Enfermería del Hospital H. Notti:

Por su desinteresada colaboración en el desarrollo de nuestro trabajo de investigación y por las sugerencias aportadas permitiéndonos mejorar en dicho proceso.

ANEINE María del Carmen

MONDACA Lorena Beatriz

PRÓLOGO

Cuando un niño enferma de cáncer, él y su familia deben hacer frente a una serie de implicaciones que derivan especialmente de ese diagnóstico.

Si bien en los últimos años se ha recorrido un largo y difícil camino en la tarea de una mejor calidad de vida del paciente y su familia, a partir de avances en los medios de diagnóstico y en la efectividad de los tratamientos otorgados a este tipo de pacientes. Este tránsito, lleva consigo para el niño y los padres largas y frecuentes hospitalizaciones, largos tratamientos con la consiguiente ansiedad, depresión, sentimientos de soledad por la constante separación de la familia, cambios físicos e inmunitarios, retraso en el desarrollo psicomotor y escolar.

El profesional de enfermería tiene un papel fundamental en la atención del cáncer infantil, actuando de eslabón intermediario entre el niño, su familia y el equipo de salud. Debe ser capaz de comprender el impacto emocional de los sentimientos de pérdida y dolor, utilizando las herramientas a su alcance para crear un ambiente que proporcione bienestar físico y emocional.

Gracias al desarrollo de la enfermería como disciplina, lo cual ha permitido un gran avance en la especialidad oncológica y un real aporte a la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y monitorización del cáncer. Es que permite otorgar una atención de enfermería integral y de calidad, independientemente de que si el niño o adolescente está hospitalizado o no en una unidad oncológica.

ÍNDICE GENERAL

Advertencia	II
Acta de Aprobación	III
Resumen	IV
Agradecimientos	V
Prólogo	VI
Índice General	VII
Índice de Tablas y Gráficos	X

CAPITULO I

Introducción	2
Descripción del Problema	3
Planteamiento del Problema	6
Justificación del Problema	7
Objetivo General	8
Objetivo Específicos	8
Hipótesis	8

MARCO TEÓRICO

APARTADO 1: "EL NIÑO CON CÁNCER"

1.1 Conceptos principales	9
1.2 Definición de Cáncer	10
1.3 Origen del Cáncer	11
1.4 Etapas de la Carcinogénesis	11
1.5 Clasificación del Cáncer	12
1.6 Nomenclatura del Cáncer	13
1.7 Paciente Oncohematológico	14
1.8 Diagnóstico de Cáncer	15

1.9 En qué consiste el tratamiento	16
1.10 Valoración y Plan de Cuidados en el Paciente Oncohematológico	25
1.11 Patologías más frecuentes en relación a la Oncohematología	31
1.12 Motivos de ingreso más frecuentes del paciente	41
APARTADO 2: “LA ENFERMERÍA EN PEDIÁTRIA ONCOLOGICA”	
2.1 Rol de Enfermería en Pediatría Oncológica	58
2.2 Relación Paciente – Familia – Enfermera	59
2.3 Enfermería junto al Adolescente con Cáncer	64
2.4 Comunicación con el Niño, Adolescente y Familia	66
2.5 Derechos del Paciente Pediátrico Hospitalizado	69
APARTADO 3: “HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. HUMBERTO J. NOTTI”	
3.1 Reseña Histórica	73
3.2 Misión	74
3.3 Visión	74
3.4 Fortalezas	75
3.5 Oportunidades	75
3.6 Servicio de Oncohematología Pediátrica	75
3.7 Misión del Servicio	76
3.8 Visión del Servicio	76
3.9 Filosofía del Servicio	77
CAPITULO II	
DISEÑO METODOLÓGICO	
Tipo de Estudio	79
Área de Estudio	80
Población	80

Muestra	80
Unidad de Análisis	80
Variables en Estudio	81
Operacionalización de las Variables	82
Técnica de Recolección de Datos	85
Instrumentos	85
Fuentes de Información	85
Análisis, Procesamiento y Presentación de Datos	86
CAPITULO III	
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTA	
Resultados	115
Discusión	117
Propuesta	118
Bibliografía	119
ANEXOS	
Cronograma de Actividades	122
Autorización	123
Encuesta	124
Tabla Matriz. Codificación de variables	129
Tabla matriz	131
Definición de Términos	134

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Análisis de datos Univariados

Tabla y Gráfico N° 1: Edad	87
Tabla y Gráfico N° 2: Sexo	88
Tabla y Gráfico N° 3: Nivel de Formación	89
Tabla y Gráfico N° 4: Antigüedad Laboral	90
Tabla y Gráfico N° 5: Horas Semanales	91
Tabla y Gráfico N° 6: Ámbito Laboral	92
Tabla y Gráfico N° 7: Tipo de Trabajo	93
Tabla y Gráfico N° 8: Cuidados de Enfermería	94
Tabla y Gráfico N° 9: Tipo de Acciones al Paciente	95
Tabla y Gráfico N° 10: Prevención de Síndrome de Lisis Tumoral	96
Tabla y Gráfico N° 11: Motivos de Reingresos	98
Tabla y Gráfico N° 12: Manipulación de Catéter Implantable	99
Tabla y Gráfico N° 13: Material de Técnica de Rehabilitación	100
Tabla y Gráfico N° 14: Material de Técnica de Deshabilitación	101
Tabla y Gráfico N° 15: Secuencia de la Técnica de Rehabilitación	103
Tabla y Gráfico N° 16: Consideraciones ante paciente Neutropénico Febril	105
Tabla y Gráfico N° 17: Reacción alérgica por Citostáticos	107

Análisis de datos Bivariados

Tabla y Gráfico N° 18: Antigüedad Laboral – Experiencia	109
Tabla u Gráfico N° 19: Experiencia – Controles	111
Tabla y gráfico N° 20: Experiencia – Manejo de Catéteres	113

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN.

La investigación en enfermería fortalece y define la práctica, es nuestra herramienta para conocer lo que nos rodea. Como profesionales debemos difundirla a nuestros pares, lo cual permitirá introducir cambios más sustanciales a la práctica y a la docencia.

Dentro de este orden, la importancia de este estudio radica en conocer el escenario práctico del profesional de enfermería de los servicios de internación de clínica médica, en relación a los tratamientos y cuidados del paciente oncohematológico pediátrico. La temática desarrollada expone las principales complicaciones de niños y adolescentes a consecuencia de los efectos secundarios de los tratamientos o derivados de la propia enfermedad; así como también, de contribuir al mejoramiento de las técnicas y procedimientos. Propiciando a nuestros colegas conocimientos de pautas de cuidado, de tratamiento o de complicaciones que puedan producirse y de cómo resolverlas; englobando los cuidados al paciente oncohematológico pediátrico como la prestación de servicios enfermeros profesionales y competentes.

El presente trabajo pretende a través de la investigación basada en la evidencia del Servicio de Internación Pediátrica, realizar un aporte cuya visión este orientada a sustentar el ejercicio, la formación y el desarrollo disciplinar de enfermería.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El ejercicio de la Enfermería en pacientes oncohematológicos pediátricos demanda una gran carga de trabajo emocional y físico cuyas complicaciones implican actuar con rapidez y precisión.

A nivel emocional, la cotidianidad nos une al paciente-familia sin querer, donde una fina línea separa nuestro mundo del de ellos, por lo que es necesario estar preparado ya que las cosas no siempre salen del todo bien, hay mucha vida en juego.

La investigación se realiza en los servicios de internación clínica del Hospital Pediátrico “Dr. Humberto J. Notti”. Centro modelo referencial de tercer nivel, de alta complejidad, descentralizado y de autogestión. Orientado a proporcionar salud y bienestar a la población infanto juvenil.

Las Áreas Clínica, están distribuidas desde el servicio de internación pediátrica I al V. En ellas se cubre una atención de internación con 54 unidades en total destinadas a un grupo etéreo con patologías específicas. Dispone un recurso humano de 131 profesionales de enfermería repartidos en los turnos matutino, vespertino y nocturno con una carga horaria de 36 horas semanales para los licenciados y de 40 horas semanales para los enfermeros.

En un principio el servicio de internación pediátrica oncológica, estaba destinado a la atención de pacientes en debut leucémico y pacientes en tratamiento quimioterápico, pero debido a la gran cantidad de pacientes que ingresan en contra del poco espacio que existe, ha llevado a que los pacientes deban ser ingresados a los servicios de clínica médica. Es una situación que ha cambiado y que requiere de la unión con el personal de enfermería clínica, es por esto necesario realizar unificación de criterios.

Los motivos más frecuentes por los que reingresan son neutropenias febriles, deshidratación, infecciones, debut leucémicos y oncológicos. Estos pacientes suelen ingresar a los servicios de clínica, y no es raro que se les administre tratamiento quimioterapico durante la internación, esto muchas veces crea dudas y temores al personal de enfermería clínica, en cuanto al tratamiento quimioterápico y la manipulación de medicación coadyuvante a la quimioterapica (quimioterapia es administrada solo por personal de oncologia), por ejemplo mesna, ondansetron, leucovorina. etc.

Estas situaciones generan stress en la familia del paciente de debut, que tienen dudas y temores que muchas veces no pueden ser respondidos por el personal de clínica; y en pacientes en tratamiento que no ven a los enfermeros que conocen el tratamiento y sus riesgos, y el accionar de este ante cualquier eventualidad que se presente, por ejemplo, reacciones alérgicas.

Como hemos dicho, es frecuente el reingreso de estos pacientes al hospital, especialmente a los servicios de internación clínica, donde muchas veces los servicios se encuentran colapsados por lo que llevan a una atención menos personalizada a este tipo de paciente, donde los padres son más demandantes, creando roces entre familia y enfermería.

Al realizar un análisis situacional de la práctica enfermera, se observó en el área clínica, falta de unificación de criterios a seguir para la asistencia del niño oncológico con tratamiento de quimioterapia y de las complicaciones del estado de salud del niño por desconocimiento del personal de enfermería. Ante la atención de enfermería a pacientes neutropénicos (criterios de atención), al manejo de catéter implantable (habilitación/deshabilitación) y al manejo de técnicas de aislamiento (de por qué debe ser aislado el paciente).

Es por ello y a lo expuesto anteriormente, que ante un niño oncohematológico, los enfermeros/as deben estar conscientes de las consecuencias que podrían causarle a un paciente con quimioterapia si no se valora antes, durante y después

de sus respectivas sesiones, puesto que podrían presentar alguna reacción adversa por una iatrogenia al preparar la medicación o por un mal cuidado. Al atender a un niño con cáncer se debe tener en consideración que él y su familia atravesaran largos y complejos tratamientos, la vida del niño y la dinámica familiar se han visto alteradas. La enfermera/o que enfrenta este paciente debe estar en constante capacitación, que le permita contar con las mejores herramientas para atender al niño y familia demandantes de asistencia física y emocional.

Enfermería como parte del equipo de salud, debe conocer los procesos que se aplican en el paciente oncológico pediátrico, tomando en cuenta que se deben establecer estrategias que permitan tomar decisiones rápidas y efectivas para proporcionar los cuidados del paciente en este tipo de patologías tan degenerativas, ya que si no existe tal proceso no se está brindando una atención de calidad en las diferentes etapas de la enfermedad en pos del paciente oncohematológico pediátrico.

Los avances científicos y tecnológicos en salud exigen la capacitación permanente y especializada del recurso humano enfermero. Dicha formación responde a la necesidad de mejorar y garantizar la calidad de los cuidados, con el fin de contribuir al desarrollo de la disciplina enfermera.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimientos que poseen los enfermeros en cuanto a tratamiento y cuidados de pacientes oncohematológicos del Hospital “Humberto J. Notti”, durante el segundo cuatrimestre del año 2015?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El diagnóstico de cáncer infantil supone una auténtica crisis, la cual produce un corte súbito en la vida de la familia afectada, por ello, es que debe ser considerada como una enfermedad familiar.

Para el niño supone un cambio radical en su entorno y actividades normales (jugar, estudiar, relacionarse con compañeros o amigos). En cuanto a lo físico, debe soportar las dolencias tanto por la enfermedad como por las pruebas diagnósticas y tratamientos. Psíquicamente sufre ansiedad ante el nuevo medio que lo rodea, trastornos de imagen corporal (caída de pelo, amputaciones). En donde enfermería tiene un papel fundamental en la atención del cáncer infantil, actuando de eslabón intermediario entre el niño y su familia y los restantes profesionales del equipo de salud.

Al identificar los aspectos del cuidado brindado por enfermería percibidos por las familias de niños con patología oncológica, se espera determinar cuáles son los conocimientos que posee el personal del servicio de enfermería clínica médica, que brindan cuidados a pacientes oncohematológicos durante el tratamiento de su enfermedad, los que reciben tratamiento clínico y muchas veces continúan con tratamiento quimioterápico. En dichos tratamientos, la atención de enfermería es fundamental para el manejo de frecuentes complicaciones que se presentan como consecuencia de éstos, los que deben ser solucionados tanto por el personal de enfermería clínica como el de oncología. Siendo los más frecuentes, mal manejo de catéter implantable, infecciones, reacciones alérgicas a quimioterapias, etc.

El trabajo de investigación se enfocara en poder mejorar la situación actual, disminuyendo roces, complicaciones, situaciones que generen stress tanto para el paciente – familia, como para el personal de enfermería.

Se espera contribuir no sólo al mejoramiento del hacer profesional, sino también, al de la calidad de vida de este grupo de pacientes.

OBJETIVO GENERAL

- Establecer que conocimientos tiene el personal de enfermería del área clínica en cuanto a los cuidados a brindar a pacientes oncohematológicos pediátricos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el tipo de conocimiento de los enfermeros sobre prevención de deshidratación, infecciones, tratamiento de reacción alérgica a quimioterapia, etc.
- Identificar cuáles son las complicaciones más frecuentes en el cuidado de pacientes oncohematológicos.
- Conocer las técnicas de enfermería utilizadas en el abordaje del paciente oncohematológico.
- Caracterizar al personal de enfermería de área de clínica médica.

HIPÓTESIS

“Los cuidados de enfermería en las áreas de clínica médica a pacientes oncohematológicos no son suficientes, por no estar actualizados para responder las demandas de los padres”.

MARCO TEÓRICO

APARTADO 1

EL NIÑO CON CÁNCER.

1.1. Conceptos Principales.

El diagnóstico de cáncer a un niño le produce un estado de estrés interno y externo, se altera la relación del niño con su medio ambiente influenciando en su capacidad de respuesta. El medio hospitalario y la terminología médica, llevan a la familia a interiorizarse y participar en los cuidados y procedimientos terapéuticos, reduciendo la ansiedad asociada a los mismos.

Entre los términos más destacados a ésta patología y utilizados por el personal de salud, encontramos la definición de *Oncología*; que es la parte de la medicina que estudia los tumores o neoplasias, sobre todo los malignos. Otro término utilizado en el ámbito hospitalario es el de *Neoplasia*; el cual significa “tejido de nueva formación”, generalmente aplicada a los tumores malignos. Finalmente el término *Tumor*; se aplica a tumefacción, hinchazón o aumento localizado de tamaño, en un órgano o tejido.

La mayoría de los niños con esta patología se tratan en unidades especiales de hemato-oncología pediátrica, dentro de protocolos de diagnóstico y tratamiento multicéntricos, en una atención multidisciplinar en la que se integran aspectos médicos y psicológicos. En el cual, enfermería cumple un rol fundamental en la atención del niño con cáncer. Se requerirá su participación en el diagnóstico de sospecha y en el seguimiento durante las distintas fases del tratamiento. Ello le permitirá conocer los riesgos condicionados por la enfermedad, localización y

tratamiento aplicado y establecer las medidas de prevención de los posibles efectos adversos.

1.2. Definición de Cáncer.

El cáncer no es una enfermedad nueva, ya en el año 1.600 a.C. los papiros egipcios ya la describían. Cuando se realizaron las primeras autopsias en el año 1.761, se sentaron las bases para el estudio científico del cáncer, conocido también como “la oncología.” Con la invención del microscópico moderno en el siglo XIX, se comienza a estudiar el cáncer, dando nacimiento así al “estudio patológico moderno del cáncer”.

El cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. Puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen.

“Los resultados en cáncer infantil han mejorado significativamente en las últimas tres décadas y hoy es posible obtener la curación en el 70 a 80 % de los pacientes, con variaciones de acuerdo al tipo de cáncer y a la extensión inicial del mismo. La detección temprana y el correcto manejo del cáncer pueden mejorar el pronóstico del niño y disminuir los índices de mortalidad”.¹

“Nuestro país es extenso, con densidades poblacionales extremas entre las diferentes regiones, realidades socioeconómicas dispares y un sistema de salud con falta de planificación nacional. Todo eso hace que los chicos con cáncer sean parte de distintas realidades, según sean esas condiciones”, explicó a La Nación la doctora Florencia Moreno, directora del Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA).²

¹Fuente:

http://www.msal.gob.ar/inc/images/stories/downloads/comunicacion/boletines/boletinINC_n6_CancerInfantil.pdf

² Fuente: <http://www.centrocultural.coop/blogs/salud/2010/02/noticias-cancer-infantil/>

1.3. Origen del Cáncer.

En cuanto al origen del cáncer una de las dudas que se presenta sobre todo a los padres de los niños afectados, es que si el cáncer es genético o hereditario. En realidad hay una muy ínfima cantidad de casos en los cuales hay una explicación genética y los casos hereditarios son realmente excepcionales.

Existen otros factores capaces de originar cáncer cuando se exponen a ellos, interactuando de manera multifactorial y secuencial. Entre dichos factores se encuentran; la exposición prolongada en el tiempo a *sustancias químicas*; las *radiaciones* ionizantes son uno de los factores causales más reconocidos como iniciador de la carcinogénesis; como así también las infecciones y los traumas.

Estos factores medioambientales no existen en el cáncer infantil de manera que es difícil hacer prevención a un nivel como se hace en el adulto. La única manera es desarrollar el máximo esfuerzo en realizar un diagnóstico temprano, porque sabemos que redundará en mejores cifras finales de curación para los pacientes.

1.4. Etapas de la Carcinogénesis.

El cáncer se inicia en una sola célula, es decir que tiene un origen monoclonal. Esa célula alterada escapa a los controles y se vuelve “anárquica”, iniciando una generación de más “células anárquicas”, que, a su vez, pueden inducir a cambios similares en las células vecinas. Pero no sólo afectan a la célula las mutaciones inducidas por los carcinógenos sino que, a lo largo de cada división celular (recordemos que pueden llegar a 50 divisiones), se producen errores espontáneos en cada duplicación y los mismos se van acumulando constituyendo un factor intrínseco de riesgo; aquí vale la pena señalar que los radicales libres son productos normales del metabolismo celular, pero un exceso de los mismos puede acarrear efectos genotóxicos.³

³ Fuente: Dra. Natalia Gandur. “Manual de Enfermería Oncológica”. Módulo I, pág. 11.

La historia natural del cáncer es un proceso ordenado de transformación. El primer paso es la “*iniciación*” en el cual un cambio en el material genético de la célula alterada tiene el potencial de desarrollar un clon (grupos de células idénticas) de las células neoplásicas. El siguiente paso es la “*promoción*”, esta etapa representa el crecimiento tisular con la formación del tumor como así también la angiogénesis y la degradación de las matrices extracelulares. Finalmente la última etapa de la carcinogénesis es la “*progresión*”, la cual implica la capacidad de invadir tejidos vecinos o a distancia por parte de la célula tumoral maligna.

1.5. Clasificación del Cáncer.

El tipo histológico predominante en la infancia son los sarcomas. Los cánceres infantiles tienen generalmente localizaciones anatómicas profundas, no afectan a los epitelios, no provocan hemorragias superficiales, ni exfoliación de células tumorales. Todo esto hace prácticamente imposible utilizar técnicas de detección precoz que son útiles en los cánceres del adulto. Así, en la mayoría de los casos el diagnóstico de cáncer infantil se hace de forma accidental y con frecuencia en fases avanzadas de la enfermedad. Como contrapartida, la mayoría de los tumores infantiles son altamente sensibles a la quimioterapia, al contrario de lo que sucede en el adulto.⁴

Los sistemas de clasificación tumoral intentan proporcionar una forma estandarizada para comunicar el estado del cáncer a todos los miembros del grupo profesional de salud; además ayudan a la determinación del plan terapéutico más eficaz.

En general, los tipos más frecuentes de cáncer en la infancia se pueden dividir en dos grandes grupos; las enfermedades hematológicas y los tumores sólidos.

⁴Fuente:

http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol0/articulo9.pdf

Los linfomas y las leucemias se originan del sistema hematopoyético, es decir, de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

En las *leucemias*, conocido popularmente como cáncer de la sangre, no existe tumoración, se afecta la sangre y la médula ósea. En función del tipo de célula alterada se clasifican en, leucemia mieloide o linfoide; asimismo según el estado de maduración de las células leucémicas se clasifican en leucemia aguda (formada por células inmaduras) y leucemia crónica (las células están en el último paso de la maduración).

Los dos tipos principales de linfomas son la enfermedad de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin. Entre los demás tipos se encuentran el Linfoma de Burkitt, que frecuentemente presentan masa abdominal de crecimiento rápido y gran deterioro del estado general del paciente; también se presenta el Linfoma linfoblástico caracterizado por la presencia de una gran masa mediastínica.

1.6. Nomenclatura del Cáncer.

Todos los tumores, benignos y malignos, tienen dos componentes básicos en su estructura: Las células proliferantes que forman el tumor propiamente dicho y constituyen el parénquima, y su estroma de sostén, constituido por tejido conectivo y vasos sanguíneos, este último está formado por tejidos no tumorales cuya formación ha sido inducida por el propio tumor. La nomenclatura oncológica se basa en el componente parenquimatoso. Se usan dos criterios de clasificación; el tejido del que derivan y su carácter benigno o maligno.⁵

⁵ Fuente: <https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer>

El 90 % de los tumores son generados por células epiteliales, denominándose carcinomas. Los sarcomas derivados de células del tejido conectivo o muscular. Las leucemias, linfomas, y mielomas, originados por células de la sangre, y los neuroblastomas y gliomas, que derivan de células del sistema nervioso.⁵

En los tumores benignos su nombre acaba en el sufijo *oma*. Dependiendo del tejido del que procedan, pueden ser: fibroma (tejido conjuntivo fibroso), mixoma (tejido conjuntivo laxo), lipoma (tejido adiposo), condroma (tejido cartilaginoso), etc. Algunos de los tumores benignos derivados de tejido epitelial terminan con el sufijo "adenoma" porque el tejido epitelial de origen forma glándulas.

En cambio en los tumores malignos o cáncer: su nombre suele acabar en el sufijo sarcoma o carcinoma, pero muchos de ellos, como el melanoma, seminoma, mesotelioma y linfoma, son de carácter maligno a pesar de que su nombre tiene una terminación similar a la de los tumores benignos.

1.7. Paciente Oncohematológico.

En el paciente oncohematológico, su enfermedad invade médula ósea o tejido linfático, por lo tanto, esta enfermedad está dispersa en todo el organismo. En ellos, ya por la enfermedad de base hay alteración de toda la producción de células de las distintas series; como consecuencia habrá: anemia, leucopenia, plaquetopenia. Por ende, es probable que durante todo el tratamiento requieran terapia transfusional. La infección es uno de los riesgos a tener en cuenta en este paciente, y la neutropenia febril es una de las urgencias más importantes a las que se enfrenta el paciente tras recibir tratamiento oncológico, y un desafío para el enfermero que lo cuida, ya que deberá reconocer los signos y síntomas de alarma y actuar con rapidez. También cursan con astenia y adinamia.⁶

⁵ Fuente: <https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer>

⁶ Fuente: Lic. Celano & Lic. Estrada. "Manual de Enfermería Oncológica". Módulo I, pág. 12.

El ámbito hospitalario recibe pacientes oncohematológicos en diferentes etapas de tratamiento. Aquellos que se les declara la enfermedad y se realiza el diagnóstico médico de la misma, se les denomina pacientes “debutantes”. Estos requerirán de un tiempo de internación más prolongado en comparación a aquellos pacientes que reciben tratamiento en otras fases. La admisión del paciente oncohematológico pediátrico no solo es para recibir quimioterapia, sino también, para el pasaje de hemoderivados, la administración de vacunas e inyectables que no son citostáticos, curaciones, mantenimiento o heparinización de catéteres implantables y procedimientos de punciones lumbares o de médula ósea. Para lo cual, enfermería cuenta con un plan de trabajo preestablecido que abarca protocolos y normativas propias, donde se describen funciones, normas de procedimientos y objetivos del servicio. Cuyo principio fundamental será el cuidar y asistir en la recuperación de los pacientes oncohematológicos, realizar todos los procedimientos al paciente según protocolo y sobre todo, evitar emergencias.

El grado de inmunocompromiso de estos pacientes es variable, dependiendo de la enfermedad que curse y de su tratamiento terapéutico. Aun dentro de un esquema eficaz los riesgos son muy variables, dependiendo de las dosis de quimioterápico y de la presencia de catéteres de larga permanencia, además, debe tenerse en cuenta la susceptibilidad de cada paciente a los tratamientos administrados. En términos generales, estos pacientes presentan un estado de inmunosupresión que puede favorecer la aparición de infecciones graves, siendo éstas las causales de deceso en niños con enfermedad oncohematológica.

1.8. Diagnóstico de Cáncer.

La historia clínica, los exámenes físicos, los signos y los síntomas aportan actualmente una importantísima información para el diagnóstico y para la planificación de los cuidados y del tratamiento. El examen físico de enfermería es una valoración sistemática céfalo-caudal de los principales sistemas corporales. El

proceso diagnóstico se inicia con la determinación de la causa de los síntomas. Para esto se pueden utilizar múltiples procedimientos, adecuados a cada caso en particular; inicialmente se emplean los 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.⁷

Para efectuar el diagnóstico se requiere conocer la histología, el grado tumoral, la inmunohistoquímica y el estadio. Lo cual permite el desarrollo de planes de tratamiento que se ven reflejadas en las tasas de supervivencia y en algunos casos la curación del paciente. Por lo general, el cáncer en los niños se cura en la gran mayoría de los casos, hay enfermedades como la leucemia que es la variedad de cáncer infantil más frecuente y la cual posee un alto porcentaje de curación.

El proceso diagnóstico del cáncer implica un enfoque multidisciplinario donde enfermería tiene un rol fundamental en el tratamiento y acompañamiento en este proceso tan estresante para el niño y su familia.

1.9. En qué consiste el tratamiento.

Los tipos de cáncer infantil se pueden tratar de forma diferente, según el tratamiento determinado y eficaz para el tipo particular de cáncer. Entre los tratamientos más comunes en los que el niño u adolescente pueden recibir ya sea, uno o una combinación de tratamientos en los diferentes momentos de la terapia y de mayor utilización en el medio hospitalario encontramos, la radioterapia y la quimioterapia.

La radioterapia usa rayos de energía de gran potencia que dañan el ADN, y destruyen las células de crecimiento rápido, como las células cancerígenas. Dicha terapia consiste en la aplicación controlada de radiaciones ionizantes aplicadas de forma local, para lo cual se utilizan diversos métodos y tecnologías.

⁷ Fuente: Lic. Nelson Kohén. “Manual de Enfermería Oncológica”. Módulo I, pág. 13.

Suele administrarse de manera externa (teleterapia) o interna (braquiterapia), sola o en combinación con otras terapias, como la quimioterapia y la cirugía; teniendo las células sanas afectadas por la terapia, una mejor capacidad de recuperación por sí mismas.

Es frecuente que durante el tratamiento radiante el paciente curse con astenia, como consecuencia del propio tratamiento o de otros tratamientos asociados, desapareciendo tiempo después de finalizar la radioterapia. Entre otros efectos secundarios generales que suelen presentar los pacientes a lo largo del tratamiento, son las reacciones de la piel en las áreas tratadas, apareciendo un eritema seguido según avanza el mismo, de una coloración más pigmentada y oscura. Se debe tener en cuenta además, que los efectos secundarios de la radioterapia dependen de múltiples factores como la dosis total, volumen de radiación, energía de radiación, y pueden catalogarse como efectos secundarios agudos y crónicos. La clínica de la toxicidad aguda se expresa por astenia, cansancio, anorexia, náuseas, vómitos, cefaleas. En la toxicidad tardía se presenta distintos cuadros en función de la localización de la afectación.

El uso de tratamientos progresivamente más agresivos, destinados a mejorar la supervivencia de los pacientes oncológicos, ha incrementado la frecuencia y severidad de las complicaciones orales. La mucositis es la inflamación del epitelio oral que conduce a la ulceración y rotura de su integridad. Puede afectar a todo el tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano como consecuencia de los tratamientos antineoplásicos, tales como, quimioterapia, radioterapia o trasplante de médula ósea, manifestándose con eritema, descamación, formación de úlceras, sangrados y/o exudados.

Las células de las mucosas están continuamente recambiándose, por lo que son muy sensibles a los efectos de la quimioterapia y de la radioterapia, especialmente la mucosa del tubo digestivo. Los síntomas varían según la dosis y el fármaco. La mucositis según su localización se clasificará en: estomatitis cuando afecta la

mucosa oral, esofagitis al inflamarse la mucosa esofágica, o proctitis cuando afecta la mucosa rectal. La mucositis digestiva puede estar complicada por infecciones y/o hemorragias asociadas con la situación de mielodepresión en que se encuentra el enfermo. Las complicaciones potenciales derivadas de la mucositis digestiva son: dolor, deshidratación, malnutrición e infección local y sistémica.⁸

La radioterapia también destruye el folículo piloso, por lo cual aproximadamente a las dos o tres semanas de iniciar el tratamiento se aprecia, exclusivamente en la zona irradiada, una caída de pelo. Esta alopecia puede ser reversible, aunque el pelo saldrá más débil y en menor cantidad.

La quimioterapia tiene por objetivo, evitar la multiplicación de las células cancerosas, la invasión a los tejidos subyacentes o el desarrollo de metástasis. La quimioterapia consiste en la administración de medicamentos antineoplásicos para tratar el cáncer. Es una de las cuatro modalidades de tratamiento que ofrecen curación, control o paliación; las otras tres son la cirugía, la radioterapia y la bioterapia.⁹

Los agentes quimioterápicos se clasifican en alquilantes, antimetabolitos, agentes anitubulares, inhibidores de topoisomerasa y antibióticos antitumorales. La mayoría de estos agentes se administran por vía intravenosa, pero hay también medicación por vía oral e intramuscular. Las drogas quimioterápicas difieren mucho entre sí pero en líneas generales, puede decirse que actúan bloqueando la replicación celular (mitosis) por diversos mecanismos. Como consecuencia de ello las células de rápida división, tanto malignas como de los tejidos sanos, se afectan en forma indistinta.

⁸ **Fuente:** Eulalia Juvé Udina. “Enfermería Oncohematológica”. Ed. Nasson. Barcelona. Cap. 4, pág. 93. Año 1996.

⁹ **Fuente:** Lic. Vallejos & Lic. Sáenz. “Manual de Enfermería Oncológica”. Módulo I, pág. 19.

Por su mecanismo de acción los agentes quimioterápicos producen una serie de efectos tóxicos, que incluyen la afectación de distintos órganos y sistemas, no sólo tempranamente, sino después de meses, e incluso años, desde el momento en que se administra la quimioterapia.

La cronología de aparición que usualmente se presenta es, de manera inmediata (horas o días), la cual a la clínica presenta emesis, reacciones anafilácticas, fiebre, necrosis por extravasación, fallo renal agudo, flebitis, hipocalcemia.

Las manifestaciones tempranas (días o semanas) son leucopenia, trombocitopenia, mucositis, hiperglucemia, hipomagnesemia, alopecia.

Durante la fase retardada (semanas o meses) de los efectos tóxicos de la quimioterapia la cual a la clínica presenta ataxia cerebelosa, neuropatía periférica, miocardiopatía, ototoxicidad, pigmentación cutánea y ungueal, síndrome hemolítico-urémico, fibrosis pulmonar. Finalmente, en las manifestaciones tardías (meses o años) se presenta retraso del crecimiento, alteraciones gonadales, alteraciones hepáticas y carcinogénesis.

Es por ello, que el personal de enfermería debe capacitarse para conocer beneficios y riesgos reales de la quimioterapia. Entre las complicaciones potenciales podemos hacer mención a la extravasación, la cual puede ser sutil y progresiva. Los primeros síntomas incluyen dolor, prurito o ardor, eritema o palidez, edema, piel fría o caliente; también puede producirse la extravasación retrasada en la que los síntomas ocurren 48 horas después de la administración del fármaco.

Ante una extravasación, los enfermeros/as deben conocer los protocolos institucionales para su manejo, contar con antídotos aprobados para ser utilizarlos inmediatamente luego de que se produzca o se sospeche la misma. Las actuaciones inmediatas como las medidas iniciales y generales serán de detener la infusión, no extraer la aguja o catéter, aspirar el residuo del fármaco, administrar antídoto, no

presionar la zona de extravasación, aplicar las medidas físicas que correspondan, elevar la extremidad afectada a un nivel superior al del corazón.

Valorar, documentar y registrar en hoja de enfermería los signos y síntomas del paciente, medicación y cantidad extravasada y las intervenciones efectuadas.

Una reacción alérgica, también llamada reacción de hipersensibilidad, es una respuesta inmunitaria con actividad excesiva conducida a provocar lesiones locales en los tejidos o cambios en todo el organismo como respuesta a una sustancia extraña. Estas reacciones pueden ser causadas por muchos factores, entre ellos los tratamientos de quimioterapias. Los citostáticos causantes de la mayor cantidad de reacciones alérgicas son: L-asparaginasa, Etopósido y Adriamicina. Pueden estar limitadas a una pequeña área del cuerpo o pueden afectarlo en su totalidad. La forma más severa se denomina anafilaxia o shock anafiláctico, la reacción anafiláctica aguda es una situación imprevista y de emergencia vital que puede llevar a una insuficiencia respiratoria, shock anafiláctico y muerte.¹⁰

En palabras de la Licenciada Elba Baez¹¹;...”los síntomas se desarrollan rápidamente, en cuestión de minutos o segundos, pueden aparecer al comienzo, durante y hasta después de la infusión de la medicación. Estos signos o síntomas pueden ser respiratorios (tos seca, dolor torácico, estridor, disnea, edema de glotis), circulatorio (hipotensión, alteración de la frecuencia cardíaca), neurológico (cefalea, confusión mental), gastrointestinales (náuseas, vómitos) o cutáneos (rash cutáneo, urticaria, prurito). Por lo tanto es recomendable que el manejo de la anafilaxia esté protocolizado, de modo tal de que se implemente rápidamente y se reduzcan los riesgos; donde enfermería debe contar con los conocimientos necesarios para actuar ante una eventualidad, la cual se debe valorar según el agente administrado”.

¹⁰ **Fuente:** “Protocolo de Atención de Enfermería en Paciente Oncohematológico”. Hospital Notti. Sistema de Gestión de Calidad. Servicio de Hematología. Año 2012.

¹¹ **Fuente:** Lic. Elba Baez. Jefa de Unidad Oncohematológica. Hospital Notti. Entrevista personal. Año 2015.

Los cuidados de enfermería aplicados al paciente que presenta una reacción alérgica será la de suspender el pasaje de cualquier medicación, colocar al paciente en posición fowler, mantener la vía aérea permeable, controlar los signos vitales mientras dure la situación. Mantenerse junto al paciente hasta que ceda la reacción alérgica y se registrará lo ocurrido especificando la medicación causante, hora, síntomas observados, medicamentos utilizados y complicaciones.

Administrar antialérgicos según indicación y de acuerdo al peso del paciente e identificar signos y síntomas. Difenhidramina 1 mg/Kg si hay presencia de rash cutáneo, prurito y lesiones mácula papulares e hidrocortisona 10 mg/Kg en presencia de tos, disnea o angioedema. Ante la infusión de citostáticos como lasparaginasa, etopósido, bleomicina, cisplatino.¹²

El personal de enfermería debe estar alerta y preparado para cualquier complicación de anafilaxis del paciente. Debe conocer los medicamentos que pueden causar la misma y anticiparse con la preparación de la medicación necesaria para las intervenciones pertinentes.¹³

La anafilaxis es una reacción alérgica grave que afecta a todo el cuerpo. Puede producir dificultades para respirar, pérdida del conocimiento e incluso la muerte si no se trata inmediatamente. Es importante estar atentos a los signos y síntomas que pueda presentar el paciente, como: ansiedad, hipotensión, urticaria, cianosis, dificultad respiratoria, calambres abdominales, enrojecimiento y escalofríos, entre otros.

Ante ésta situación, enfermería orientará su atención y cuidados primordialmente a detener la infusión, mantener una solución parenteral, colocar al paciente con la cabecera elevada, dar aviso al médico, mantener la vía aérea permeable, administrar la medicación según indicación con el correspondiente seguimiento

¹² **Fuente:** "Protocolo de Atención de Enfermería en Paciente Oncohematológico". Hospital Notti. Sistema de Gestión de Calidad. Servicio de Hematología. Año 2012.

¹³ **Fuente:** Lic. Vallejos & Lic. Sáenz. "Manual de Enfermería Oncológica". Módulo I, pág. 21.

del paciente y se registrará lo actuado en hoja de enfermería.

Las náuseas y vómitos se producen por la administración de la quimioterapia. Enfermería debe evitar o aliviar situaciones que la produzcan. Generalmente se administra antieméticos 30 minutos antes de la alimentación de manera habitual durante los días posteriores al protocolo.¹⁴

Estos trastornos se deben a la toxicidad gastrointestinal de los agentes antineoplásicos, los pacientes identifican este problema como uno de los más estresantes y temidos. Puede ser agudo, presentándose horas después del tratamiento, demorado, unos días después del tratamiento o anticipatorio, antes del tratamiento producido por el estrés del propio paciente.

El vómito aparece como consecuencia de la irritación del revestimiento mucoso del tubo digestivo provocada por los agentes citostáticos. Esta lesión provoca la estimulación de los nervios simpáticos y vagales que conectan con el centro del vómito en el cerebro. Además, son estimulados determinados quimiorreceptores del suelo de IV ventrículo implicados en los mecanismos del vómito.¹⁵

Los cuidados de enfermería estarán encaminados a administrar antieméticos antes, durante y luego del tratamiento, reconocer y disminuir los factores que contribuyen a aumentar las náuseas y los vómitos, enseñar al paciente estrategias para que no se produzcan, fomentar y facilitar alimentos que sean del agrado del paciente. Usualmente se administra medicación antiemética por ejemplo, ondasetron o metoclopramida. Siendo las principales complicaciones potenciales asociadas con los vómitos, la pérdida de peso, deshidratación, alteraciones electrolíticas, broncoaspiración y evidente disminución de la calidad de vida.

¹⁴ Fuente: Lic. Vallejos & Lic. Sáenz. "Manual de Enfermería Oncológica". Módulo I, pág. 21.

¹⁵ Fuente: Eulalia Juvé Udina. "Enfermería Oncohematológica". Ed. Nasson. Barcelona. Cap. 4, pág. 91. Año 1996.

El síndrome de lisis tumoral es un desorden metabólico resultante de la rápida liberación de los productos intracelulares a la circulación, debido a la rápida muerte celular. La cantidad de estos productos puede superar la capacidad compensatoria del organismo y puede causar alteraciones.¹⁶

Es una grave complicación potencial asociada con la administración de quimioterapia para el tratamiento del paciente oncohematológico. Implica la liberación de grandes cantidades de material intracelular al espacio extracelular. Entre los pacientes expuestos a este síndrome se encuentran principalmente aquellos con leucemias agudas y crónicas, linfomas, generalmente de alto grado, y los que presentan enfermedad mieloproliferativa.

El síndrome de lisis tumoral es una complicación temprana de la terapia. Suele ocurrir entre las 24 y 48 horas de iniciado el tratamiento y no dura más de una semana. Los sistemas orgánicos más comúnmente afectados son el cardíaco, el neurológico, el renal y el gastrointestinal. Los primeros síntomas y signos pueden incluir debilidad generalizada, fatiga, taquicardia, diarrea, vómitos y dolor abdominal.

A medida que progresa la alteración metabólica, se pueden obstruir los túbulos renales y el paciente puede referir dolor lumbar llegando incluso, a la insuficiencia renal aguda.

Las cuatro alteraciones metabólicas básicas son la hiperpotasemia, hipocalcemia, hiperuricemia e hiperfosfatemia.

La hiperpotasemia aparece como resultado de la rápida destrucción de las células malignas. Puesto que la excreción del potasio está influenciada por el equilibrio ácido-base y la secreción de aldosterona, cualquier alteración en la función renal puede provocar hiperpotasemia. Esta complicación se manifiesta por alteraciones ECG, trastornos del ritmo cardíaco y de la TA, debilidad muscular,

¹⁶ Fuente: Lic. Nelson Kohén. “Manual de Enfermería Oncológica”. Módulo II, pág. 46.

náuseas, diarreas, parestesias y cólicos intestinales.¹⁷

La hipocalcemia es la consecuencia de la relación inversa entre el calcio y el fósforo. Al aumentar el nivel de fósforo, disminuyen los valores de calcio. Las alteraciones ECG, las arritmias ventriculares, las convulsiones, las parestesias, la tetania o el laringospasmo son manifestaciones de hipocalcemia.¹⁷

La hiperuricemia, resultante de la destrucción de las células tumorales, se manifiesta inicialmente con náuseas, vómitos, diarrea y anorexia. Estos signos gastrointestinales se relacionan con el desarrollo de insuficiencia renal aguda. Los signos de progresión son específicamente renales: oliguria y anuria.¹⁷

La hiperfosfatemia puede provocar hipocalcemia e insuficiencia renal aguda. El aumento de fósforo en sangre provoca la precipitación de sales de calcio en zonas no óseas, disminuyendo los valores de calcio sérico. El enfermo con hiperfosfatemia presentará oliguria, anuria y azotemia.¹⁷

En pacientes con riesgo de síndrome de lisis tumoral son fundamentales las medidas preventivas tales como la administración de allopurinol y una adecuada hidratación.

La mayoría de los pacientes con diagnóstico reciente de síndrome de lisis tumoral están deshidratados, por lo que su volumen intravascular debe ser ampliado con la administración de líquidos que ayudan a diluir solutos e incrementan el flujo sanguíneo renal y el filtrado glomerular.

Las medidas preventivas de enfermería orientadas al paciente se basan en promover la diuresis, alcalinizar la orina, prevenir la hiperpotasemia, monitorear la función renal y medio interno. Al paciente se le deberá realizar un control estricto del

¹⁷ Fuente: Eulália Juvé Udina. "Enfermería Oncohematológica". Ed. Nasson. Barcelona. pág. 161. Año 1996.

peso corporal y control de signos vitales los que incluyen frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial; como mínimo una vez por turno. Se mantendrá un acceso venoso adecuado, para asegurar la hiperhidratación y alcalinización del paciente. Se llevará un balance de ingresos y egresos, como así también la localización de edemas.

Estas actuaciones y cuidados de enfermería serán documentados, llevando un registro estricto para detectar una sobrecarga de fluidos en el paciente hospitalizado.

Enfermería debe además, tener en cuenta los efectos secundarios de la quimioterapia a largo plazo. Siendo los más destacados, cardiotoxicidad, hepatotoxicidad y nefrotoxicidad. Además de alteraciones del crecimiento y desarrollo, ya que los citostáticos atacan todo tipo de células y glándulas. Produciendo en los varones, esterilidad permanente ya que las niñas reciben durante el tratamiento protectores ováricos que inducen la amenorrea y anovulación.

1.10. Valoración y Plan de Cuidados en el Paciente Oncológico.

La enfermería como profesión de la salud cuyo objetivo es el cuidado de la vida, de la salud del individuo, la familia y la comunidad; ha buscado a través de su historia estrategias que le permitan cualificar y fundamentar su práctica profesional.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, se ha examinado los escritos de varias enfermera teorizadoras y reconocido que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale. Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.¹⁸

¹⁸ Fuente: Kérouac, S y cols. “Grandes Corrientes del Pensamiento”. Capítulo I. Año 2001.

Uno de los primeros intentos de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado se debe a Madeleine Leininger. Para esta autora existen varias razones para considerar al cuidado como el dominio central del cuerpo de conocimientos y las prácticas de la Enfermería y que justifican la necesidad de realizar investigaciones para su elucidación.¹⁹

Para la autora el cuidado, genérico: <<Son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana >>¹⁹

Los cuidados profesionales son definidos como: <<Aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitivamente y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida>>¹⁹

Por último, los cuidados profesionales enfermeros son: <<Todos aquellos modos humanísticos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte>>¹⁹

La valoración del paciente oncológico permite a los enfermeros saber y ubicarse dentro de qué contexto social, cognitivo y de salud se encuentra cada paciente. Si bien es importante, la valoración no debe ser muy extensa, simplemente hay que seguir una secuencia valorativa, organizada y sistemática. Para esto es importante saber qué preguntar, qué mirar y qué datos son relevantes para el tratamiento y seguimiento del paciente.²⁰

¹⁹ Fuente: Medina, J.L. “El Cuidado: objeto de conocimiento de la Enfermería como Disciplina”. Cap. I. Año 1999.

²⁰ Fuente: Lic. Nelson Kohen. “Manual de Enfermería Oncológica”. Módulo II, pág. 16.

La labor de la enfermera incluye tanto los cuidados que inciden directamente en la evolución de la enfermedad del niño, como todos aquellos aspectos relacionados con su entorno familiar, educativo, aspectos psicológicos, que configuran el cuidado integral.

El proceso de valoración enfermera al paciente oncológico estará orientado a elaborar un plan de cuidados integrales e individualizados en función de las necesidades que aparezcan a corto, medio y largo plazo del niño y de su familia, para conseguir un grado de recuperación óptimo. Este plan de cuidados tiene como objetivo principal adaptar las intervenciones enfermeras a las necesidades de estos pacientes, a través de la valoración de las mismas y la identificación de problemas que este paciente presenta relacionados con su proceso, personalizando la atención prestada y realizando las mejores intervenciones que resuelvan o minimicen estos problemas de forma satisfactoria y segura.

La atención de enfermería en pediatría oncológica implica un gran reto, ya que nos encontramos ante una enfermedad de larga evolución, en la cual el niño pasa una gran estancia en el hospital y requiere de los cuidados continuos de este tipo de profesionales. Los cuales se orientarán a tres principios fundamentales del cuidado, estos son:

- los buenos cuidados profesionales.
- los cuidados centrados en el paciente.
- y el cuidado holístico.

Cuyo objetivo son el paciente y su entorno familiar, cultural, social, religioso y medio ambiental en el cual se encuentra inserto. Por ello y partiendo de la observación y valoración cefalocaudal del paciente oncológico desde:

- Edad (ciclo evolutivo).
- Sexo.

- Familia (¿cómo se ve alterada al tener un hijo/a con cáncer?, ¿quién se hace cargo del niño enfermo?, ¿y de sus hermanos?, ¿está la familia viviendo un duelo anticipado?).
- Escolaridad (¿le permitirá su tratamiento continuar sus estudios en forma normal?, ¿deberá ser el niño derivado a una escuela hospitalaria?).
- Patología oncológica de base (estadio de la enfermedad, riesgo de presentar una urgencia oncológica).
- Evaluación del dolor (al diagnóstico y durante toda la evolución).
- Examen físico (presencia de lesiones, equimosis, sitios de infección reales o potenciales).
- Accesos venosos (¿posee un acceso venoso adecuado para su tratamiento?).
- Complicaciones de la patología de base o por el tratamiento.
- Urgencias que se pueden presentar (hemorragias, shock cardiogénico, séptico, anafiláctico, síndrome de lisis tumoral, síndrome de vena cava superior, reacciones transfusionales, obstrucción intestinal, compresión medular, hipercalcemia, etc.).
- Tratamiento (¿en qué etapa del tratamiento se encuentra quimioterapia, radioterapia?, ¿irá a cirugía?, ¿o está en cuidados paliativos?).
- Evolución biopsicosocial (¿cómo ha sido el proceso de adaptación del niño/adolescente y su familia al tratamiento?, ¿en qué medida y cómo se han adaptado a los cambios en la vida diaria familiar?).

Planificar los cuidados significa organizar lo que la enfermera puede hacer para ayudar al enfermo. Un plan de cuidados se define como una guía de trabajo para todos los miembros del equipo de enfermería, comprende la orientación lógica, mental y representación clara y esquemática de los problemas o dificultades que presenta el paciente, los resultados que esperamos alcanzar con nuestros cuidados y las acciones que debemos llevar a cabo para solucionar los problemas encontrados, estas acciones se materializan en tareas concretas, claras y específicas con el fin de que no se presten a errores o interpretaciones subjetivas al llevarlas a la práctica.²¹

El objetivo fundamental de la función de enfermería es proporcionar cuidados permanentes y vigilancia continuada a los pacientes en situaciones de compromiso vital, atendiendo a las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales del mismo en cuanto ser humano integral. La mejor forma de conseguirlo es aplicando el proceso de enfermería.²²

Dentro del proceso enfermero como abordaje sistemático utilizado, están las actividades independientes desarrolladas por enfermería para la atención del niño oncológico, entre las que se encuentran, examen físico periódico en busca de signos de deterioro físico, deshidratación, hemorragias, mucositis u otra complicación.

Las de educar al niño madre o cuidador a examinar la piel y mucosas en busca de palidez, signos hemorrágicos o infecciones locales, asesorando sobre la importancia de la hidratación de la piel.

El estado nutricional es muy importante en este tipo de pacientes, donde enfermería debe educar sobre una dieta balanceada sugiriendo alimentación de fácil tolerancia, blanda, fría, sin aliños, según el agrado del niño, no forzar la alimentación por el contrario aprovechar los períodos de apetencia para darle alimentos de alto valor nutritivo y fomentar la toma de abundantes líquidos.

^{21; 22} Fuente: López Díaz, M. & Alonso Martín, M. "Plan de cuidados general de una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos". Nure Investigación N° 53. Julio-Agosto 2011.

Enseñar ejercicios para preservar los accesos venosos y cuidados del mismo. Respecto a la eliminación, enfermería debe informar al paciente, familiar o cuidador sobre la importancia de favorecer la diuresis y catarsis.

La enseñanza de normas de higiene corporal al niño y cuidador, como baño en cama o en ducha evitando las corrientes de aire. El aseo bucal diario con cepillo de cerdas suaves o algodón húmedo con agua bicarbonatada después de cada alimentación o cada cuatro horas si esta con régimen cero o no quiere comer.

Se educará al paciente teniendo en cuenta su ciclo evolutivo y capacidad de comprensión, acerca de cómo manejar los cambios de imagen corporal, uso de pelucas, pañuelos, ropa cómoda, holgada, explicarle que los cambios de imagen son transitorios.

Enseñarles que deben evitar los juegos bruscos, caídas, golpes si tiene un recuento de plaquetas bajo, que hacer en caso de hemorragias, así como también la exposición a personas resfriadas, niños con infecciones, animales domésticos, pautas adecuadas al medio en relación a la limpieza del hogar, el lavado de manos del paciente y persona a cargo.

Control de signos vitales y supervisión del paciente y vía venosa durante la administración de quimioterapia. Administrar de analgesia según horario y evaluación periódica de dolor. Y contestar en forma clara, breve y simple todas las preguntas que el niño, la madre o cuidador, hagan respecto al tratamiento y procedimientos.

El enfermo necesita, no sólo la aplicación de la tecnología para favorecer su estado de salud, sino sentirse apoyado, atendido y entendido en sus necesidades emocionales. No podemos separar familia y paciente, y en nuestro caso, el binomio padres e hijos es indisoluble.²³

²³ Fuente: López Díaz, M. & Alonso Martín, M. "Plan de cuidados general de una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos". Nure Investigación N^o 53. Julio-Agosto 2011.

1.11. Patologías más frecuentes en relación a la Oncohematología.

“En el diagnóstico de las patologías oncológicas en pediatría es muy importante tener en cuenta la edad. Hay tumores propios del lactante, de la niñez y de la adolescencia.

Los datos son analizados en niños argentinos con patología oncológica incluidos en ROHA desde el año 2000.

Las patologías más frecuentes agrupadas por edades en grupos de menores de 1 año, entre 1 y 5 años, entre 5 y 10 años y mayores de 10 años describen que:

La Leucemia aguda es el cáncer más frecuente en pediatría con aproximadamente el 37% de los casos de cáncer pediátrico en Argentina. La mayor incidencia se ve entre los 3 y 5 años.

Los Linfomas, es el tercer cáncer más frecuente en pediatría y representa aproximadamente el 13% de los casos en Argentina. La mayor incidencia se ve después de los 10 años. Son dos las formas de linfoma más frecuente: Linfoma Hodgkin (48%) y Linfoma no Hodgkin (52%).

Los Neuroblastoma, representa aproximadamente el 6% de los tumores en Argentina y la mayor incidencia se observa en niños menores de 4 años.

Los Tumores Renales, representan aproximadamente el 5% de los tumores en Argentina. El Tumor de Wilms constituye el 90%. La mayor incidencia se observa en los menores de 4 años.

El Retinoblastoma, representa el 3-4% de los tumores en Argentina y la mayor incidencia se observa en menores de 2 años”.²⁴

²⁴ **Fuente:** Pág. Web: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000029cnt-32-CSCN--Guiabaja.pdf> Instituto Nacional del Cáncer Argentina. “¿Cuándo sospechar cáncer en el niño?”. Cap. 4: Orientación diagnóstica según edad del paciente. Año 2014.

Cada tipo de cáncer tiene su propio nombre, tratamiento y pronóstico (la probabilidad de responder al tratamiento). El cáncer infantil abarca tres grandes grupos, las leucemias o cánceres de las células hematopoyéticas, los linfomas o cánceres del sistema linfático y finalmente los tumores sólidos, los cánceres de los huesos, musculo, cerebro, órganos u otros tejidos finos en el cuerpo.

La Leucemia Aguda Infantil, es una enfermedad maligna y progresiva de los tejidos hematopoyéticos que se caracteriza por la proliferación incontrolada de leucocitos inmaduros y sus precursores, particularmente en la medula ósea, el bazo y los ganglios linfáticos. Es el cáncer más frecuente en el niño, con una mayor frecuencia de aparición entre los 2 y los 5 años de edad.²⁵

La leucemia es un cáncer que se origina en las células primitivas productoras de sangre, con frecuencia es un cáncer de los glóbulos blancos pero, cualquiera de las células de la medula ósea puede convertirse en una célula leucémica. Una vez producido este cambio pueden reproducirse rápidamente y no morir cuando deben hacerlo, por el contrario, se acumulan en la medula ósea desplazando a las células normales y pasando al torrente sanguíneo con bastante rapidez. Extendiéndose de esta manera a otras partes del cuerpo, como son los ganglios linfáticos, el bazo, el hígado, el sistema nervioso central (cerebro y medula espinal) u otros órganos del cuerpo.

Como resultado, puede que el niño no tenga suficientes glóbulos rojo, blancos ni plaquetas, esta carencia se ve manifestada en las pruebas de sangre causando en él una variedad de síntomas. Uno de ellos es la anemia, la cual causa cansancio, debilidad, mareo, piel pálida y hasta tos o dificultad respiratoria por opresión de la tráquea debido al crecimiento del timo llegando incluso a presionar la vena cava superior causando inflamación del rostro, cuello, brazos y la parte superior del tórax.

²⁵ **Fuente:** Diccionario de Medicina. “Océano Mosby”. Versión en español traducida y adaptada de la 4ª edición de la obra original en inglés. Pág. 176.

El niño con leucemia puede desarrollar fiebre, frecuentemente causada por una infección oportunista nicótica, viral o bacteriana. Es posible que le aparezcan en la piel hematomas, purpura, sangrado de encías y epistaxis manifestada por pequeños puntos rojos del tamaño de un alfiler, causados por sangrado de pequeños vasos sanguíneos debido a la carencia de plaquetas. Algunos niños presentan dolor óseo o articular, esto se debe a la acumulación de células leucémicas cerca de la superficie del hueso o dentro de la articulación. Pudiendo además estos pacientes cursar con anorexia, vómitos, pérdida de peso, cefalea, alteraciones de la visión, erupciones en la piel y problemas en las encías causando inflamación, dolor y sangrado en ellas.

Dichos pacientes representan una emergencia, los cuales deben ser derivados a un centro de oncohematología infantil con servicio de laboratorio con experiencia en citogenética e inmunología para poder determinar el tipo de leucemia. El accionar de enfermería estará abocado a preparar al niño y familia para los procesos diagnósticos y de tratamientos, prevenir complicaciones de la mielosupresión y aliviar el dolor.

El Linfoma es una neoplasia del tejido linfoide, en algunos casos benignos, pero por lo general de naturaleza maligna. Existen diversos tipos de linfomas que se distinguen por su contenido celular y el grado de diferenciación de sus células. Suele aparecer un ganglio linfático o un grupo de ganglios aumentados de tamaño, indoloros, en la región del cuello, acompañados de debilidad, fiebre, pérdida de peso y anemia. Cuando la afectación linfática es importante, pueden aumentar también de tamaño el bazo y el hígado y aparecen trastornos gastrointestinales, mal absorción y lesiones óseas.²⁶

El Linfoma es un cáncer del sistema linfático. El sistema linfático es una parte importante del sistema inmunológico, ubicado en los ganglios linfáticos, las amígdalas,

²⁶ **Fuente:** Diccionario de Medicina. “Océano Mosby”. Versión en español traducida y adaptada de la 4ª edición de la obra original en inglés. Páginas 190,191.

las adenoides, el bazo, la glándula timo y la medula espinal. Las células linfoides habitualmente circulan entre varios órganos mayores, ganglios linfáticos, medula ósea, sangre y sitios linfoides del intestino, hígado y otros tejidos. Se clasifican según su origen celular, evolución, tratamiento y pronóstico.

El estadio I se caracteriza por la afectación de una sola región ganglionar o un órgano extra linfático, en el estadio II se presenta afectación de dos o más regiones linfáticas en el mismo lado del diafragma. En el estadio III se afectan los ganglios linfáticos de ambos lados del diafragma y en ocasiones también el bazo o un órgano extra linfático. El estadio IV se caracteriza por la afectación difusa diseminada de uno o más ganglios extra linfáticos con o sin afectación ganglionar asociada.²⁷

Generalmente los niños desarrollan adenopatías cervicales, axilares e inguinales. Esta patología se presenta con fiebre, escalofríos o cambios de temperatura, pérdida de peso, de apetito, sudoración nocturna, picazón persistente en todo el cuerpo, prurito, en los Linfomas Hodgkin. En los Linfomas no Hodgkin pueden presentar dolor abdominal, distensión, vómitos y diarreas.

Se debe derivar al niño o adolescente a un centro especializado ante la presencia de cualquiera de los siguientes síntomas, aumento de volumen (adenopatía) indoloro en cualquier sitio (cuello, axila, ingle) y que persiste por más de quince días, aumento de volumen de mediastino, dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, masa abdominal, puede asociarse también a visceromegalia (hepatomegalia – esplenomegalia). El prurito es la principal causa de consulta en los casos en que este persiste en el tiempo, es muy extendido y no tiene ninguna causa que lo justifique debemos considerar la causa paraneoplásica. La sudoración nocturna sin causa que la justifique nos debe hacer sospechar de Linfoma de Hodgkin.

Entre los cuidados de enfermería se valorará la presencia de fiebre, el estado de

²⁷ **Fuente:** Diccionario de Medicina. “Océano Mosby”. Versión en español traducida y adaptada de la 4ª edición de la obra original en inglés. Páginas 190,191.

la piel pudiendo el prurito hacerse más intenso por la noche y provocar escoriaciones en la piel al rascarse.

Los tumores infantiles suelen desarrollarse durante los primeros años de vida. El neuroblastoma, el tumor de Wilms, la leucemia linfoblástica aguda, el teratoma sacro cóxigeo, el retinoblastoma y el hepatoblastoma tienen su incidencia máxima antes de los cinco años de edad. El neuroblastoma es un tipo de tumor sólido que se origina en las células en desarrollo del sistema nervioso simpático.

El neuroblastoma es un tumor maligno constituido por ectodermo derivado de la placa neural embrionaria. Puede originarse en cualquier parte del sistema nervioso simpático, pero se da sobre todo en la medula adrenal de niños pequeños. Metastatiza rápidamente, afectando ganglios linfáticos, hígado, pulmones y hueso.²⁸

El neuroblastoma puede situarse en cualquier área del sistema nervioso simpático, aunque la localización más frecuente es en el abdomen, en la glándula suprarrenal, en los ganglios simpáticos y cervicales, en el cuello y en la pelvis.²⁹

La forma de presentación depende de las áreas comprometidas, llegando a presentar masas en el abdomen lo que puede provocar dolor o masa en el tórax o compromiso de los canales vertebrales observándose en el paciente déficit neurológico. Son frecuentes las metástasis óseas, hepáticas, en médula ósea y en piel. Pudiendo además cursar con sudoración, cefalea e irritabilidad.

Al examen físico los pacientes pueden presentar masa abdominal retroperitoneal que por lo general atraviesa la línea media, nódulos subcutáneos, compromiso neurológico, palidez, equimosis peri orbitaria, edema de párpado, exoftalmos, expresión de signos de metástasis (ojo de mapache). Suele detectarse

²⁸ **Fuente:** Diccionario de Medicina. "Océano Mosby". Versión en español traducida y adaptada de la 4ª edición de la obra original en inglés. Pág.905.

²⁹ **Fuente:** **Aguilar Cordero, M.J.** "Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos". Cap. 28: Atención de enfermería al niño oncológico. Pág. 496. Año 2003.

en el niño a través de una radiografía simple, en la que se aprecian masas abdominales múltiples o simples y los marcadores tumorales están muy elevados, confirmando así, la existencia de la enfermedad.

El Neuroblastoma se estatifica según el International Neuroblastoma Staging System (INSS) en: Estadio I, son tumores limitados al órgano de origen. Estadio II, la tumoración está más extendida de las estructuras de origen, afecta a los ganglios linfáticos y no cruza la línea media. Estadio III, se extiende más allá de la línea media y normalmente ya existe afectación bilateral de los ganglios linfáticos. Estadio IV, se ven afectados el hueso, la médula ósea, los ganglios linfáticos y otros órganos. Por último, en el Estadio IV-S, existe metástasis en el hígado, en la piel y en la médula ósea.³⁰

Ante la sospecha debe derivarse al niño a un centro con servicio de hemato - oncología infantil que cuente con un patólogo con experiencia en el tema y el diagnóstico se basará en la biopsia del tumor, cuando se encuentra comprometida la médula ósea puede ser suficiente para el diagnóstico. El tratamiento del neuroblastoma debe realizarse en base a grupos de riesgo que están definidos no sólo por factores clínicos, sino también por factores biológicos y moleculares. Además, los tratamientos de quimioterapia, cirugía y radioterapia se basan dependiendo de la edad, las características del paciente, de la histología, estadificación y de los factores de riesgo.

Sólo la extirpación quirúrgica completa garantiza el control definitivo de la enfermedad y ésta sólo puede conseguirse en las formas localizadas y sin extensión regional, lo que es posible en los estadios I y II. En los tumores con gran extensión locorregional y en las formas metastásicas que constituyen la mayoría de los casos, la cirugía radical no suele ser posible o resulta inútil en presencia de metástasis óseas.

³⁰ Fuente: **Aguilar Cordero, M.J.** "Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos". Cap. 28: Atención de enfermería al niño oncológico. Pág. 496. Año 2003.

La radioterapia está claramente indicada en el tratamiento paliativo de la enfermedad metastásica. El uso de esta terapia en pacientes con neuroblastomas se utiliza con fines paliativos, para el tratamiento del dolor en casos de metástasis ósea, o puede también ser utilizada para inhibir la masa tumoral en combinación conjunta con la quimioterapia.

Los tumores óseos de presentación pediátrica son el Osteosarcoma y el Sarcoma de Ewing.

El Osteosarcoma es un tumor óseo maligno formado por células anaplásicas derivadas del mesénquima.³¹

El Osteosarcoma o sarcoma osteogénico es el tumor óseo maligno que se origina en las células óseas y se asienta sobre la metáfisis de los huesos, en especial el extremo distal del fémur, el extremo proximal de la tibia y el extremo proximal del húmero. Es el más frecuente en niños y adolescentes., se lo ha relacionado con períodos de crecimiento rápido. El cuadro depende, entre otros elementos, de la edad, la malignidad de la neoplasia, de la localización y el tiempo de evolución. La clínica se presenta con dolor óseo persistente, profundo y localizado, con o sin tumefacción.

Los síntomas principales del Osteosarcoma son el dolor óseo persistente, profundo y localizado. Se presenta a la exploración física aumento de volumen en el sitio afectado (periostio afectado), se evidencia además la disminución de los arcos de movilidad en el miembro afectado, atrofia de los músculos de la extremidad afectada y se manifiesta a la palpación aumento de la temperatura local con sensibilidad a la presión, además presenta, piel “brillosa” por edema y distensión de la misma.

Es relativamente frecuente que los niños en edad escolar sufran algún

³¹ **Fuente:** Diccionario de Medicina. “Océano Mosby”. Versión en español traducida y adaptada de la 4ª edición de la obra original en inglés. Pág.944.

traumatismo que los lleve a claudicar en la marcha. Entre los aspectos a tener en cuenta con respecto al dolor de causa tumoral, aunque en la mayoría de los pacientes haya antecedentes de traumatismo, es que la molestia se prolonga en el tiempo, es progresiva, puede despertar al niño por la noche y después de un tiempo variable aparece la tumoración. Hay que considerar el dolor referido, ya que en los dolores de rodilla la lesión puede encontrarse en la cadera.

La introducción de la quimioterapia adyuvante tiene una importancia primordial en la erradicación de micro metástasis, con una mejoría sustancial de la supervivencia del paciente. El tratamiento quimioterápico (cisplatino, etopósido, doxorubicina, metotrexate, ifosfamida), generalmente se constituye de cuatros ciclos antes de la cirugía, con ocho ciclos posteriores a ella. La resección tumoral completa continúa siendo uno de los principales objetivos del tratamiento.

En la actualidad y con los adelantos quirúrgicos-reconstructivos, la resección tumoral con cirugía de conservación del miembro es el tratamiento estándar para esta patología.

Las intervenciones de enfermería estarán encaminadas a valorar la experiencia del dolor mediante escalas de valoración adecuadas a la edad de desarrollo y comprobando la conducta. Fijar objetivos para el control del dolor con el niño y la familia.

Estimular el desarrollo y crecimiento normales (terapia y fisioterapia). Proponer un ambiente de confianza para el niño y la familia dando continuidad a los cuidados, controlando de esta manera, el dolor en los diferentes ámbitos.

Se define el blastoma como, una neoplasia de tejido embrionario que se

³² **Fuente:** Diccionario de Medicina. "Océano Mosby". Versión en español traducida y adaptada de la 4ª edición de la obra original en inglés. Pág.164.

desarrolla a partir del blastema de un órgano o tejido. El blastoma que se deriva de varias células dispersas es pluricéntrico y el que se deriva de una sola célula o grupos de células, es unicéntrico. El blastoma es un tipo de cáncer más común en los niños, que es causado por tumores malignos en las células precursoras, a menudo llamados blastos y son ejemplos de ello el nefroblastoma, neuroblastoma y retinoblastoma³².

El Retinoblastoma es un tumor sólido que se origina en la superficie interna de la parte posterior del ojo, denominada retina, cuando ocurre un cambio o una mutación en una célula joven de la retina denominada retinoblasto. Permitiendo este cambio que ellos crezcan descontroladamente y formen un tumor cancerígeno. Siendo el retinoblastoma un cáncer infantil poco común.

Usualmente la forma de presentación es que los padres notan que el niño tiene la pupila blanquecina u opaca (leucocoria), pudiendo también los padres consultar por estrabismo y frecuentemente el estado general del niño es muy bueno.

El tumor de Wilms o Nefroblastoma sigue en frecuencia al neuroblastoma y es también un tumor casi exclusivamente pediátrico, con una mayor frecuencia de presentación entre uno y cinco años de edad, pudiendo aparecer en el recién nacido o lactante.

El tumor de Wilms es una neoplasia maligna del riñón que afecta a niños antes de los cinco años de edad. El signo precoz más frecuente de este tumor maligno infantil es la hipertensión, seguida de la aparición de una masa palpable, dolor y hematuria. El diagnóstico puede establecerse casi siempre con la ayuda de una urografía excretora con tomografía. Este tumor, que histológicamente corresponde a un adenocarcinoma embrionario, se encuentra bien encapsulado en los estadios iniciales, pero posteriormente puede extenderse hacia los ganglios linfáticos y la vena renal o la vena cava y metástasis a los pulmones u otros órganos. En el preoperatorio o el posoperatorio se administra radioterapia que, en los casos

inoperables, se emplea con fines paliativos. Resulta muy eficaz la quimioterapia cíclica con actinomicina-D y vincristina en combinación con la cirugía e irradiación.³³

Antes del diagnóstico de tumor de Wilms, la mayoría de los niños no presentan ninguna señal de cáncer y, en general, actúan y juegan de manera normal.

Con frecuencia, uno de los padres descubre un bulto firme y liso en el abdomen del niño, es común que la masa alcance un tamaño considerable antes de ser descubierta. Las manifestaciones clínicas que presenta el paciente son masa abdominal palpable, dolor abdominal, hipertensión, hematuria, náuseas, diarrea, infección urinaria, anemia y fiebre.

El tratamiento se determina de acuerdo con varios factores, siendo el más importante el estadio en el momento del diagnóstico y la histología de las células cancerosas. En el estadio I, el cáncer está presente solamente en un riñón; en el estadio II, el cáncer se ha extendido más allá del riñón y afecta a la zona que lo rodea; en el estadio III el cáncer no se ha extendido más allá del abdomen pero no es posible extirparlo totalmente; en el estadio IV el cáncer se ha extendido a partes distantes del cuerpo, generalmente, a los pulmones, el hígado, los huesos e incluso el cerebro. Finalmente, en el estadio V el cáncer está presente en ambos riñones.

Los planes de tratamiento suelen incluir la cirugía, quimioterapia, con o sin radioterapia. La cirugía es el tratamiento más utilizado en los estadios I al IV, se realiza una nefrectomía total, que consiste en la extirpación del cáncer junto con todo el riñón, la uretra (conducto que transporta la orina del riñón a la vejiga), la glándula suprarrenal (glándula productora de hormonas que se ubica sobre el riñón) y el tejido graso circundante.

El tratamiento de la mayoría de los niños con tumor de Wilms no es tan intensivo como el tratamiento de otros cánceres, por lo tanto, la mayoría de ellos no

³³ **Fuente:** Diccionario de Medicina. “Océano Mosby”. Versión en español traducida y adaptada de la 4ª edición de la obra original en inglés. Pág.1306.

tendrán restricciones nutricionales especiales y posiblemente no necesitarán medicamentos para los bajos recuentos de células sanguíneas. En el caso de los niños que sufren una recidiva, el tratamiento dependerá de la terapia anterior, de la histología del cáncer y de cuánto tiempo ha transcurrido desde el último tratamiento, siendo una buena señal la no presencia de síntomas por al menos dos años.

1.12. Motivos de ingreso más frecuentes del paciente.

Actualmente el avance en el conocimiento científico, el ritmo en el desarrollo de nuevas tecnologías y el cambio en los sistemas de salud, imponen retos específicos para el control del cáncer. Enmarcados en este panorama se identifica la gran necesidad de enfocarnos en el talento humano, proporcionando conocimiento y herramientas que contribuyan en su desarrollo. Orientado los esfuerzos humanos, pedagógicos y técnicos a la formación actualizada y específica para el personal de enfermería en la atención y cuidados del niño oncohematológico pediátrico.

Los niños con cáncer son inmunocomprometidos, o sea, pacientes que tienen alterados uno o más mecanismos de defensa natural. Algunos lo son a causa de la enfermedad y todos se convierten en inmunocomprometidos al iniciar el tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia.

Los tratamientos utilizados en las enfermedades oncohematológicas, no sólo actúan sobre las células neoplásicas, sino también sobre las células sanas. Como resultado de la acción citotóxica de los diferentes tratamientos y a la disfunción provocada por la propia enfermedad, la producción celular de la médula ósea estará comprometida, dicha alteración puede ser total o parcial, con el consiguiente desarrollo de pancitopenia. Lo cual se verá reflejado en la disminución simultánea de los valores de las tres series hematológicas por debajo de los rangos normales, caracterizándose el mismo por la presencia de anemia, leucopenia y trombocitopenia.

La mielodepresión es, en consecuencia, la supresión de la actividad en la médula ósea, la clínica de este cuadro incluye una tríada de complicaciones graves como son el riesgo de infección debido a la granulocitopenia y a la inmunosupresión, el riesgo de hemorragia asociado a la trombocitopenia y anemia como consecuencia de la disminución en la eritropoyesis.

En estos pacientes, tanto la enfermedad como el tratamiento alteran los mecanismos de defensa y, aunque la alteración inmunitaria es global, la existencia de neutropenia constituye uno de los riesgos principales. Es por este motivo que en caso de fiebre, consiste en estimar el grado de inmunosupresión ya que ésta condiciona una mayor susceptibilidad a la infección.

La neutropenia es conocida también como granulocitopenia, es la disminución aguda o crónica de neutrófilos en sangre condición anormal, por lo general menos de 1.000/ mm³; puede predisponer a contraer infecciones.³⁴

“Se entiende por neutropenia el descenso de la cifra absoluta de neutrófilos por debajo de 2.000 cel. /mm³ en la sangre periférica. Actualmente, las pautas de intensificación de quimioterapia y trasplante de médula ósea han supuesto un aumento de la frecuencia, la severidad y la duración del período de máxima neutropenia o nadir.

Se considera que cuando la cifra de neutrófilos es inferior a 1.000 cel. /mm³, existe alto riesgo de infección. Cuando esta cifra se sitúa por debajo de 500 neutrófilos/mm³, el riesgo de infección es extremo”.³⁵

El origen infeccioso de la fiebre debe ser priorizado siempre que se registre en un paciente neutropénico, aun en presencia de otras posibles causas. La primera característica y probablemente la de mayor importancia es que la infección en

³⁴ Fuente: Lic. José Molina & Col. “Manual de Enfermería Oncológica”. Módulo II, pág. 33.

³⁵ Fuente: Eulália Juvé Udina. “Enfermería Oncohematológica”. Ed. Nasson. Barcelona. Cap. 4, pág. 86.

enfermos neutropénicos supone un riesgo muy importante para el paciente puesto que pone en peligro su vida de manera inminente.

Dado que se le añaden multiplicidad de factores predisponentes al desarrollo de infecciones, como lo son:

- Edad, por las alteraciones fisiológicas que comporta.
- Incapacidad para arbitrar respuestas inmunológicas adecuadas, por disfunción de inmunidad celular (linfocitos T), humoral (linfocitos B e inmunoglobulinas) y el sistema de complemento.
- Estado nutricional, por el aumento de las reacciones metabólicas y caquexia.
- Función renal, esplénica y hepática afectada, por la concomitancia con procesos que cursan con pérdidas excesivas de inmunoglobulinas.
- Fármacos empleados, como los corticoides pueden dar lugar a agranulocitopenias, trastornos de los eosinófilos y neutrófilos y disfunciones monocito-macrofágicas.

Otros de los factores son la duración del período de neutropenia y de inmunosupresión que suele prolongarse, tardando meses e incluso años en recuperar completamente la función inmunológica. Además la alteración de los mecanismos protectores no inmunológicos como son, la piel y mucosas, se ven afectados a causa de la dermatotoxicidad de la radioterapia, o a causa de determinados citostáticos (reacciones cutáneas), o a determinados antibióticos (efecto adverso en la administración de vancomicina). Afectado de igual manera el epitelio mucoso de los tractos respiratorio, gastrointestinal y genitourinario. Estos cambios en la flora endógena cutánea o mucosa, aumentan notablemente el riesgo de presentar infecciones oportunistas.

Un paciente neutropénico con fiebre constituye una emergencia infectológica y oncológica, con el agravante de que éste pueda desarrollar sepsis generalizada en

menos de 48 hs, terminando el foco infeccioso en un shock séptico. Es por esto, que el actuar de enfermería como partícipe activo del equipo interdisciplinario, estará encaminado a prevenir la infección manteniendo intactas la piel y las mucosas, minimizando la exposición a focos de infección, detectando signos tempranos de infección en el paciente. Evaluando de manera continua el plan de cuidados, mejorando así, su calidad de vida.

La prevención de la infección, consiste en la valoración global del paciente diariamente, o con la frecuencia que sea necesaria, haciendo énfasis en la temperatura aunque tan solo una ligera elevación, ya puede ser sugestiva de infección. Se debe valorar el patrón respiratorio, incluyendo la frecuencia respiratoria, la presencia de signos y síntomas específicos como tos, disnea, observar la coloración de la piel y realizar la auscultación de ambos campos pulmonares. Mantener un control del nivel de conciencia y actuar con rapidez ante la aparición de signos neurológicos, como la cefalea, signos focales, alteraciones pupilares o convulsiones.

Entre las acciones y cuidados independientes de enfermería orientados al paciente oncohematológico pediátrico estarán, la instauración de medidas de aislamiento protector. Las pautas a seguir son, la internación en habitación individual con flujo laminar y/o presión positiva, las ventanas y puertas permanecerán cerradas. Los objetos que puedan presentar importante contaminación bacteriana o fúngica tales como flores, plantas, diarios, juguetes de peluche, no podrán ser ingresados a la unidad del paciente.

Se abordarán medidas asépticas estrictas:

- Toda persona que ingrese a la habitación, independientemente de que examine o no al paciente, deberá realizar lavado de manos antiséptico en dos pasos; primero, con jabón líquido y, luego del secado, desinfectando con solución de alcohol en gel.

- El uso de barbijo para las visitas y el personal de salud solo se reservarán en caso de que el paciente neutropénico tenga indicación de aislamiento de contacto respiratorio (barbijo quirúrgico) o aislamiento respiratorio (barbijo de alta eficiencia).
- Toda maniobra invasiva que se le practique al paciente deberá realizarse cumpliendo las máximas normas de asepsia e implementando las precauciones estándares vigentes en la institución.
- De igual manera se enfatizará el cuidado del área perineal y perianal, lavando con agua y jabón neutro luego de cada deposición, y secando suavemente a fin de impedir condiciones de humedad que favorezcan abrasiones.
- Como prevención de la infección se incluye el uso de antibióticos profilácticos.
- Restringiendo además el ingreso de personal de salud, permitiendo el ingreso simultáneo de dos personas idealmente, tampoco se permitirá el ingreso de ninguna persona con infecciones activas potencialmente transmisibles, en especial cutáneas y respiratorias

Otras de complicaciones asociadas con la mielodepresión que son motivos de ingreso hospitalario, son los problemas derivados de la trombocitopenia y la anemia.

La trombocitopenia se refiere a la presencia de niveles anormalmente bajos de plaquetas en la sangre circulante. Las plaquetas o trombocitos son un tipo específico de célula sanguínea que impide el sangrado. La razón más frecuente por la que los pacientes con cáncer experimentan trombocitopenia es como efecto secundario de la quimioterapia.

Cuando el paciente presenta un recuento de plaquetas bajo, puede estar en riesgo de desarrollar una hemorragia. La trombocitopenia confiere un riesgo de sangrado y la magnitud del riesgo está estrechamente relacionada con la intensidad y la duración de la trombocitopenia.

“Se define trombocitopenia como, situación hematológica anormal en que el número de plaquetas está disminuido, debido a destrucción de tejido eritrocítico en la médula ósea por ciertas enfermedades neoplásicas o por respuesta inmunológica a un medicamento. La disminución puede afectar a la producción de plaquetas, a su vida media, o bien haber aumento del gasto de las mismas asociado a esplenomegalia.

Es la causa más frecuente de trastornos hemorrágicos. La hemorragia se origina generalmente en pequeños capilares”.³⁶

La plaquetopenia o trombocitopenia es el descenso del número de plaquetas en sangre periférica por debajo de 75.000 / mm³. Cuando el recuento de plaquetas es inferior a 20.000 /mm³ existe riesgo de hemorragia espontánea. Este riesgo aumenta cuando la cifra es inferior a 10.000 / mm³, especialmente para las hemorragias gastrointestinales y del sistema nervioso central.³⁷

Los pacientes con trombocitopenia pueden experimentar síntomas como hematomas inesperados, pequeñas manchas de color púrpura o rojo debajo de la piel denominadas petequias, sangrado por la nariz o encías, deposiciones negras o con sangre, u orina rojiza o rosada, dolores de cabeza severos o mareos y dolor en las articulaciones o músculos. Siendo los signos más característicos de plaquetopenia la aparición de petequias y hematomas.

Los cuidados de enfermería estarán dirigidos a:

- Detectar los signos de hemorragia como la aparición de petequias, equimosis, epistaxis, vómitos hemáticos, rectorragias, hematemesis y hematuria.

³⁶ **Fuente:** Diccionario de Medicina. “Océano Mosby”. Versión en español traducida y adaptada de la 4ª edición de la obra original en inglés. Pág.1253.

³⁷ **Fuente:** **Eulália Juvé Udina.** “Enfermería Oncohematológica”. Ed. Nasson. Barcelona. Cap. 4, pág. 87. Año 1996.

- Educar sobre medidas generales de prevención, como la utilización de cepillo de diente extra suave y a permanecer acompañado para evitar caídas y golpes que podrían desencadenar un proceso hemorrágico.
- Prestar especial atención a la cefalea o cambios de conducta, ya que indicarían riesgo de hemorragia intracraneal.
- En lo posible, se instaurarán medidas para evitar la realización de técnicas invasivas, incluidas las inyecciones intramusculares.

La anemia del niño es más frecuente, a menudo por carencia. Pero, cada vez que es de aparición reciente, mal tolerada o en un contexto de insuficiencia de la médula ósea, se debe pensar en la posibilidad de una patología maligna subyacente. La existencia de anemia implica siempre la imposibilidad funcional de la sangre para llevar oxígeno a los tejidos, por lo cual, el hemograma es necesario en estos casos, para evaluar su grado y ayudar a precisar su etiología.

La eritropoyesis necesita simultáneamente la síntesis de ADN y la síntesis de la hemoglobina. Para la primera, el organismo debe contener una cantidad suficiente de vitamina B₁₂ y ácido fólico utilizable. Para la síntesis de la hemoglobina, el organismo consume hierro y se requiere además vitamina B₆.³⁸

“Se define anemia como, trastorno que se caracteriza por la disminución de la hemoglobina sanguínea hasta concentraciones inferiores a los límites normales. Según la clasificación fisiopatológica, la anemia es la consecuencia de tres procesos fundamentales: disminución de la producción de hemoglobina o de hematíes, aumento de la destrucción de hematíes o pérdida de sangre. En otros sistemas de clasificación morfológica diferentes, se describe la anemia de acuerdo con el

³⁸ Fuente: **Aguilar Cordero, M.J.** “Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos”. Cap. 32: Trastornos hematológicos en la infancia. Anemias. Hemofilia. Talasemia. Pág. 562. Año 2003.

contenido de hemoglobina de los hematíes (normocrónica o hipocrómica) y por las diferencias de tamaño de éstos (macrocítica, normocítica o microcítica)".³⁹

El estudio de la anemia se basa en la valoración de tres parámetros que aporta el análisis de sangre periférica, el tamaño de los hematíes, el grado de hemoglobina y la capacidad eritropoyética de la médula ósea.⁴⁰

En la anemia aguda más que la palidez de la piel, hay signos más frecuentes de hipovolemia, como frecuencia cardíaca rápida y pulso fugaz, presión arterial baja, además de la velocidad de instauración, la edad, el grado de reducción en la capacidad de transporte y la liberación de oxígeno de la hemoglobina. La palidez de la piel y mucosas es un signo constante en la anemia crónica, la cual es acompañada habitualmente de signos cardiorespiratorios como disnea al esfuerzo, taquicardia, soplo sistólico no orgánico y signos neuromusculares como astenia, cefalea, vértigo o zumbido de oídos.

Dentro de las etiologías malignas posibles encontramos leucemia aguda linfoblástica o mieloblástica, enfermedad de Hodgkin aunque es menos frecuente sobre todo si la anemia es de tipo inflamatorio. Finalmente, todo tumor sólido en un estadio de metástasis a la médula ósea es responsable de una anemia nutricional o inflamatoria.

Los cuidados de enfermería al paciente pediátrico estarán orientados a:

- Observar signos de oxigenación inadecuada.
- Suministrar oxígeno en caso de que el nivel de hemoglobina sea bajo, ya que nos indicaría una insuficiente oxigenación a los tejidos.

⁴⁰ **Fuente:** Aguilar Cordero, M.J. "Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos". Cap. 32: Trastornos hematológicos en la infancia. Anemias. Hemofilia. Talasemia. Pág. 562. Año 2003

³⁹ **Fuente:** Diccionario de Medicina. "Océano Mosby". Versión en español traducida y adaptada de la 4ª edición de la obra original en inglés. Pág.1253.

- Valoración periódica de la presencia de palidez, mareos, taquicardia, disnea, cefalea u anorexia.
- Sugerir el aporte de una dieta hiperproteica y rica en hierro como barrera de protección para evitar una recaída del paciente.
- Evaluación al paciente desde el punto de vista nutricional en el debut de su enfermedad oncológica, detectando precozmente cualquier situación de malnutrición.

La patogenia de la anorexia del paciente oncológico es multifactorial y se relaciona con fenómenos producidos por el tumor, o bien, es debida a efectos adversos de los diversos tratamientos o al impacto emocional y al stress de la situación. El tumor puede provocar, de acuerdo a su localización, obstrucción mecánica del tubo digestivo, hipertensión endocraneana (vómitos), dolor, situaciones todas que alteran la alimentación. Por otra parte, el tratamiento radiante y la quimioterapia, provocan anorexia y síntomas que alteran la ingesta como mucositis, xerostomía, faringitis actínica, náuseas, vómitos, constipación, malestar, dolor, decaimiento y letargo.

Además, se debe tener en cuenta otros factores que intervienen en la génesis de la malnutrición como, la etapa evolutiva del niño (gasto energético por crecimiento); los cambios en la actividad física habitual del niño u adolescente; los efectos adversos del propio tratamiento; como así también los factores emocionales, todos ellos tienen implicancia en la alteración del balance energético.

El riesgo de desnutrición se presenta en patologías que deben ser tratadas con protocolos multimodales intensivos que combinan cirugía, esquemas de quimioterapia con diferentes drogas, transplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas y/o radioterapia. Como en el tumor de Wilms en sus estadios III y IV; Neuroblastomas en sus estadios III y IV; Rabdomiosarcomas pelvianos y para

meníngeos; tumores óseos (Ewing, Osteosarcoma); LMA en debut; LLA en menores de un año y en algunos Linfomas no Hodgkin.

Estudios descriptivos demuestran que las enfermeras que trabajan en planta no valoran correctamente la nutrición o la mala nutrición de sus pacientes. En la práctica existen numerosas guías clínicas así como registros para la valoración nutricional del paciente, sin embargo ninguna de estas herramientas está validada, es más, aún no se ha llegado a ningún consenso, en muchos casos existe un conflicto de roles entre los profesionales sanitarios.⁴¹

Enfermería en su accionar con el paciente oncohematológico pediátrico debe valorar el riesgo nutricional como:

- La pérdida de peso reciente o la falta de progresión de peso acorde a la edad.
- La aplicación de ciclos intensivos de quimioterapia.
- La existencia de infección severa actual o reciente.
- Enfermedad no controlada.
- Datos antropométricos y de laboratorio en el límite de lo normal.
- Valorar necesidades, intervenciones y criterios de resultados más adecuados.

El abordaje nutricional y el grado de hidratación en estos pacientes deben ser primordialmente, preventivo, basado en la temprana información a los padres o cuidadores en la importancia de consumir la cantidad necesaria de nutrientes y el control de los síntomas que contribuyen a deteriorar el estado nutricional. La importancia de estos signos de afectación viene dada por su repercusión en la calidad de vida del paciente y complicaciones potenciales por la pérdida de peso o

⁴¹ Fuente: N. Lorenzo García. “Recuperando evidencias en pacientes oncohematológicos (3ª parte): Valoración Nutricional, Náuseas y Vómitos”. Nure Investigación Nª 41. Julio-Agosto 2011.

deshidratación. La repercusión sistémica de la mucositis puede comprometer la hidratación y nutrición siendo necesario medidas de apoyo nutricional a través de alimentación enteral con fórmulas hipercalóricas y, excepcionalmente, alimentación parenteral.

La incorporación de la evaluación nutricional e hídricas del paciente y las intervenciones pertinentes, permiten promover el normal desarrollo y crecimiento físico, neurocognitivo y emocional del niño, disminuir el número de infecciones, como así también minimizar la morbimortalidad. Todas estas intervenciones, garantizan una mejora en la calidad de la atención de estos pacientes especiales por las características innata del proceso que padecen.

El tratamiento oncológico, en los niños se ha visto favorecido por los nuevos fármacos antineoplásicos, sin embargo, las frecuentes venopunciones deterioran de forma muy importante el acceso vascular periférico. La extravasación accidental, la inflamación de tejidos blandos ocasionan al niño sufrimiento.

La prevalencia de infecciones relacionadas con el uso de catéteres de larga permanencia se relaciona con:

- El tipo de catéter
- La edad del paciente
- Y su inmunocompromiso.

Un catéter venoso central (CVC), es un tubo biocompatible o instrumento de acceso vascular hecho de un material flexible insertado dentro de una gran vena del sistema vascular y cuya punta llega hasta la vena cava superior, justo antes de la entrada a la aurícula derecha. Esta ubicación es la ideal ya que disminuye el número

de complicaciones mecánicas, otorga mayor seguridad al medir PVC y disminuye la incidencia de arritmias.⁴²

El uso de catéteres de larga permanencia produce grandes beneficios para los pacientes que reciben tratamientos quimioterápicos, nutrición parenteral, soporte anti infeccioso (antibióticos, antivíricos, antifúngicos) o transfusional (hemoderivados), debido a que se precisan accesos venosos resistentes a la agresividad química de estos fármacos. Siendo, los catéteres venosos de larga permanencia los más frecuentemente usados en pacientes oncológicos.

De acuerdo al tipo de catéter y a la técnica de colocación los podemos dividir en:

- *Catéteres venosos centrales de corta permanencia:*

Los cuales son rígidos, con mayor posibilidad de provocar trombosis, poseen memoria de acodamiento y no es conveniente su permanencia en el organismo por más de un mes. Es utilizado con más frecuencia en unidades de cuidado intensivos, ya que por su número de luces permite llevar a cabo varios tratamientos a través de un solo sitio de acceso venoso.

- *Catéteres venosos centrales de larga permanencia:*

- *Catéteres implantables tipo Port-a Cath:*

Indicados en niños mayores de un año, en pacientes que deben recibir quimioterapia intensa y/o prolongada, o en niños con dificultades de los accesos venosos. Dichos dispositivos no alteran la imagen corporal del paciente y poseen un menor índice de infección y accidentes al contar con un reservorio de base rígida y una membrana superior de silicona, cuya característica fundamental es el cierre inmediato luego de ser retirada la aguja; este reservorio está unido a un catéter que posee una porción subcutánea y otra intravascular.

⁴² Fuente: Lic. Celano C. & Lic. Estrada S. "Manual de Enfermería Oncológica". Módulo II, pág. 37.

Por su composición de titanio y epoxy garantiza un uso seguro, una mayor comodidad del paciente por su biocompatibilidad, su forma y su peso reducido. Su septum autosellante de caucho de silicona permite más de 3.000 punciones con agujas de punta tipo Huber sin que se produzcan pérdidas. Estos catéteres suelen habilitarse 48 hs después de su colocación, ya que es el tiempo mínimo considerado para que los hematomas y edemas producidos por el acto quirúrgico sean reabsorbidos.

- *Catéteres semiimplantables tipo Broviac o Hickman:*

Indicados en niños menores de un año que deben recibir quimioterapia, o con leucemia mieloblástica aguda en inducción, también en quimioterapia intensa con alto riesgo de pancitopenia severa y en niños que serán sometidos a trasplante de médula ósea. Ofreciendo el dispositivo la posibilidad de contar con una o más vías centrales cuando el paciente se encuentra en situación crítica, al tolerar grandes volúmenes de líquido, transfusiones y extracción de sangre. Sin embargo, así como ofrecen beneficio a sus portadores, también aumentan el riesgo de bacteriemia.

Las complicaciones secundarias al uso de catéteres de larga permanencia pueden deberse a múltiples factores que inciden en la presencia o no de complicaciones, pero los más influyentes son la experiencia del médico, del servicio de enfermería y el seguimiento de estrictos protocolos de manejo. A las complicaciones asociadas al tipo de catéter se las puede separar primero en complicaciones mecánicas inmediatas (neumotórax, hemotórax, punción arterial, hemorragia, mala posición del catéter) y segundo, en complicaciones mecánicas tardías; asociadas a la permanencia del catéter (trombosis, obstrucción). Por último, en complicaciones infecciosas (bacteriemia asociada al catéter, sepsis asociada al catéter, flebitis, celulitis en la zona del sitio de salida, infección del túnel, reservorio o zona del bolsillo).

Los pacientes oncohematológicos ingresados en hospital precisan de forma prácticamente unánime de cateterizaciones venosas tanto periféricas como

centrales. Estos pacientes inmunodeprimidos están expuestos a múltiples procesos infecciosos, entre los cuales la colonización del catéter venoso y el posterior desarrollo de bacteriemia relacionada con catéter son frecuente. Los microorganismo más frecuentemente implicados son los cocos gram +, pero en pacientes con ingresos prolongados también se implican gram- y hongos. Existe un elevado número de intervenciones que han demostrado eficacia para prevenir la colonización e infección del catéter venoso.⁴³

Los cuidados al paciente pediátrico post-implantación del catéter a su llegada de quirófano, serán una serie de intervenciones dependientes e independientes de enfermería a cargo. En su accionar diario deberá; monitorizar al niño, mantener la cama a 30° durante las primeras seis hora si lo tolera el paciente, vigilar posibles sangrados en la zona de inserción y hematomas en el túnel subcutáneo, si esto ocurre, colocar apósito compresivo y frío local. Mediante técnica aséptica realizar curación estéril de la zona de inserción a las veinticuatro horas de la implantación o antes si el apósito se despegó, está mojado o sucio y cubrir la herida quirúrgica con apósito transparente de poliuretano (tergadem). Si el reservorio no viene habilitado de quirófano hacerlo a las 48-72 horas, cuando haya disminuido la inflamación, comprobar si refluye sangre aspirando con jeringa de 5 o 10 cc y heparinizarlo.

La misión de enfermería estará orientada a:

- Verificar siempre la permeabilidad del catéter.
- Mejorar la eficiencia y eficacia de los cuidados, lo cual se verá reflejado en una reducción de las tasas de infección.

⁴³ **Fuente: Sánchez Martínez.** “Recuperando evidencias en Pacientes Oncohematológicos (2ª parte): Infección por Catéter Venoso y Úlceras por Presión”. Nure Investigación Nª 39. Marzo-Abril. 2009.

- Realizar la curación al paciente, la cual está normatizada, y a la que todo el plantel de enfermería debe cumplir y hacer cumplir en mejora del cuidado de paciente oncohematológico pediátrico y del ejercicio profesional.
- Educar al paciente que tiene a su cuidado, por eso es imprescindible informarle a éste acerca de los signos y síntomas que pueden presentarse, preguntarle qué dudas tiene y reafirmar aquellos conceptos importantes para su cuidado.

Durante la valoración continua de enfermería al paciente en su estadía hospitalaria, se observará y se estará atento al reconocimiento de signos y síntomas de complicaciones. Dolor que refiere a la palpación, enrojecimiento en la zona de incisión, inflamación en el sitio de salida o túnel, exudado si es purulento, episodios de escalofríos e hipotensión tras irrigación del catéter, fiebre persistente y hemocultivos positivos tomados del catéter.

Los cuidados de enfermería para prevenir la oclusión será el fijar correctamente el catéter para que no se acode, mantener una vía exclusiva para el paso de nutrición parenteral, evitando así, contaminar otras vías de uso exclusivo para soluciones y transfusiones.

Cada vez que se cure al paciente debemos estar alertas ante un aumento de tamaño, ya sea del brazo, edema en el cuello y hombro, dolor, fiebre o catéter sin retorno. Dichos cuidados nos ayudarán a prevenir otra posible complicación, como la trombosis.

La lesión por extravasación es una de las complicaciones más frecuente. Las medidas de prevención a tener en cuenta por el equipo de enfermería serán la de conocer los fármacos vesicantes antes de su administración.

Es de vital importancia su identificación:

- Cisplatino
- Vinblastina
- Vincristina
- Mitoxantrona
- Idarrubicina
- Doxorubicina

Todo manejo de las entradas, conexiones y equipos que se encuentren en contacto con el catéter venoso central, así como, la preparación y paso de medicamentos deben ser realizados con técnica estéril. Restituyéndolos periódicamente, lo cual disminuye la incidencia de colonización por lo que es aconsejable cambiarse cada 72 horas. Además, los sistemas de infusión de nutrición parenteral total y de perfusiones de alto contenido lipídico (propofol), se cambiarán cada veinticuatro horas.

El personal de enfermería debe extremar las medidas de asepsia, utilizando mecanismos de barrera como mascarillas, guantes estériles y batas estériles; ya que la contaminación de un catéter venoso central y la proliferación en su luz o fuera de ella pueden ir desde una infección localizada en el vaso que ocupa el catéter, hasta la sepsis por diseminación de la infección a nivel sistémico.

La trascendencia del papel de enfermería en relación con las infecciones intrahospitalarias relacionadas a catéter radica, en su directa responsabilidad en el cuidado de los mismos, los resultados serán óptimos si se dispone con personal con un código de ética inalterable.

El personal de enfermería que presta sus servicios a pacientes oncohematológicos pediátricos tiene que estar capacitados para manejar cualquier tipo de catéteres. Y al planificar los cuidados de enfermería tendrán en cuenta la educación dirigida al paciente, las medidas preventivas, reconocer signos y síntomas tempranos de complicaciones y de proporcionar los cuidados adecuados si ocurren complicaciones.

APARTADO 2

LA ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA ONCOLÓGICA.

2.1. Rol de Enfermería en Pediatría Oncológica.

El Consejo Internacional de Enfermeras ha señalado que; “Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento”.⁴⁴

Al llevar a cabo dichas actividades, las enfermeras/os ayudan a individuos, familia y comunidad a colaborar en la recuperación de la salud o, proporcionar apoyo en enfermedades incurables.

La enfermería oncológica ha ido evolucionando con el tiempo, en la actualidad la enfermera/o debe creer en el valor del equipo de salud al cual pertenece y en su propia capacidad de planificar, de prever complicaciones y de actuar según requiera la situación.

Las competencias específicas para la enfermería oncológica implican asumir un marco de referencia y valores propios, cuyos fundamentos están ligados a una manera concreta de ver a la persona, la salud, el equilibrio con su entorno y el cuidado. El paciente se convierte entonces, en el auténtico protagonista en torno al cual giran todas las intervenciones.

En la actualidad, el cáncer infantil es considerado una enfermedad emergente del presente y del futuro, por lo cual debe dársele la importancia debida a través de la educación a la población, a la familia, a los trabajadores de la salud e insistir con el diagnóstico precoz, ya que el tratamiento de los estadios avanzados genera un alto costo social y económico.

⁴⁴ Fuente: Lic. Marta Valero. “Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería”. Cátedra de Deontología. Módulo V: Marco ético-legal del ejercicio de la enfermería. Año 2013.

El papel de enfermería en la atención integral del niño con cáncer es fundamental, y requerirá de su participación durante las distintas fases del tratamiento. Ello le permitirá al profesional conocer los riesgos condicionados por la enfermedad, localización y tratamiento aplicado y poder establecer las medidas de prevención de los posibles efectos secundarios. Hasta la curación del niño o su acompañamiento en sus últimos momentos, brindándole los cuidados paliativos correspondientes.

“El significado de <<ser enfermera>> es una reflexión obligada para quien va a hacer de ello su vida. No se trata de una labor más, sino de una dedicación profesional que implica a la persona y que influirá en la vida de otras personas: los pacientes que estén a su cuidado. Por eso es importante, es una obligación moral, pensar sobre la responsabilidad profesional que implica y sobre el sentido profundo de la enfermería. A ello cabe añadir que la formación en contenidos, actitudes y habilidades en el campo de la ética constituye también un importante bagaje que les será útil para poder llevar a cabo su labor con calidad”.⁴⁵

Con el fin último de una práctica enfermera homogénea, basada en la evidencia, en la que la humanización del cuidado y la personalización de la atención; respetan la dignidad trascendente de la persona humana hasta su fin natural.

2.2. Relación Paciente – Familia – Enfermera.

El cáncer infantil es considerado una enfermedad familiar, el cual necesita de un equipo multidisciplinar que lleve a cabo el tratamiento adecuado a cada paciente oncohematológico pediátrico. Donde enfermería tiene un importante papel dentro del equipo de salud, sobre todo con lo relacionado a la información suministrada al paciente, familia o cuidador. El ser responsable de brindar una atención holística

⁴⁵ Fuente: **Lydia Feito Grande**. “Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado”. Capítulo I: Pensar la Enfermería. pág. 17.

integral, mirada desde todo el concepto del cuidado y de tener la capacidad cognitiva para conectarse con el paciente y todo su entorno familiar y social.

Cuando enferma uno de los niños, los padres suelen sufrir una gran ansiedad. Pueden sentirse culpables de ser responsables en cierta forma de la enfermedad del niño. Con frecuencia se sienten desolados, y su ansiedad y sentimientos de desamparo pueden manifestarse por hostilidad y críticas hacia quienes cuidan al niño.⁴⁶

La hospitalización infantil es un acontecimiento estresante, que conlleva alteraciones en el ámbito físico y psíquico del menor. Para aliviar la tensión emocional que la hospitalización acarrea a los niños y a los padres, es que deben ser abordados y contenidos por enfermería. Brindándole así, al niño o adolescente un ambiente lo más relajado y familiar posible.

Todo internamiento hospitalario produce un desajuste en el medio familiar del individuo. Este desajuste se incrementa cuando el paciente es un niño. Es necesario que el ambiente que rodea al niño sea equilibrado y sirva de estímulo y ayuda para su curación. La familia, por tanto, no puede permanecer alejada, sino que constituye una pieza clave en el proceso curativo.⁴⁷

Al considerar la situación de hospitalización desde un modelo biopsicosocial, en que se considera la enfermedad física en conjunto con variables psicológicas y sociales, las intervenciones se han extendido también a la familia, al equipo de salud y a las instituciones que acogen al niño o adolescente enfermo.

Lo que el niño percibe ante la experiencia de la hospitalización no es tanto el significado de la hospitalización en sí como sus consecuencias. La hospitalización

⁴⁶ Fuente: **Beverly Du Gas**. "Tratado de Enfermería". Unidad 1: Cuidados de la salud y práctica de la enfermería: Percepción de la salud. pág. 29.

⁴⁷ Fuente: **Aguilar Cordero M.J.** "Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos". Capítulos5: Hospitalización infantil. pág. 90, 91,92. Año 2003.

puede significar separación, movilidad reducida, dependencia obligada y ambientes desconocidos con la consiguiente pérdida del control sobre la situación y el aumento de la tensión y el dolor.⁴⁸

Entre los factores relacionados con la hospitalización, se encuentran los factores personales. Cada etapa del desarrollo provee distintas herramientas, habilidades, preocupaciones y necesidades; y son estas las que influirán en la forma como los niños reaccionen a la hospitalización.

Los desarrollos cognoscitivos y psicosocial en la infancia están bien descritos por Piaget y Erikson. Ambos enfatizan la importancia de los sucesos externos sociales y ambientales que influyen en el curso del desarrollo. Para superar cada etapa del desarrollo, el niño debe vencer una serie progresiva de tareas o retos, a través de las interacciones con su entorno.⁴⁹

Por un lado, el desarrollo cognoscitivo le permite al niño entender de diferentes maneras la situación vivida y mostrar variadas preocupaciones en relación a ésta. El desarrollo socio emocional por otro lado, posibilitará grados de resiliencia frente al proceso de hospitalización.

La Organización de las Naciones Unidas ha definido la familia como el << grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos>>⁵⁰

Pero, la concepción de la familia va más allá de la definición tradicional y fenomenológica, para trasladarla al contexto social y comunitario donde se encuentra inmerso el grupo familiar.

^{48; 49} Fuente: **Aguilar Cordero M.J.** "Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos". Capítulos5: Hospitalización infantil. pág. 90, 91,92. Año 2003.

⁵⁰ Fuente: **Luis de la Revilla.** "Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar". Capítulo 2: Qué es la familia. Páginas. 7, 8. Ediciones Doyma S.A. Año 1994.

Borsotti formula que << sólo es posible dar cuenta de las condiciones de existencia y de transformación de una unidad familiar cuando se especifica el marco social en que existe dicha unidad y se establecen las conexiones de sentido entre familia y sociedad>>. ⁵¹

La familia es quizás la organización institucional más marcada por los atravesamientos institucionales. Si bien constituye una institución en sí misma, en tanto es un cuerpo normativo, jurídico, cultural, que vehiculiza valores, costumbres, leyes, reglas que determinan formas de producción y reproducción social, en su materialización como organización institucional está atravesada por múltiples instituciones, tales como: la sexualidad, el matrimonio, el trabajo, la propiedad, la justicia, la salud, la educación, etc. ⁵²

Las ausencias frecuentes del domicilio familiar del niño enfermo, y sobre todo de la madre durante las hospitalizaciones, afectan a todos los componentes de la familia, otros hijos y la pareja. ⁵³

En este sentido, la familia como institución se contempla como un subsistema social abierto en constante interacción con el medio, donde existen factores de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad. La familia se adaptará a las situaciones de crisis dependiendo de su propia historia y de los recursos que cuenta para afrontarla. Los padres suelen expresar frente a la enfermedad oncológica sentimientos de angustia, abandono, negación, incertidumbre y desorientación. Implica en mayor o menor medida un proceso de duelo en ellos por la pérdida de un niño sano, acompañado de una enorme perturbación física y emocional que es difícil de sobrellevar. De igual manera, los

⁵¹ **Fuente:** Luis de la Revilla. “Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar”. Capítulo 2: Qué es la familia. Páginas. 7, 8. Ediciones Doyma S.A. Año 1994.

⁵² **Fuente:** Lic. Eloísa de Jong. “La Familia en los Albores del Nuevo Milenio”. Capítulo 1: Trabajo social, familia e intervención. Páginas 26,27. Cátedra de Enfermería Comunitaria. Año 2013.

⁵³ **Fuente:** Pilar González. “Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias”. Nure Investigación N° 16. Junio 2005.

efectos secundarios de la quimioterapia, como náuseas, vómitos y alopecia provocan un fuerte impacto en el paciente y familia.

“El respeto a los principios éticos es imprescindible para realizar exitosamente cualquier trabajo con la familia, por lo que se recomienda tener en cuenta los aspectos siguientes:

- *Consentimiento Informado a la Familia*; lo que supone explicación inicial del tipo de actividad que se va a realizar, sus objetivos y características de su desarrollo.
- *Principio de Beneficencia*; toda acción que se realice sobre la familia debe tener implícito su mejoramiento.
- *Garantía de confidencialidad de la información manejada*; tanto para fuera de la familia como para su interior.
- *La no transgresión a la ética de la familia*; respeto a sus ideas, creencias, cultos y prácticas religiosas.
- *Otorgar a cada miembro de la familia el mismo valor y hacerlos partícipes de la atención*”.⁵⁴

El ingreso al ámbito hospitalario produce un cambio radical en la vida familiar. La preocupación se centra en el niño enfermo y la familia se estructura con las posibilidades de visitas.

Al pasar mucho tiempo con los pacientes los cuidados enfermeros también son elegidos con sumo cuidado, puesto que tanto física como psicológicamente tienen una connotación especial. Sabemos que van a pasar por un periodo difícil en el cual sacaran todas sus fuerzas para enfrentar las adversidades. Contaran con el apoyo de todo el equipo de salud y otros profesionales, así como también nosotros necesitaremos la colaboración de todo el grupo familiar, para que juntos podamos trabajar en el tratamiento.

⁵⁴ Fuente: Isabel Louro Bernal & otros. “Manual para la Intervención en la Salud Familiar”. Capítulo I: Familia. Página 11. Cátedra de Enfermería Comunitaria. Año 2013.

2.3. Enfermería junto al Adolescente con Cáncer.

En el ciclo vital de la familia están presentes las crisis transitorias o evolutivas, que conllevan cambios en los roles y en la dinámica familiar. La llegada de los hijos a la etapa de la adolescencia y sus necesidades de seguridad y a la vez de independencia, se caracteriza como una crisis transitoria, que si es adecuadamente conducida tiene un resultado final positivo.

La adolescencia se define, como el período del desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta.⁵⁵

Aproximadamente a los once años el niño se convierte en un adolescente, originándose en él cambios biológicos y psicológicos importantes. Estos cambios son claramente percibidos causando desconcierto e incluso temor, por ser una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es difícil establecer límites cronológicos para este período, en el cual se consideran dos fases. La adolescencia temprana entre los diez y catorce años; esta etapa se caracteriza por un crecimiento y desarrollo somático acelerado, torpeza motora, conflictos con padres y maestros y cambios bruscos en su conducta y emotividad. Y la adolescencia tardía entre los quince y diecinueve años; en esta fase el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se produce un marcado desarrollo cognitivo, lo que le permite tener una perspectiva temporal, y preocuparse más por el futuro. Al mismo tiempo, es un momento crucial para la consolidación y afirmación de su identidad, de su autonomía o de su integración en el grupo de iguales.

La experiencia de vida de un paciente pediátrico enfermo influye en cómo él entiende su enfermedad, ve su mundo y evalúa las distintas opciones terapéuticas.

⁵⁵ **Fuente:** Diccionario de Medicina. “Océano Mosby”. Versión en español traducida y adaptada de la 4ª edición de la obra original en inglés. Página 25.

En la adolescencia ya se poseen los mecanismos personales e intelectuales que permiten una mayor objetivación del dolor y de la enfermedad.

Los adolescentes oncológicos tienen necesidades particulares; necesitan ayuda para balancear su independencia y las exigencias que les impone su cuidado. En suma, a todos los desafíos de un adolescente normal, ellos deben sumarle el hecho de enfrentarse a terapias complicadas y dolorosas, importantes cambios en la apariencia física, frecuentes ausencias a la escuela, separación del grupo de amigos y aumento en la dependencia de los padres vivida como pérdida de libertad. Así como es habitual que experimenten ambivalencia y enojo hacia miembros de la familia y profesionales de la salud.

Todo buen profesional debe ser, a su modo, un humanista. En el ejercicio profesional se presentan situaciones conflictivas que, junto a una formación profunda y un conocimiento del hombre acorde con su naturaleza espiritual y trascendente, demandan una actitud de servicio empática.⁵⁶

Se van a enfrentar los adolescentes a muchos retos y momentos de crisis, como escuchar el diagnóstico, asimilar los cambios y enfrentarse a tratamientos. Lo cual implica cada fase tareas específicas de adaptación. Es importante que el personal de enfermería a cargo del paciente proporcione información adecuada a lo largo de su enfermedad, incidiendo así, en la colaboración de los procedimientos terapéuticos, reduciendo la ansiedad asociada a los mismos, favoreciendo la comunicación intrafamiliar y previniendo posibles desajustes emocionales en el adolescente, derivados de una información imprecisa, ambigua o distorsionada. El impacto ante esta enfermedad, puede ser más devastador durante la adolescencia que a cualquier otra edad.

Como cada joven es un individuo único dentro de su entorno, se debe trabajar

⁵⁶ Fuente: M. Angélica Piwonka de A. & col. "Saber bien para hacer bien". Página 426. Cátedra de Deontología. Año 2013.

con él de forma personal. Lo primero será establecer una relación de cierta empatía, respetando sus conductas y sus silencios.

Las intervenciones de enfermería deben guiarse sobre la base de sus fuerzas y debilidades individuales, apropiadas al estadio de su enfermedad.

Los principios éticos relacionados con la salud del adolescente cobran cada vez mayor interés, por lo que deben formar parte del saber y saber hacer de los profesionales de enfermería que están vinculados a la atención del paciente oncohematológico pediátrico.

2.4. Comunicación con el Niño, Adolescente y Familia.

El ser humano es un ser en relación y para poder hacerlo eficazmente necesita comunicarse.

La comunicación es un proceso por el cual un individuo comparte algo de sí mismo, como sus ideas, opiniones, sentimientos, valores y metas; esto le ayuda a ser más humano, más sociable y estar en mayor contacto con la realidad. La comunicación es una fuente de crecimiento, es una de las relaciones sociales más importantes y uno de los pilares fundamentales en nuestra tarea cotidiana, está presente tanto en la relación con los pacientes y sus familias como con el resto de los miembros del equipo de salud.⁵⁷

Las personas, generalmente viven en el sistema familiar, por lo tanto, el impacto de los acontecimientos vitales y especialmente aquellos que tienen que ver con la

⁵⁷ **Fuente:** "Manual de Enfermería Oncológica". Módulo II: Comunicación con el paciente y la familia. Página 56

pérdida de la salud, afectarán no sólo al individuo que lo padece sino también a todo su grupo familiar.⁵⁸

El niño enfermo, en todas las edades, hará regresiones normales que significan un retorno a aquella unión simbiótica del momento del nacimiento, una unión protectora, y en estos casos, necesaria para atravesar el sufrimiento.

Las madres demandan más información específica para ellas durante el proceso de enfermedad de su hijo.⁵⁹

En la atención de enfermería a niños y adolescentes con enfermedades que amenazan su vida, comunicarse constituye un pilar fundamental durante todas las etapas de la enfermedad; evitando por todos los medios de correr el riesgo de sobre informar en vez de comunicar.

Los hermanos de un niño o adolescente con cáncer pueden tener muchos sentimientos y respuestas diferentes.

Pueden sentirse “olvidados” al percibir que los padres atienden preferentemente al hermano enfermo, surgiendo en ellos cambios conductuales, trastornos escolares y miedo a la muerte. Independientemente de la edad, sentirán un cambio en la vida familiar.

El impacto de la enfermedad también repercute en los abuelos, su inclusión en la dinámica familiar permite también darles a los otros niños la atención, el consuelo y el amor que necesitan. Incorporándolos además, como elemento activo en el proceso de curación del niño hospitalizado. Estrechando así, la relación entre el personal de enfermería, el menor y la familia.

⁵⁸ Fuente: **Roca Roger, M & col.** “Enfermería Comunitaria. Elementos e instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria”. Cátedra de Enfermería Comunitaria. Año 2013.

⁵⁹ Fuente: **Pilar González.** “Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias”. Nure Investigación N° 16. Junio 2005.

<<Es fundamental desarrollar en nuestra relación con los pacientes las tres C:

- Comunicación.
- Confianza.
- Comprensión.

En este proceso comunicacional debemos ejercer dos virtudes:

- La prudencia.
- La esperanza, articuladas armónicamente>>. ⁶⁰

A través de la comunicación, nos permite ayudar al paciente y familia a que puedan reconocer sus propias necesidades, miedos, dudas, esperanzas y expectativas.

La comunicación terapéutica es definida como el proceso por el que la enfermera influye conscientemente sobre un paciente o le ayuda a una mejor comprensión, basándose en la comunicación verbal o no verbal. ⁶¹

La terminología que la enfermera aprende para comunicarse con eficacia con otros profesionales de salud no suelen comprenderla los pacientes. ⁶²

El personal de enfermería debe señalar claramente su accionar con el paciente utilizando un lenguaje claro, comunicando los horarios de procedimientos a los que se someterá el paciente, como así también, los horarios de juegos y visitas. Anticiparle al niño, adolescente o familiar de los procedimientos y cambios que se efectuarán. La información que se entregue debe ser consistente con la que se les dé a los padres, considerando las características evolutivas de la enfermedad.

La comunicación configura un elemento eficaz de los cuidados de enfermería,

⁶⁰ Fuente: Maglio, Francisco. "La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía". Cátedra de Deontología. Páginas 76, 77. Año 2013.

⁶¹ Fuente: Diccionario de Medicina. "Océano Mosby". Versión en español traducida y adaptada de la 4ª edición de la obra original en inglés. Página 288.

⁶² Fuente: Beverly Witter Du Gas. "Tratado de Enfermería". Unidad 2: El proceso de enfermería: Técnicas de comunicación. Pág. 125.

este instrumento bien utilizado refuerza la relación entre la enfermera, paciente y familia.

2.5. Derechos del Paciente Pediátrico Hospitalizado.

El recurso humano de profesionales de enfermería está formado para acompañar a las familias en sus etapas de crecimiento, de cambios, con conflictos y desafíos, pero también de oportunidades. Con una mirada amplia que abarca no sólo las problemáticas de salud sino también los determinantes sociales, ambientales y culturales en el que viven niños y adolescentes.

La asistencia personalizada al niño es muy reciente ya que data del siglo XIX. Diversos han sido los instrumentos internacionales de derecho que lo han regulado tales como:

- *La Declaración de Ginebra o de los Derechos de los Niños*, proclamada por la Unión Internacional del Socorro a los Niños en 1.923.

- *La Declaración de los Derechos del Niño*, aprobada por la O.N.U. en 1.959.

En ella se proclaman los diez derechos fundamentales del niño hospitalizado, en donde los principios cuarto y quinto, se refieren a la necesidad de que el niño hospitalizado reciba los “cuidados adecuados” y los “cuidados especiales” necesarios en su particular situación.

- *El Informe Platt*, en 1.959.

El cual hace mención sobre condiciones de vida infantiles en los hospitales, donde se ofrecen cincuenta y cinco recomendaciones para mejorar la calidad asistencial en los hospitales y se permite que los padres acompañen a sus hijos internados.

En el año 1.986, el Diario Oficial de la Comunidades Europeas publicó una resolución sobre la Carta Europea de los niños hospitalizados, en la que se proclaman 23 derechos, entre los cuales destacan los relativos a la limitación del ingreso a los casos imprescindibles, recibir información sobre la enfermedad, respeto a la privacidad, rechazo a ser objeto de tratamientos o procedimientos con fines no terapéuticos, derecho a continuar en la medida de lo posible con las actividades propias de su edad, recibir apoyo de los familiares o de otras personas de su entorno y recibir todos los cuidados necesarios.⁶³

La Comisión de Hospitales de la Comunidad Económica Europea presentó en 1.987 unas recomendaciones prácticas para padres, cuidadores, autoridades hospitalarias y personal sanitario, con el objeto de aumentar el bienestar del niño hospitalizado y reducir su ansiedad, cumpliendo los derechos establecidos en la Carta.⁶⁴

Agregándose de esta manera a la anterior Carta, los derechos relativos al alojamiento de la familia en tanto que el niño está enfermo y la asistencia anímica a la misma. Como así también, la continuidad en la atención asegurada por el equipo de profesionales de la salud.

En 1.987, el INSALUD publicó el Plan de Humanización Hospitalaria. Su puesta en marcha se ajusta al modelo de la Carta Europea sobre los niños hospitalizados. Este plan surge como respuesta a un claro imperativo social: cubrir las necesidades del paciente hospitalizado más allá del aspecto puramente asistencial. El mencionado plan se configuró sobre 16 puntos básicos, uno de los cuales establece: “Favorecer la unión madre-hijo.”⁶⁵

Cuyo objetivo es implementar estrategias para hacer más confortable la estancia, ya que muchos de ellos pasarán mucho tiempo ingresados y para los que

⁶³; ⁶⁴; ⁶⁵ Fuente: **Aguilar Cordero, M.J.** “Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos”. Cap. 5: Hospitalización Infantil. Página 90. Año 2003.

el hospital debe ser un lugar agradable, permitiéndoles en la medida de lo posible que los niños y adolescente puedan seguir con sus actividades escolares y otorgándoles un espacio para la recreación lúdica, a pesar de la nueva situación de enfermedad que deben aceptar.

En cuanto a la Argentina, se promulga y sanciona con fuerza de ley el 16 de octubre de 1.990 la Convención sobre los Derechos del Niño ley 23.849.

Dicha ley cuenta con 54 artículos en los que se establecen los derechos del niño enfermo, y que junto a protocolos de menor rango legislativo han contribuido a la concientización sobre la importancia y las necesidades existentes en el sector de infancia, niñez y adolescencia.

Haciendo especial mención al Decálogo del Recién Nacido, Doctor Ramón Carrillo, Ministerio de Salud Pública de la Nación, 1950 y el Decálogo del Niño Enfermo, Comité de Ética del Hospital Humberto Notti en 1991.

Definimos a la bioética como, el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, examinada a la luz de lo moral. El objetivo de la bioética es el “actuar humano dentro del ámbito de la salud”.⁶⁶

Humanizar tiene connotaciones de cercanía, humanidad o de afabilidad, así como de subjetividad. Humanizar la atención en el ámbito hospitalario requiere destacar aspectos tan importantes como es el adoptar un enfoque centrado en el binomio paciente-familia. Lo que suele requerir de un cambio de actitud de los profesionales de enfermería.

Al orientar nuestros servicios sanitarios hacia la persona, se reconoce que las inquietudes y preferencias del paciente y familia también son válidas e importantes.

⁶⁶ Fuente: “Manual de Enfermería Oncológica”. Módulo III. Página 70.

El grado de satisfacción va a estar relacionado con las expectativas de los pacientes y sus familias. Estos; evaluarán la calidad de los cuidados a través de atributos considerados dimensiones humanas, como la empatía, la confianza, o la comunicación. Asimismo, enfermería posee las habilidades y conocimientos especializados para ayudar a la familia a tomar decisiones informadas, garantizando su seguridad y manteniendo de esta manera, la calidad técnica.

La bioética pretende ofrecer un marco de análisis, una pauta para la reflexión y un procedimiento de toma de decisiones. Se trata de una disciplina que tiene dos vertientes bien diferenciadas: la articulación de procesos de deliberación y decisión; y la reflexión teórica sobre ciertos interrogantes éticos abiertos por las ciencias de la vida y de la salud.⁶⁷

El movimiento jurídico y social que suscitó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se ha visto plasmada cuando la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPEN), elaboró y publicó el Código de Ética al que actualmente nuestra Federación Argentina de Enfermería adhiere conjuntamente, al del Consejo Internacional de Enfermería (CIE).

Impulsando positivamente las definiciones éticas, como son la práctica del consentimiento informado, protección, orientación y deberes con la familia. Respetando de esta manera, la relación entre los principios de autonomía y beneficencia.

Lo cual nos implica como actores y promotores de la salud, una obligación y deber moral del profesional de enfermería, el ejercicio, en el marco del cumplimiento dentro de estos principios establecidos.

⁶⁷ **Fuente:** “Problemas Éticos en las Profesiones Sanitarias: La respuesta bioética”. Cátedra de Deontología. Capítulo III. Páginas 72,73. Año 2013.

APARTADO 3

HOSPITAL PEDIÁTRICO “DR. HUMBERTO J. NOTTI”.

3.1. Reseña Histórica.

El primer antecedente de lo que es hoy el Hospital Pediátrico Dr. Humberto J. Notti, se remonta al Hospital Provincial. Éste nace por la inquietud generada por las altas tasas de mortalidad debidas a las epidemias que asolaron a nuestra provincia a fines del siglo XIX. Se construye (1.897) en terrenos fiscales al norte del camino al Challao.

El Hospital crece con el tiempo, para 1910 posee 204 camas. En 1930 se habilitan dos salas para atención de niños exclusivamente, siendo únicas en la provincia para este efecto. En esta fecha se le impone el nombre de Emilio Civit, quien fuera uno de sus más importantes propulsores.

En 1939 se crea la Escuela Hospitalaria Silvestre Peña y Lillo, dando instrucción a los niños internados. Actualmente sigue cumpliendo esta función en nuestro hospital.

Como respuesta a múltiples gestiones de distintos sectores de la comunidad, el 26 de diciembre de 1978 el Gobierno Provincial emite una resolución suscripta conjuntamente por los Ministros de Obras y Servicios Públicos y de Bienestar Social, en la cual se creó una comisión interministerial encargada de la elaboración del programa médico – arquitectónico para la realización del anteproyecto del futuro hospital.

El 21 de marzo de 1980 en el obrador, se firma el acta de iniciación de la construcción.

El 4 de agosto de 1991, Día del Niño, fue oficialmente inaugurado la primera etapa del Hospital.

En una propuesta sustentada por muchos sectores y grupos mendocinos se solicita que el Hospital lleve el nombre del destacado pediatra mendocino y ferviente impulsor de su construcción.

En setiembre de 1991 la ley que así lo dispone es sancionada por ambas Cámaras.

Se realiza un homenaje y se le entrega una plaqueta recordatoria al Dr. Humberto Notti, el 12 de mayo de 1992, quien fallece poco después.

Sobre un terreno de 36.100 metros cuadrados aproximadamente, con frente a la Avenida Bandera de Los Andes y Lateral Norte de la Av. de Acceso Este entre las calles Sarmiento e Hilario Cuadros del Departamento de Guaymallén se emplaza el edificio de 28.859 metros cuadrados que jerarquiza a la Provincia y la proyecta, en el área de la salud, al primer nivel del interior del País.

3.2. Misión.

Garantizar a la comunidad acciones sanitarias de excelencia, sustentadas en su capacidad asistencial, de docencia e investigación y de gestión, en los más altos niveles de calidad y mejora continuas, destinados a la población pediátrica.

3.3. Visión.

Posicionar al Hospital Humberto Notti como un centro modelo de tercer nivel, orientado a proporcionar salud y bienestar a la población infanto juvenil, desplegando territorialmente su ámbito de influencia.

3.4. Fortalezas.

- ✓ Buena adaptación del equipo de enfermeros entre sí, con superiores y ante la atención al paciente.
- ✓ Interés y motivación por aprender.
- ✓ Contención, cuidado y vigilia permanente de un familiar con el paciente evitando así la separación prolongada de la familia con su hijo.
- ✓ Permanente rotación de camas de internación a través del programa de Hospital de Día.
- ✓ Experiencia y antigüedad de la mayor cantidad del personal del servicio.

3.5. Oportunidades.

- ✓ Capacitación permanente en salud.
- ✓ Humanización de la atención al niño oncológico en la unidad de internación.
- ✓ Capacitación hacia el familiar sobre el manejo del niño, favoreciendo el alta precoz.
- ✓ Abordaje interdisciplinario con una mirada desde diferentes disciplinas, enfocando no solo el binomio madre-hijo, sino también su familia, su entorno y su contexto socio-cultural.

3.6. Servicio de Oncohematología Pediátrica.

Desde el año 1991, en que se inaugura la primer etapa del Hospital Dr. Humberto Notti, los pacientes oncohematológicos eran internados en distintas áreas del hospital, donde recibían su tratamiento clínico por parte de enfermería clínica y su tratamiento quimioterapico estaba a cargo de una sola enfermera especializada en el área que trabajaba solo de lunes a viernes, donde era encargada de preparar citostaticos y administrarlos.

En el año 1992, se incorpora una nueva enfermera que asiste en la tarea de administrar citostaticos.

En el año 1996, se crea la Brigada de Oncohematología constituida por 10 enfermeros que brindaban atención durante los turnos mañana, tarde y noche, las 24 horas del día, los 365 días del año, aunque todavía sin espacio propio para la atención de los pacientes.

Se crea un proyecto para atender pacientes en un solo sector exclusivo de internación de Oncohematología, el cual da como resultado en el 2005, donde se le otorga lugar físico en el Servicio de Internación Permanente 5 (SIP5), con 5 habitaciones, 12 unidades. Los pacientes quedaban a cargo de médicos clínicos del SIP 5, y con una Jefa de Unidad de Enfermería, Lic. Elba Baez, quien se encuentra a cargo hasta la actualidad.

Recién en el 2003, la quimioterapia comenzó a ser preparada por personal de farmacia, del CEME.

3.7. Misión del Servicio.

Garantizar la seguridad en el manejo de medicamentos para el cáncer pediátrico en beneficio del paciente y por la seguridad del personal de salud.

3.8. Visión del Servicio.

El manejo de los medicamentos se realiza de forma segura, cubre los estándares nacionales e internacionales, se han certificado y acreditado los procesos y garantizado la inocuidad y calidad del medicamento, el uso racional y la seguridad del personal.

3.9. Filosofía del Servicio.

El ejercicio de la profesión se basa en valores éticos, estéticos y sociales: honestidad, veracidad, responsabilidad, justicia, autoestima, afecto, amabilidad, disciplina, colaboración, compromiso, creatividad, dinamismo, discreción, disposición, ecuanimidad, iniciativa, lealtad, observación, paciencia, percepción, pulcritud, reflexión, servicio, solidaridad, bondad, y conducta; los cuales se constituyen en atributos de una formación, y personalidad de una enfermera profesional.

Proporcionar cuidado integral de Enfermería de la más alta calidad, sin distinción de raza, credo, posición social, cultural y económica.

La responsabilidad es un deber, hacer bien el trabajo y cumplir con lo asignado, cumplir funciones con elevado espíritu de responsabilidad, y mantener el secreto profesional.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio se realizará previa autorización, mediante una carta de presentación dirigida a la Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Pediátrico “Dr. Humberto J. Notti”. Coordinando con las Enfermeras Jefes de cada turno para la recolección de los datos, mediante la aplicación del instrumento.

Se prevee que el personal cumplimentará el llenado del cuestionario en un tiempo previsto para el mismo de 30 minutos. Dichos cuestionarios serán aplicados durante los turnos laborales del personal enfermero. Matutino, de 7:00 a 14:00 hs. Vespertino, de 14:00 a 21:00 hs. Nocturno, de 21:00 a 7:00 hs.; considerando todo el mes de agosto del corriente año, para la recolección de la data.

TIPO DE ESTUDIO.

La investigación se realiza dentro de la modalidad de campo porque; la información fue obtenida en forma directa de la población de estudio.

El presente estudio empleado en esta investigación es cuantitativo, de tipo descriptivo y de cohorte transversal.

- Descriptivo porque; se describen e identifican las características más relevantes de las variables que se pretenden estudiar.
- Cuantitativo porque; nos permite una vez obtenido los datos, otorgarle a los mismos un valor numérico para su medición.
- Cohorte transversal porque; se indagan y analizan variables, en una población determinada, en un momento dado y en un lugar determinado.

ÁREA DE ESTUDIO.

Este estudio se efectúa en el Hospital Pediátrico “Dr. Humberto J. Notti”, ubicado en calle Bandera de los Andes 2603, en la localidad de San José, departamento de Guaymallén, provincia de Mendoza.

POBLACIÓN.

El universo de investigación serán los 131 enfermeros que trabajan en los Servicios de Internación Pediátrica (SIP I, II, III, IV, V) del Hospital Pediátrico “Dr. Humberto J. Notti”, que representan el 100% de la población.

MUESTRA.

Se toma una muestra representativa del 76 % del universo, que corresponde a un total de 100 enfermeros/as que trabajan en los Servicio de Clínica Médica, del Hospital Pediátrico “Dr. Humberto J. Notti”.

UNIDAD DE ANÁLISIS.

Cada uno de los 100 enfermeros/as de los Servicios de Clínica Médica del Hospital Pediátrico “Dr. Humberto J. Notti”.

Criterio de inclusión: Todo el personal de enfermería que se encuentra actualmente desempeñando tareas en los servicios.

Criterio de exclusión: Personal que se encuentra con parte médico, vacaciones o licencia por maternidad.

VARIABLES EN ESTUDIO.

Independientes: Son variables que explican, condicionan o determinan la presencia de otras (dependientes) en la relación.

Esta relación entre variables, es la que se pretende corroborar en la prueba de hipótesis.

Dependientes: Son las variables cuya variación en una relación, es explicada por, o se da en función de la variable independiente.

Identificación de las variables: Variable dependiente (conocimiento enfermero).
Variable independiente (cuidados de enfermería).

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable Teórica (General)	Variable Intermedia (Dimensiones)	Variable Empírica (Indicadores)	Codificación							
Características De Enfermeros	Características Personales	Edad	20 a 24	25 a 29	30 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	Más de 60
		Sexo	Femenino				Masculino			
		Nivel Educativo	Licenciado en Enfermería			Enfermero Profesional			Auxiliar	
	Características Laborales	Antigüedad Laboral	Menos de 5 años	5 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 30	Más de 30	
		Horas de Servicio	40 horas				36 horas			
		Desempeño en otro ámbito	Atención domiciliaria particular							
			Atención a pacientes con internación domiciliaria							
	Atención en centros de jubilados									
	Cuidado nocturno de enfermos									
	No realiza trabajos									

Variable Teórica (General)	Variable Intermedia (Dimensiones)	Variable Empírica (Indicadores)	Codificación			
Conocimiento de Tratamientos y Cuidados en niños oncológicos	Prevención de Síndrome de Lisis Tumoral	Control de Signos Vitales	Temperatura			
			Tensión arterial			
			Frecuencia cardiaca			
			Frecuencia respiratoria			
			Control de peso			
			Control de hematuria			
			Control de pH y densidad de orina			
			Balance de ingresos y egresos estricto			
	Cuidados de Enfermería	Manipulación de catéter implantable	SI	NO	No contesta	
		Técnica de habilitación/deshabilitación de catéter implantable	Algodón		Jeringas	
			Gasas estériles		Agujas 25/8	
			Plancha estéril		Polyport	
			Guantes de látex		Set guía	
			Guantes estériles		Cinta adhesiva	
Alcohol 70%			Tergadem			
Clorhexidina acuosa 2%		Agua destilada (ampolla)				
Clorhexidina con alcohol		Solución fisiológica (ampolla)				

Conocimientos de Tratamientos y Cuidados en niños oncológicos	Cuidados de Enfermería	Complicaciones más frecuentes	Barbijos	Heparina	
			Síndrome Febril		
			Neutropenia Febril		
			Efecto colaterales de la Quimioterapia		
			Infecciones (respiratorias/urinarias)		
			Tratamiento prolongado		
	No contesta				
	Medidas de prevención y de bioseguridad	Paciente Neutropénico Febril	Aislamiento		
			Uso de barbijo		
			Atención rápida		
			Observación de signos de sangrado o infección		
			Contención al niño y familia		
			No contesta		
		Reacción alérgica por citostáticos	Avisar al médico de guardia		
Suspender medicamento					
Colocación de oxígeno					
Administración de medicamentos					
Control de signos vitales					
Llamar al servicio de oncología (enfermería)					
No contesta					

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para realizar el presente estudio, se utiliza una encuesta personal con preguntas cerradas y abiertas de carácter anónimo, por ser una herramienta que puede aportar datos, respuestas claras y concisas sobre el grupo en investigación en un periodo de tiempo determinado.

INSTRUMENTOS.

El instrumento aplicado para la recolección de datos es una encuesta tipo cuestionario, la misma posee un estructura referida la primera parte a información personal y la segunda parte, a los conocimientos del personal de enfermería en cuanto a tratamientos y cuidados al paciente oncohematológico pediátrico.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

La fuente de recolección de datos es primaria en forma directa con el personal de enfermería.

Una vez finalizado el proceso de recolección de los datos, se procederá a codificar la información en una tabla matriz de datos. Utilizando para tal fin, el programa de computación Microsoft Office Excel. Se tabulará en una tabla de doble entrada con frecuencia absoluta y relativa, para cruzar los datos de la variable en estudio.

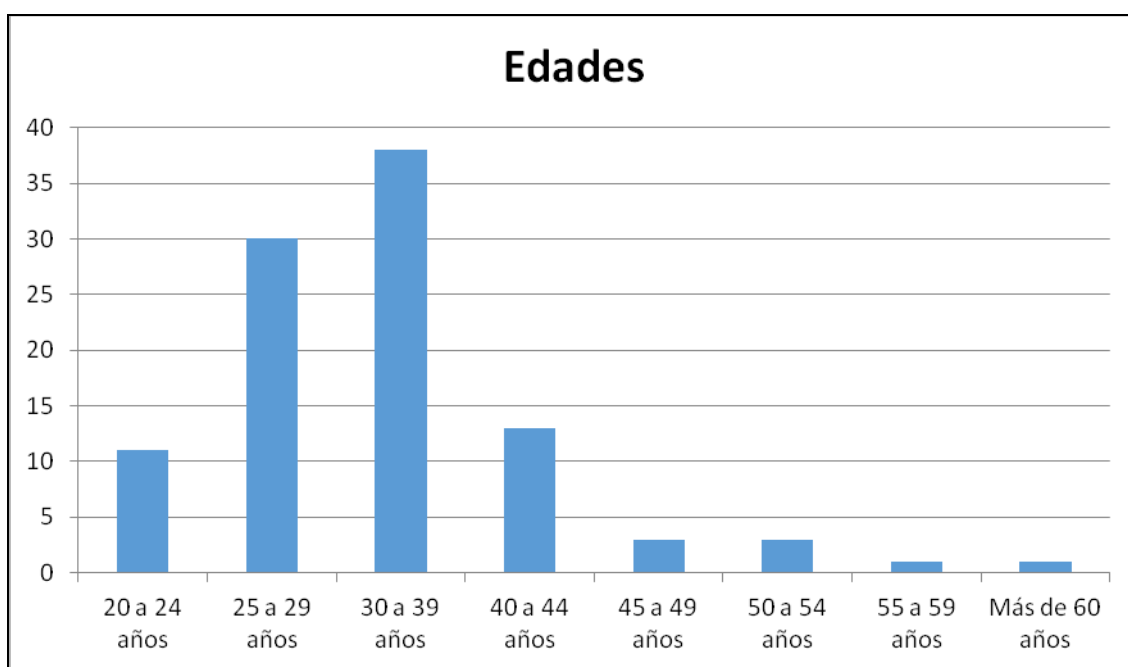
La información se presentará en gráficos de barras y sectores con el respectivo análisis e interpretación de cada variable.

ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Tabla N° 1: “Número de enfermeros en estudio, según edades”. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015”.

Edades	F.A.	F.R %	Sub. Total
20 a 24 años	11	11%	11
25 a 29 años	30	30%	41
30 a 39 años	38	38%	79
40 a 44 años	13	13%	92
45 a 49 años	3	3%	95
50 a 54 años	3	3%	98
55 a 59 años	1	1%	98
Más de 60 años	1	1%	100
Total	35	100%	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.

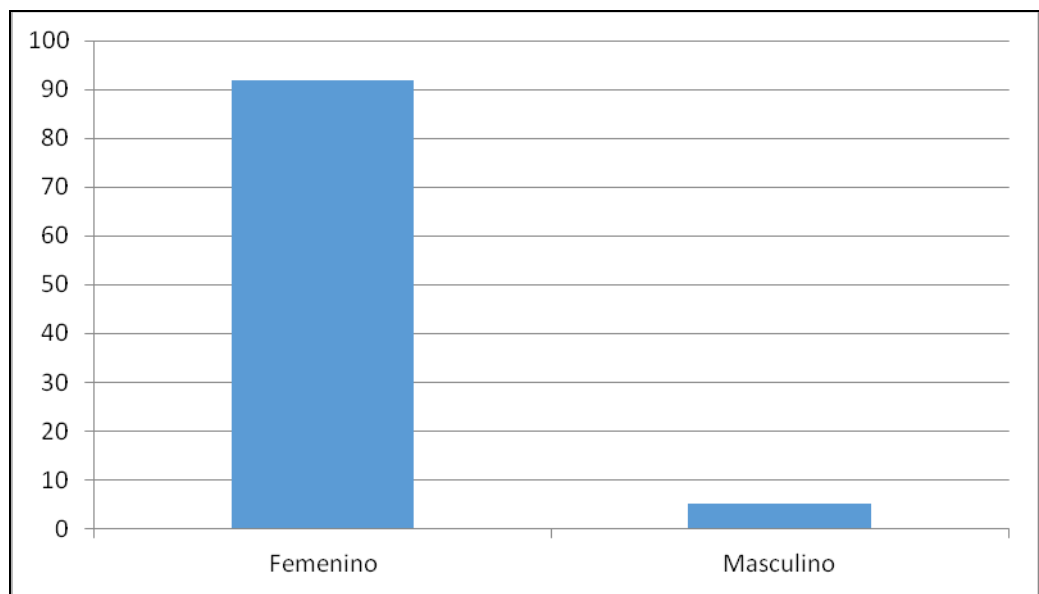


Análisis e interpretación: Se observa que la edad promedio del personal de enfermería del área clínica, oscila entre los 30-39 años, es decir el 38% del personal encuestado.

Tabla N° 2: “Personal de enfermeros en estudio, según sexo”. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015”.

Sexo del personal	F.A.	F.R.%	Sub. Total
Femenino	92	92%	92
Masculino	8	8%	100
Total	35	100%	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.

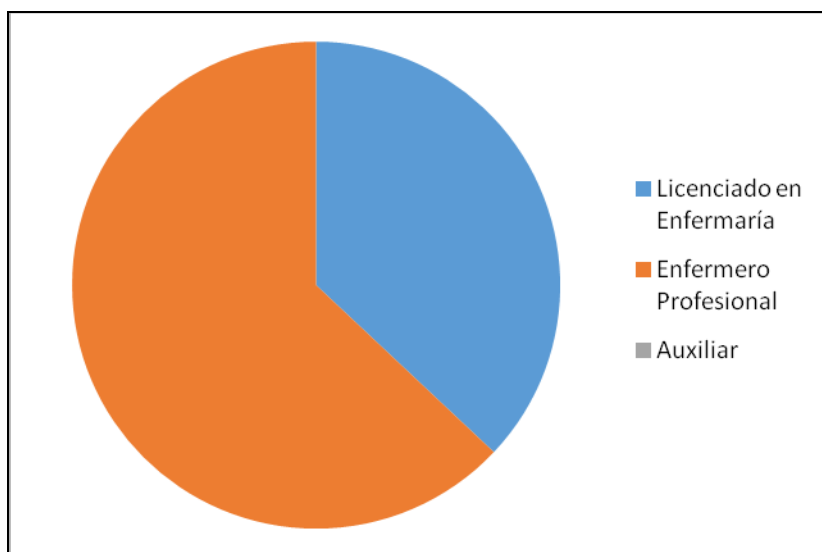


Análisis e interpretación: Se observa que el 92 % del personal de enfermería encuestado es de sexo femenino.

Tabla N° 3: “Nivel educacional de enfermeros en estudio, según formación”. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015”.

Nivel de formación	F.a.	F.r.%	Sub. Total
Licenciado en Enfermería	37	37%	37
Enfermero Profesional	63	63%	100
Auxiliar	0	0	100
Total	50	100%	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.

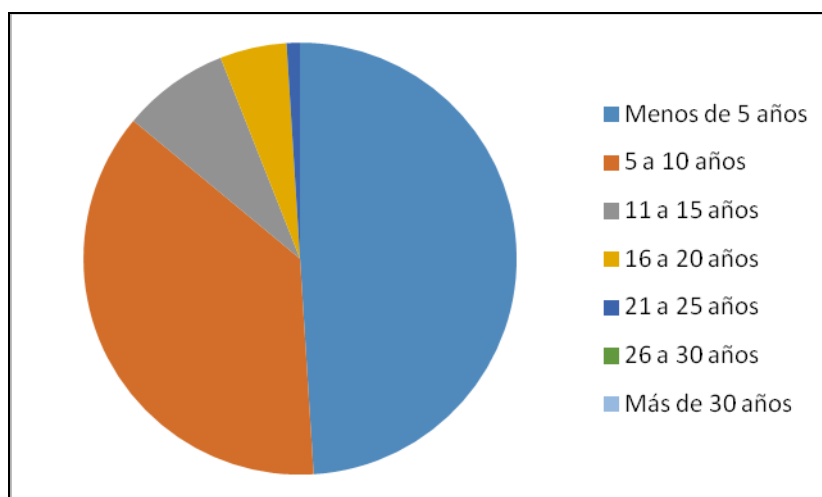


Análisis e interpretación: Se observa que la edad promedio del personal de enfermería del área clínica, oscila entre los 30-39 años, es decir el 38% del personal encuestado.

Tabla N° 4: “Desempeño laboral de enfermeros en estudio, según antigüedad”. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015”.

Antigüedad laboral	F.A.	F.R %	Sub. Total
Menos de 5 años	49	49%	49
5 a 10 años	37	37%	86
11 a 15 años	8	8%	94
16 a 20 años	5	5%	99
21 a 25 años	1	1%	100
26 a 30 años	0	0%	100
Más de 30 años	0	0%	100
Total	100	100%	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.



Análisis e interpretación: La mayor parte del personal de enfermería encuestado, es decir, el 49 % de los profesionales encuestados, tiene antigüedad de menor a 5 años, por lo que se puede deducir que tiene experiencia en manejo de todo tipo de paciente, incluyendo oncológicos.

Tabla N° 5: “Jornada laboral de enfermeros en estudio, según horas semanales”. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015”.

Horas laborales	F.A.	F.R %	Sub. Total
40 hs semanales	75	75%	75
36 hs semanales	25	25%	100
Total	100	100%	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.

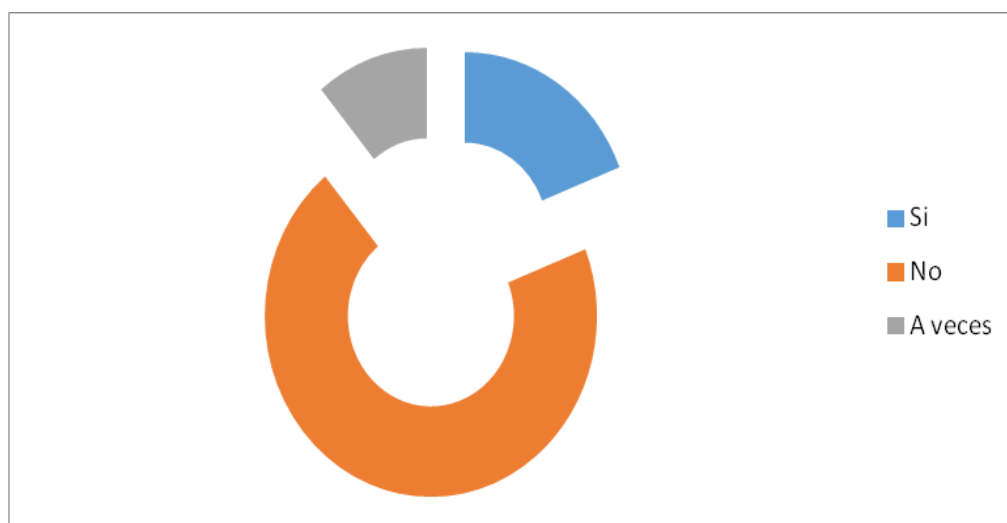


Análisis e interpretación: Al ser la mayor parte del personal encuestado Profesional de Enfermería, se observa que el 75% de la muestra trabaja 40 horas semanales. Vale aclarar que aunque en la Tabla n°3 se observa que el 37% de la población encuestada es Licenciado de Enfermería, todavía hay un pequeño porcentaje que no le reconocen el título en la institución.

Tabla Nº 6: “Funciones en más de una institución de enfermeros en estudio, según ámbito laboral”. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015”.

En otro ámbito laboral	F.A.	F.R %	Sub. Total
Si	19	19%	19
No	70	70%	89
A veces	11	11%	100
Total	100	100%	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.

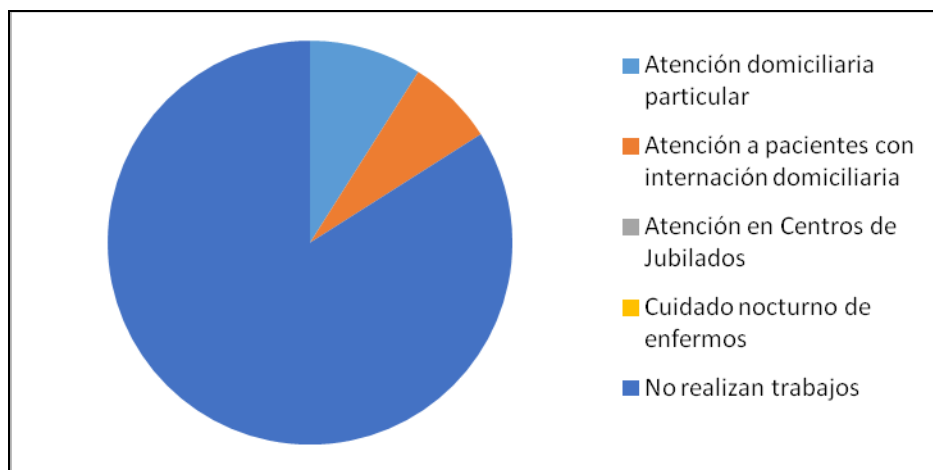


Análisis e interpretación: Solo el 19% de la población encuestada desempeña tareas en otro ámbito o institución, dicha característica puede influir en su desempeño laboral, ya que influyen el cansancio o agotamiento de cumplir ambas funciones y las exigencias de la vida cotidiana. El 70% de los profesionales encuestados no desempeña funciones en otro ámbito o institución. Y solo el 11% realiza tareas en un segundo trabajo en forma temporal.

Tabla N° 7: “Funciones en otra institución de enfermeros en estudio, según tipo de trabajo”. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015”.

Tipo de trabajo	F.A.	F.R %	Sub. Total
Atención domiciliaria particular	9	9%	9
Atención a pacientes con internación domiciliaria	7	7%	16
Atención en Centros de Jubilados	0	0%	16
Cuidado nocturno de enfermos	0	0%	16
No realizan trabajos	84	84%	100
Total	100	100%	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.

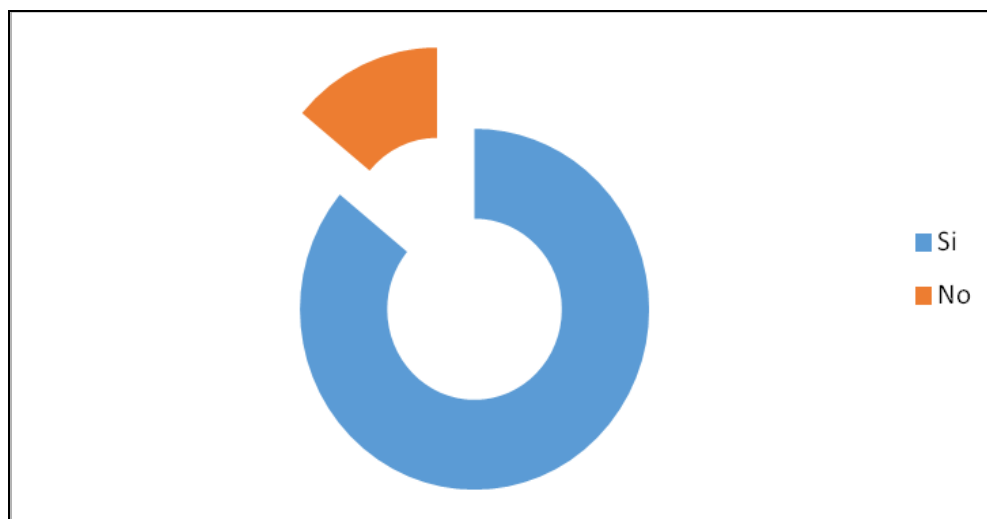


Análisis e interpretación: El 7% de los profesionales encuestados realiza atención domiciliaria particular y eventual, el 9% realiza atención a pacientes con internación domiciliaria y el 84% de los profesionales encuestados no realizan trabajos en un segundo ámbito. Y hay un porcentaje mínimo de personal de que realiza acciones pero en un ámbito no relacionado a salud.

Tabla N° 8: “Accionar de enfermeros en estudio, según cuidados de enfermería al paciente oncohematológico pediátrico”. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015”.

Cuidados de enfermería al paciente oncohematológico	F.a.	F.r%	Sub. Total
Si	86	86%	86
No	14	14%	100
Total	100	100%	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.

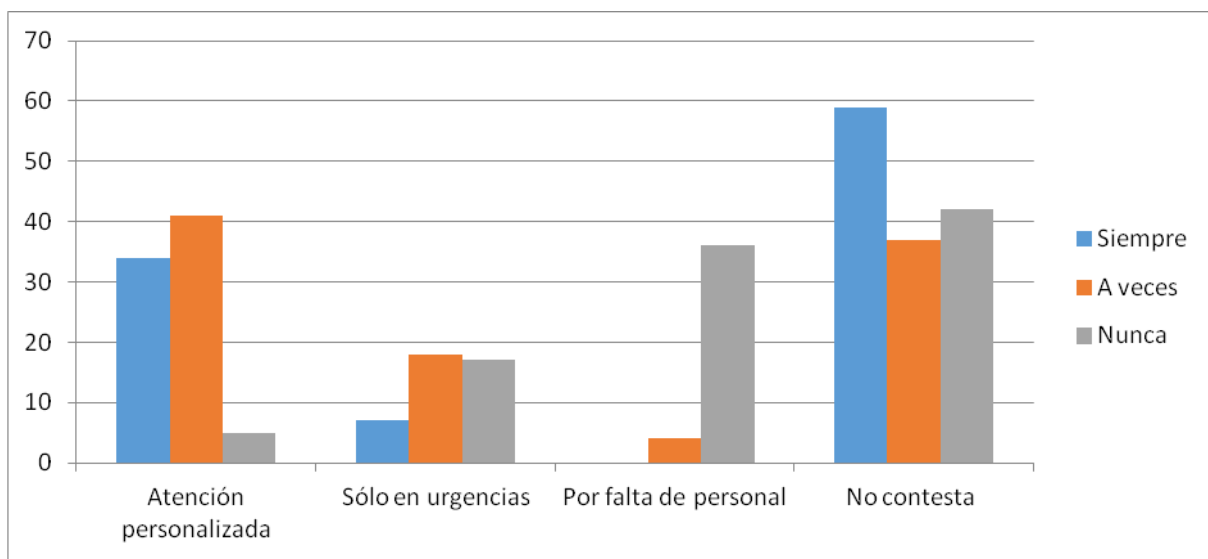


Análisis e interpretación: El 86% de la población encuestada ya ha desempeñado funciones por lo menos una vez a un paciente oncohematológico pediátrico, lo que es favorable ya que tienen conocimiento de la necesidad de un tratamiento rápido y oportuno. De lo demandante de los padres y pacientes oncohematológicos.

Tabla N° 9: “Atención de enfermeros en estudio, según tipo de acciones al paciente oncohematológico pediátrico”. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015”.

Tipo de acciones	Siempre			A veces			Nunca		
	F.A.	F.R. %	Sub. Total	F.A.	F.R. %	Sub. total	F.A.	F.R. %	Sub. Total
Atención personalizada	34	34%	34	41	41%	41	5	5%	5
Sólo en urgencias	7	7%	41	18	18%	59	17	17%	22
Por falta de personal	0	0%	41	4	4%	63	36	36%	58
No contesta	59	59%	100	37	37%	100	42	42%	100
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.



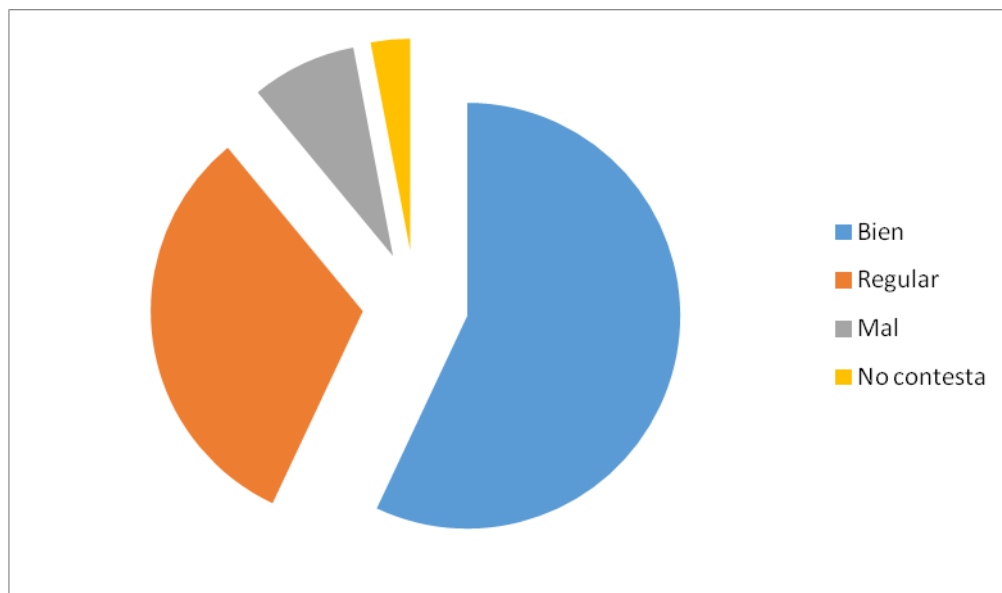
Análisis e interpretación: El 34% de la población encuestada ha desempeñado funciones directamente en paciente oncohematológicos. Lo que es favorable y saben la necesidad de consensuar criterios de atención. Descartando al personal que no ha contestado, que como puede verse en el gráfico, es la mayoría, podríamos atribuirlo a que no se expresó bien el punto a desarrollar.

Tabla N° 10: “Controles específicos de enfermeros en estudio, según prevención de Síndrome de Lisis Tumoral”. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015”.

Conclusión de punto 10 en cuanto a respuestas dadas por el personal de enfermería de clínica en cuanto a control de signos y síntomas durante el tratamiento de prevención síndrome de lisis tumoral.

Control de signos vitales	F.A.	F.R %	Sub. Total
Bien	57	57%	57
Regular	32	32%	89
Mal	8	8%	97
No contesta	3	3%	100
Total	100	100%	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.



Análisis e interpretación: El gráfico realizado es en relación a los controles necesarios y que deben realizarse en paciente hematológicos que cursan el tratamiento de prevención de síndrome de lisis tumoral, tratamiento primordial que

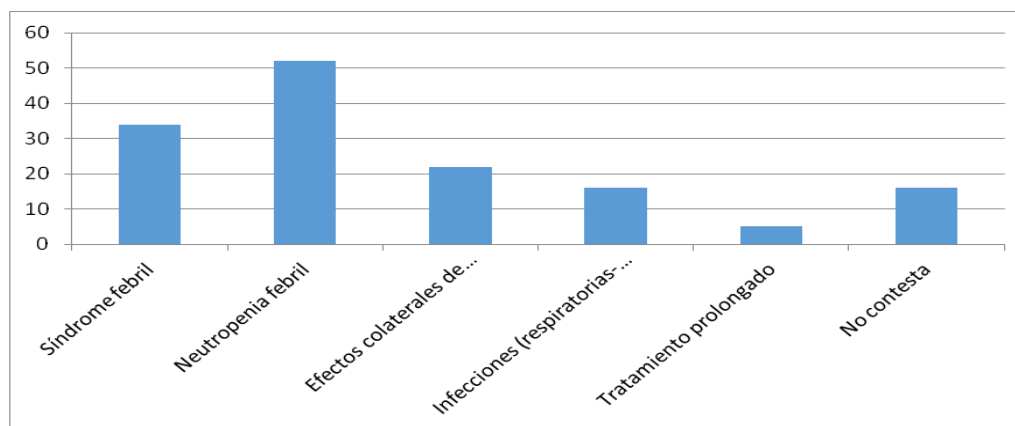
debe tener controles estrictos durante la primer etapa del tratamiento de leucemia linfoblástica, una de las más comunes y que se ven principalmente en la institución. Dicho gráfico está basado en las respuestas dadas por el personal de enfermería encuestado, clasificándolas por “bien”, “regular”, “mal” y “no contesta”.

Al realizar la conclusión de este punto, observamos que el 57% del personal de enfermería encuestado responde bien a lo referido a los controles realizados durante el tratamiento de prevención de lisis tumoral, pero se deja de lado la opción de control de hematuria que en realidad no se realiza durante dicho tratamiento, a menos que sea un control específico fundamentado por el médico. Es satisfactorio ver que la mayor parte de la población encuestada tiene idea o conocimiento de los controles necesarios durante dicho tratamiento, ya que estos deben ser efectuados por enfermería.

Tabla N° 11: ¿Cuáles son los motivos de reingresos más frecuentes en pacientes oncohematológicos? Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015”.

Motivos de reingreso	F.A.	F.R. %	Sub. Total
Síndrome febril	34	34%	34
Neutropenia febril	52	52%	52
Efectos colaterales de quimioterapia	22	22%	22
Infecciones (respiratorias-uritarias)	16	16%	16
Tratamiento prolongado	5	5%	5
No contesta	16	16%	16

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.

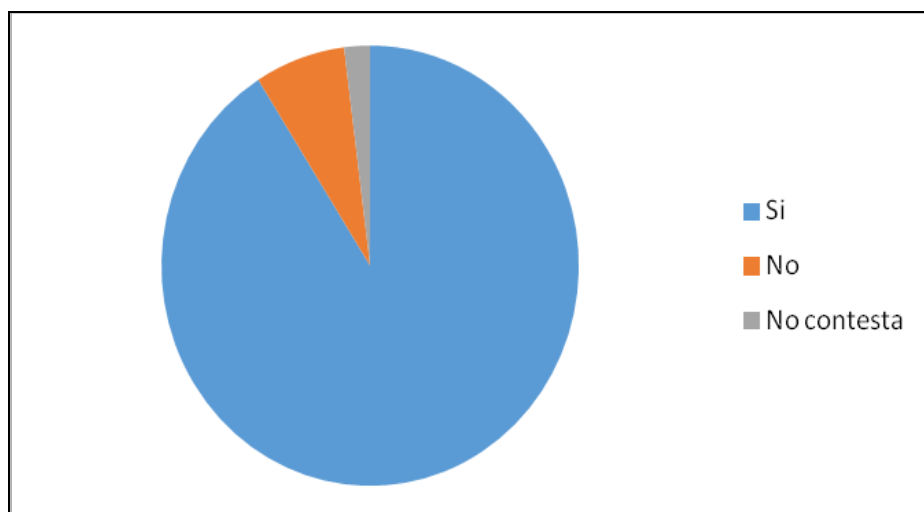


Análisis e interpretación: Si bien esta pregunta constaba de respuesta libre, vemos que en más del 52% del personal encuestado, coinciden en que los pacientes oncohematológicos reingresan principalmente por neutropenia febril y síndrome febril sin neutropenia, y en tercer lugar con el 22% coinciden en que reingresan al hospital por efectos colaterales del tratamiento quimioterápico, por ejemplo vómitos.

Tabla Nº 12: Ante un paciente con catéter implantable, ¿Usted, ha manipulado dicho dispositivo? Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015”.

Manipulación de catéter implantable	F.A.	F.R %	Sub. Total
Si	91	91%	91
No	7	7%	98
No contesta	2	2%	100
Total	100	100%	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.

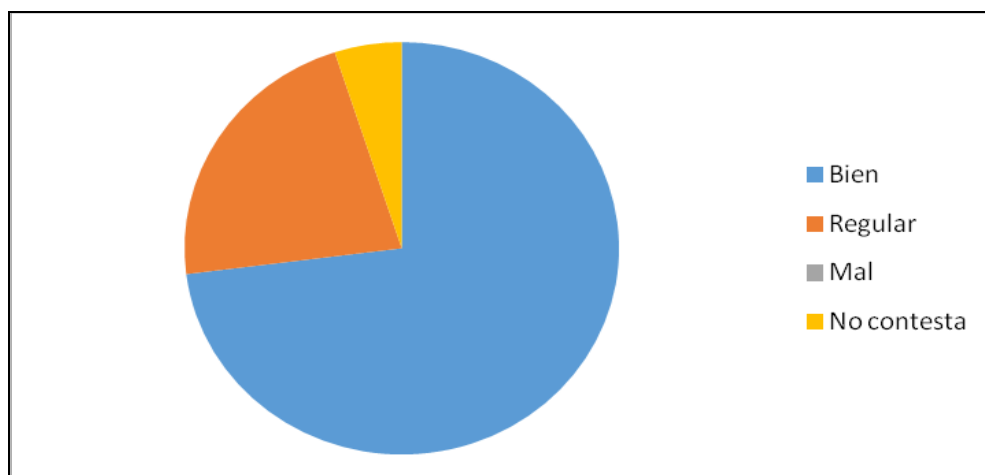


Análisis e interpretación: Este punto muestra que el 91% de los profesionales encuestados tiene experiencia en manejo y manipulación de catéter implantable. Punto favorable para nosotros y para los pacientes, ya que es una de las preocupaciones más frecuente en los padres cuando deben ingresar con sus niños al área de clínica médica pediátrica. Los profesionales saben de técnicas y riesgos en la mala manipulación.

Tabla N° 13: ¿Cuál es el material utilizado en la técnica de habilitación de catéter implantable? Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015.

Material utilizado en la habilitación de catéter implantable	F.A.	F.R %	Sub. Total
Bien	73	73%	73
Regular	22	22%	95
Mal	0	0%	95
No contesta	5	5%	100
Total	100	100%	

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el "Hospital Humberto J. Notti" en el año 2015.



Análisis e interpretación: Este punto constaba de una pregunta con respuesta de múltiple opción, donde el personal encuestado debía marcar todo aquel material que deben utilizar en la técnica de habilitación de catéter implantable, lo clasificamos según respuestas, en “bien”, “regular”, “mal” y “no contesta”. El 73% del personal encuestado, contesta bien la pregunta, aunque muy poco de los encuestados contesta de forma excelente. El 22% contesta en forma regular y solo un 5% decide no resolver el punto. Como se ve, la mayor parte del personal encuestado contesta de forma favorable sabiendo el material necesario para realizar una habilitación de catéter, que en momentos de urgencia resulta muy beneficioso.

Tabla Nº 14: ¿Cuál es el material utilizado en la técnica de deshabilitación de catéter implantable? Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015.

Material utilizado en la deshabilitación de catéter implantable	F.A.	F.R %	Sub. Total
Bien	43	43%	43
Regular	40	40%	83
Mal	4	4%	87
No contesta	13	13%	100
Total	100	100%	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el "Hospital Humberto J. Notti" en el año 2015.



Análisis e interpretación: Como en el ítem anterior, esta pregunta consta de respuesta de múltiple opción, dichas respuestas las clasificaremos en “bien”, “regular”, “mal” y “no contesta”. Como resultado el 43% responde “bien” a la pregunta realizada, el 40% contesta en forma “regular”, el 4% contesta “mal” y el

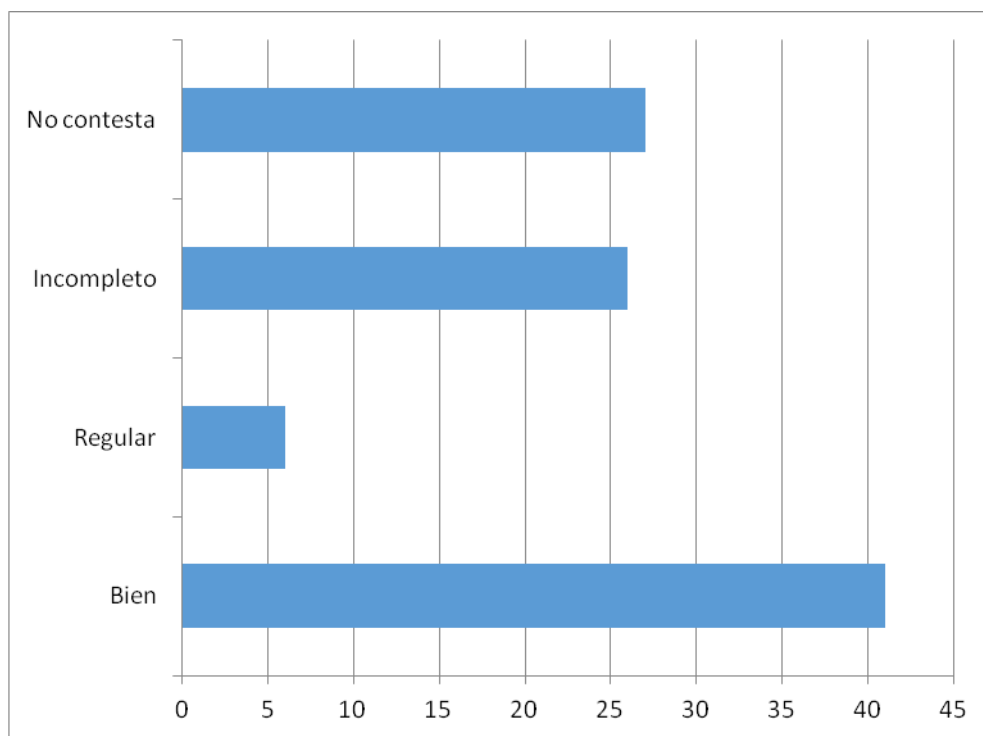
13% decide no contestar el punto. Se ve claramente una diferencia en porcentaje con respecto al punto anterior donde la mayoría del personal encuestado, un 73% respectivamente, contesta bien, dicha diferencia nos llama la atención, ya que saber deshabilitar un catéter implantable

es tan importante como habilitarlo, el no saber el material necesario para realizar dicha acción o no utilizar una técnica adecuada puede traer consecuencias graves como por ejemplo: una infección por no usar "técnica estéril" u "oclusión de catéter" por no realizar correctamente el sellado heparinico.

Tabla N° 15: Describa la secuencia de la técnica de habilitación de catéter implantable. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015.

Técnica de habilitación de catéter implantable	F.A.	F.R %	Sub. Total
Bien	41	41%	41
Regular	6	6%	47
Incompleto	26	26%	73
No contesta	27	27%	100
Total	100	100%	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el "Hospital Humberto J. Notti" en el año 2015.



Análisis e interpretación: Como en ítems anteriores, esta pregunta constaba de respuesta libre para que el profesional encuestado desarrolle en forma escrita la

manera de realizar la técnica de habilitación de catéter implantable. Clasificamos las respuestas en “bien”; “regular”, “incompleto” y “no contesta”. El 41% del personal encuestado contesta “bien” la pregunta, el 6% en forma “regular”, el 26% en forma “incompleta” y el 27% de los profesionales encuestados decide no desarrollar la respuesta. Lo que pudimos observar en las respuestas dadas por el personal encuestado, es poca colaboración en el desarrollo de la pregunta, las causas pueden ser múltiples, y debido a esto el análisis de las respuestas no es sumamente fehaciente. Lo positivo es que casi el 50% corresponde al personal que desarrolla bien la respuesta.

Tabla N° 16: ¿Qué consideraciones se deben tener ante el ingreso de un paciente neutropénico febril? Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015.

Paciente neutropénico febril		F.A.	F.R %	Sub. Total
Medidas de bioseguridad		63	63%	
	Aislamiento	49	49%	
	Uso de barbijo	38	38%	
Atención rápida		25	25%	
Observación de signos de sangrado o infección		10	10%	
Contención al niño y familia		8	8%	
No contesta		30	30%	

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el "Hospital Humberto J. Notti" en el año 2015.



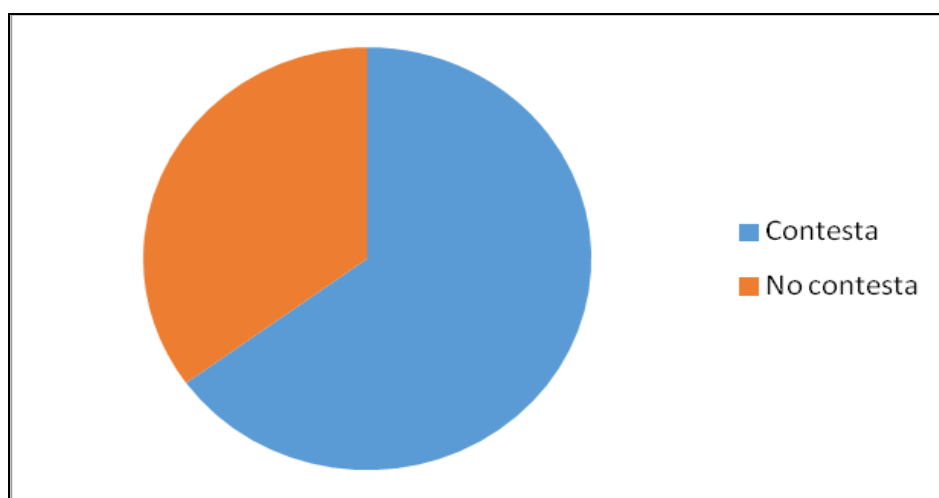
Análisis e interpretación: Esta pregunta constaba de respuesta libre a desarrollar, donde el personal encuestado debía hablar sobre las consideraciones a tener en cuenta al ingreso de un paciente neutropénico febril (una de las razones más frecuentes de reingreso de pacientes oncohematológicos), la mayor parte del personal encuestado, el 63%, considera que la bioseguridad es una de las prioridades al atender a los niños, resaltando aislamiento (49%) y uso de barbijo (38%) como lo más importante en relación con la bioseguridad. Y coinciden en menor manera que la atención rápida (25%), la observación de signos de infección (10%) y la contención a pacientes y padres (8%) se deben tener en cuenta en el reingreso de estos niños. El 30% de la población encuestada decide no contestar la pregunta.

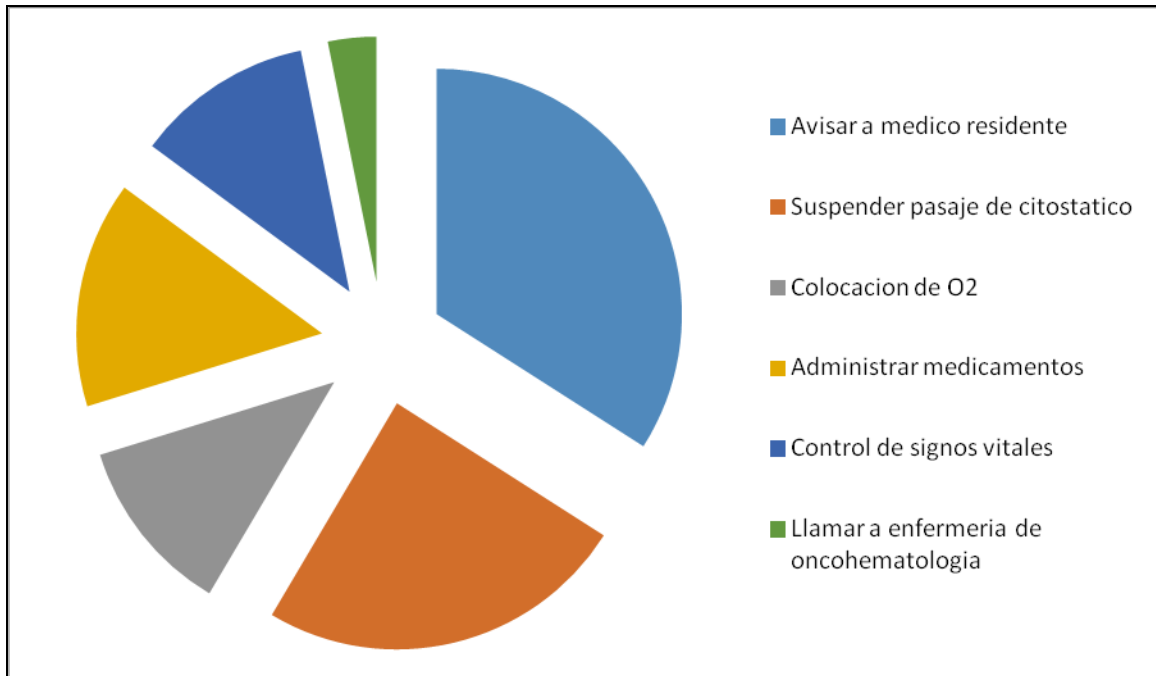
Tabla N° 17: En una eventual reacción alérgica de citostáticos. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015.

Reacción alérgica por citostáticos		F.A.	F.R %	Sub. Total
Contesta (*)		65	65%	65
	Avisar al médico de guardia	64	98%	64
	Suspender medicamento	46	70%	46
	Colocación Oxígeno	22	34%	22
	Administración de medicamentos	28	43%	28
	Control de signos vitales	22	34%	22
	Llamar al servicio de oncología (enfermería)	6	9%	6
No contesta		35	35%	35
Total		100	100	100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el "Hospital Humberto J. Notti" en el año 2015.

(*) Para realizar el correspondiente gráfico, se tomara como 100% al personal que ha respondido la pregunta que corresponde a 65 del total.





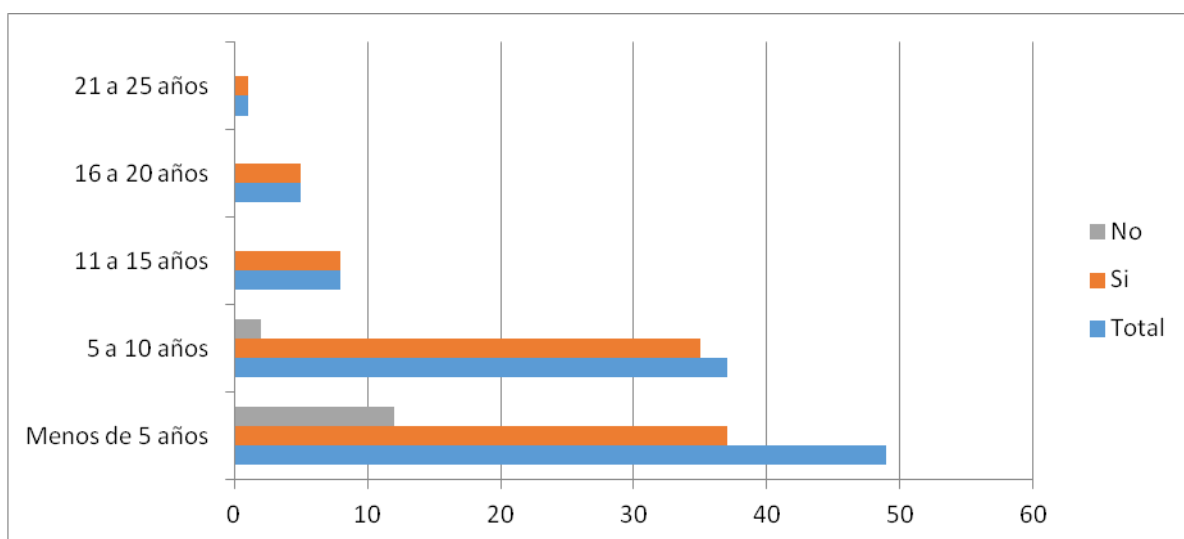
Análisis e interpretación: Por último, desarrollamos una pregunta en relación a reacción alérgica por citostáticos, donde el profesional encuestado debía describir su actuar en el momento. Consideraremos según la cantidad de personal que ha respondido, siendo el 65%, donde la mayor parte coinciden en sus respuestas de “avisar al médico de guardia” y “suspender el pasaje de medicación citostáticos” en un 64% y 46% correspondientemente. Y en menor manera coinciden en otras pautas como “colocación de O2” (22%), “administración de medicación” (28%), “control de signos vitales” (22%) y “llamar a enfermería de oncohematología” (6%). Son pautas importantes y todas son correctas, habría sido más satisfactorio que todo el personal encuestado coincidiera en sus respuestas, ya que los pacientes que reciben tratamiento quimioterápico pueden encontrarse internado en distintos servicios de internación de clínica médica. Y un 35% del personal encuestado, decide no desarrollar la pregunta.

Tabla Bivariada N° 18: Relación entre “Tiempo de desempeño de labor en el hospital Notti” y “Experiencia en atención de paciente oncohematológico”. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015.

Años de experiencia	Total		Respuesta: ¿Ha desempeñado funciones frente a paciente oncohematológico?			
			Si (*)		No (*)	
	Fa	Fr %	Fa	Fr%	Fa	Fr%
Menos de 5 años	49	49%	37	76%	12	24%
5 a 10 años	37	37%	35	94%	2	6%
11 a 15 años	8	8%	8	100%	0	0
16 a 20 años	5	5%	5	100%	0	0
21 a 25 años	1	1%	1	100%	0	0
26 a 30 años	0	0	0	0	0	0
Más de 30 años	0	0	0	0	0	0
Total	100		86		14	

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015.

(*) La frecuencia relativa porcentual (Fr%) la sacamos en relación a los años de experiencia.

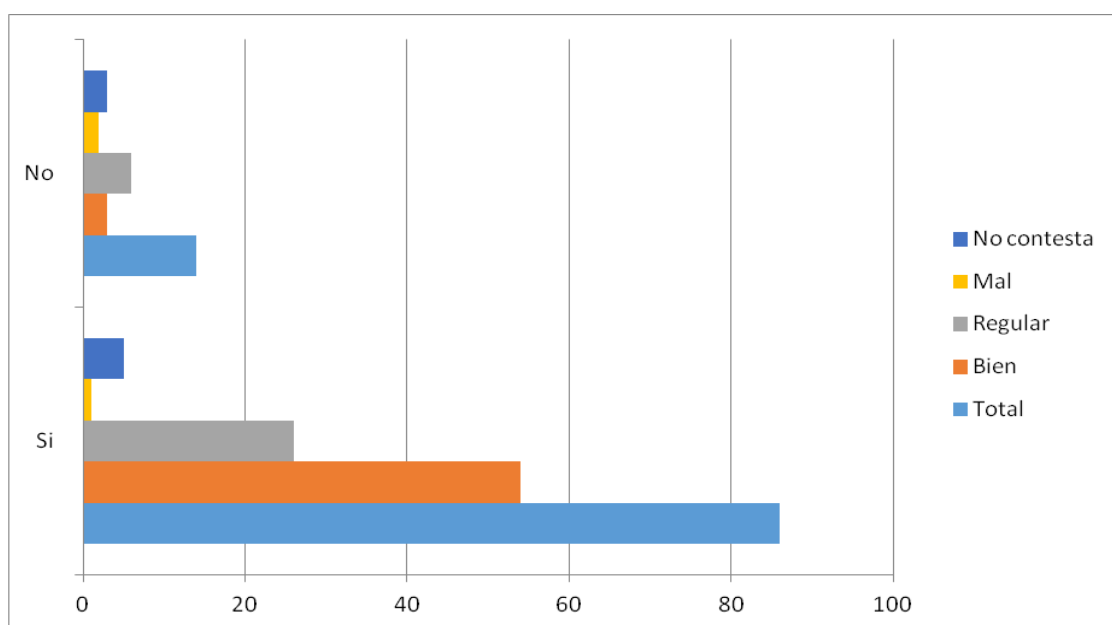


Análisis e interpretación. Como se observa claramente en el gráfico, el 49% del personal encuestado tiene una antigüedad de menos de 5 años, que a su vez las respuestas muestran que un 76% (es decir, 37 personas de las 49 que tienen una antigüedad de menos de 5 años) ha tenido experiencia en desempeñar funciones ante pacientes oncohematológicos pediátricos.

Tabla Bivariada N° 19: Relación entre “Experiencia en atención de paciente oncohematológico” y “Controles específicos de enfermeros en estudio, según prevención de Síndrome de Lisis Tumoral”. Hospital Humberto J. Notti. 2015.

Respuesta: ¿Ha desempeñado funciones frente a paciente oncohematológico ?	Total		Respuesta: “Controles específicos de enfermeros en estudio, según prevención de Síndrome de Lisis Tumoral”								Total
			Bien		Regular		Mal		No contesta		
	Fa	Fr%	Fa	Fr%	Fa	Fr%	Fa	Fr%	Fa	Fr%	
Si	86	86%	54	63%	26	30%	1	1%	5	6%	100% (86)
No	14	14%	3	21,5 %	6	43%	2	14%	3	21,5 %	100% (14)
Total	100		57		32		3		8		

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015



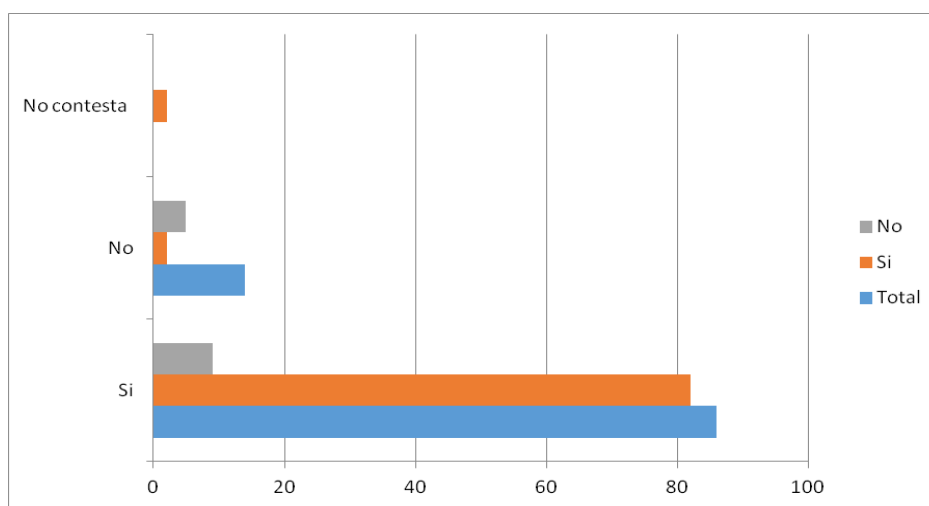
Análisis e interpretación: Del personal de enfermería encuestado que ha contestado que si tiene experiencia en el desempeño de funciones ante paciente oncohematológicos que corresponde a 86 individuos, el 63% ha contestado “bien” en cuanto a los controles realizados durante la Terapia Prevención de Síndrome Lisis Tumoral (TPSLT), un alto porcentaje que nos favorece, si bien dichos controles son de indicación médica, es importante tener conocimiento de lo importante que son durante dicha etapa para una efectiva atención del paciente hematológico pediátrico. Nos complace ver que solo el 1% ha contestado “mal” y un 6% no ha desarrollado el ítem.

Del personal de enfermería que ha contestado que “no” tiene experiencia en el manejo de pacientes oncohematológicos que corresponde a 14, es favorable ver que un 21,5% ha contestado “bien” y un 43% en forma regular, con leves detalles que podrían aclararse con una capacitación o charla, y en menor manera, en un 14% han contestado mal y solo el 21,5% no ha respondido la pregunta.

Tabla Bivariada N° 20: Relación “Experiencia en atención de paciente oncohematológico” y “Manejo de catéter implantable”. Hospital Humberto J. Notti. Mendoza, Agosto 2015.

Experiencia en el manejo de pacientes oncohematológicos	Total	Respuesta: “Manejo de catéter implantable”						Total
		Si		No		No contesta		
		Fa	Fr%	Fa	Fr%	Fa	Fr%	
Si	86	82	95%	2	2,5%	2	2,5%	86
No	14	9	64%	5	36%	0	0	14
Total	100	91		7		2		100

Fuente: Encuesta de propia autoría, en el “Hospital Humberto J. Notti” en el año 2015



Análisis e interpretación: Se puede deducir en este punto de análisis, lo favorable que resulta ser la experiencia profesional del personal enfermero en pacientes oncohematológicos pediátricos. Dado que el 95% de los individuos en estudio, han manifestado poseer positivamente los conocimientos óptimos para el uso y cuidado del catéter implantable.

CAPÍTULO III

RESULTADOS.

En base a los conocimientos propios y obtenidos a través de la temática de investigación, y de acuerdo a los resultados arrojados de tablas y gráficos de los cuestionarios realizados por el personal enfermero de los Servicios de Internación Pediátrica (SIP I, SIP II, SIP III, SIP IV y SIP V) del Hospital Pediátrico “Dr. Humberto J. Notti”.

Se evidencia en la recolección, ciertos datos relevantes para el presente estudio.

En cuanto a la caracterización del personal encuestado, se logró identificar que el 92% corresponde al sexo femenino.

Del total de la población en estudio, el 38% corresponde al rango etéreo que va de los 30 a 39 años de edad.

Respecto a la antigüedad laboral del personal de enfermería, es menor de 5 años en la Institución, se puede deducir que poseen experiencia en manejo de todo tipo de paciente, incluidos los oncológicos.

Se observa además que el nivel educacional según formación, corresponde a un 63% de profesionales en enfermería y a un 37% de Licenciados en Enfermería, se destaca que no hay auxiliares de enfermería en la población encuestada.

En cuanto a conocimientos de tratamiento y cuidados, el 86% de la población encuestada ha desempeñado sus funciones al menos una vez en un paciente oncohematológico pediátrico.

Al indagar sobre los pacientes oncológicos que cursan con tratamiento de prevención del Síndrome de Lisis Tumoral y de los controles específicos brindados por enfermería a estos; se observa que el 57% tiene conocimiento de los controles estrictos durante la primera etapa del tratamiento de Leucemia Linfoblástica.

Al averiguar sobre los cuidados que se realizan al reingreso hospitalario del paciente oncohematológico, el plantel enfermero coincide en más de un 52%, que se deben principalmente a Neutropenia febril y Síndrome febril sin neutropenia; en un 22% por efectos colaterales del tratamiento quimioterápico y en tercer lugar en un porcentaje menor, debido a infecciones o tratamiento prolongado.

Al preguntar sobre experiencia en el manejo y manipulación de catéter implantable, el 91% de los profesionales manifiesta tener experiencia. El 73% conoce el material utilizado en la habilitación, el 41% responde correctamente la secuencia de la técnica de habilitación. Por el contrario solo un 43% conoce el material necesario para realizar la técnica de deshabilitación de catéter implantable, seguido de un 40% que contesta de forma regular el punto mencionado.

Al conocer sobre las medidas de prevención en paciente oncohematológico durante su estadía hospitalaria, el 63% de los encuestados considera a la bioseguridad como una de las prioridades de atención, atención rápida el 25%, observación de signos de infección el 10%.

Ante una eventual reacción alérgica por citostáticos el 65% conoce como actuar en el momento, el 98% prioriza dar aviso al médico de guardia, un 70% en suspender el pasaje de citostáticos. En menor manera coinciden en otras pautas; colocación de oxígeno 34%, administración de medicamentos 43%, control de signos vitales 34%, llamar al servicio de oncología (enfermería) 9%.

DISCUSIÓN.

Los resultados que este estudio pone en manifiesto, es que la gran mayoría del personal ha tenido, al menos una vez, contacto con pacientes oncohematológicos y que poseen los conocimientos básicos adquiridos en su formación.

Lo que es positivo para el niño o adolescente que debe transitar este camino, encontrar enfermeros que en su labor diaria ponen su vocación al servicio del niño y familia.

Por otro lado, existe un déficit de conocimiento en el actuar de enfermería de los servicios de internación clínica ante el paciente oncológico. Manifestado estos por un significativo porcentaje de profesionales que deberían conocer los cuidados en el abordaje en el ingreso de pacientes neutropénicos a la unidad, sus complicaciones más frecuentes, reacciones alérgicas que pueden presentarse durante la administración de citostáticos y del manejo de procedimientos y técnicas en presencia de catéter implantable.

Además se observó falencias al no consensuar en su totalidad acciones de enfermería ante ingreso, tratamiento y mantenimiento de terapias medicamentosas.

Es de destacar la importancia en rever algunas técnicas, conceptos y demás dudas o temores que puedan surgir en la práctica diaria, aunando así conocimientos en común en todo el personal de enfermería de clínica médica pediátrica.

PROPUESTA.

La estrategia se articula en torno al cuidado, ya que por lo observado es necesario concientizar que trabajar en unión en pro del cuidado del paciente oncológico pediátrico es de real importancia para el niño, familia y personal enfermero, con un abordaje integral y dentro de un clima de armonía. Sin olvidar factores fundamentales como, la eficiencia, la efectividad, la calidad y la satisfacción de los usuarios, siendo éstos los beneficiarios de una profunda transformación.

Para la problemática detectada, se detalla la siguiente propuesta.

Sugerir a la supervisión de enfermería, la realización de un proyecto educativo a través de un taller teórico práctico, exponiendo los temas en cuestión, pudiendo así, disipar dudas sobre signos de alerta, cuidados y procedimientos. Para la atención de pacientes con procesos oncológicos y/o hematológicos o que van a ser tratados con tratamientos intravenosos de quimioterapia o hemoderivados.

Incentivar al personal a capacitarse sobre cuidados el cual tiene como objetivo principal, adaptar las intervenciones enfermeras a las necesidades de estos pacientes, a través de la valoración de las mismas y la identificación de problemas que este paciente presenta relacionados con su proceso, personalizando la atención prestada y realizando las mejores intervenciones que resuelvan o minimicen estos problemas de forma satisfactoria y segura.

BIBLIOGRAFÍA.

Aguilar Cordero, M.J. (2003) “Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos”.

Baez, Elba. (2015) Jefa de Unidad Oncohematológica. Hospital Notti. Entrevista personal.

Celano & Estrada. “Manual de Enfermería Oncológica”.

De la Revilla, Luis. (1994) “Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar”.

Diccionario de Medicina. “Océano Mosby”.

Du Gas, Beverly. “Tratado de Enfermería”.

Feito Grande, Lydia. “Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado”.

Gandur, Natalia. “Manual de Enfermería Oncológica”.

García, Lorenzo N. (2011) “Recuperando evidencias en pacientes oncohematológicos (3ª parte): Valoración Nutricional, Náuseas y Vómitos”.

González. Pilar. (2005) “Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias”.

Jong, Eloísa de. (2013) “La Familia en los Albores del Nuevo Milenio”.

Juvé Udina, Eulália. (1996) “Enfermería Oncohematológica”.

Kérouac, S y cols. (2001) “Grandes Corrientes del Pensamiento”.

Kohen, Nelson. “Manual de Enfermería Oncológica”.

López Díaz, M. & Alonso Martín, M. (2011) “Plan de cuidados general de una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos”.

Louro Bernal, Isabel & otros. (2013) “Manual para la Intervención en la Salud Familiar”.

Maglio, Francisco. (2013) “La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía”.

Medina, J.L. (1999) “El Cuidado: objeto de conocimiento de la Enfermería como Disciplina”.

Molina, José. & Col. “Manual de Enfermería Oncológica”.

Piwonka de A, M. Angélica. & col. (2013) “Saber bien para hacer bien”.

Sánchez Martínez. (2009) “Recuperando evidencias en Pacientes Oncohematológicos (2ª parte): Infección por Catéter Venoso y Úlceras por Presión”.

Valero, Marta. (2013) “Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería”. “Problemas Éticos en las Profesiones Sanitarias: La respuesta bioética”.

Vallejos & Lic. Sáenz. “Manual de Enfermería Oncológica”.

http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/comunicacion/boletines/boletinINC_n6_CancerInfantil.pdf

<http://www.centrocultural.coop/blogs/salud/2010/02/noticias-cancer-infantil/>

http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol0/articulo9.pdf

<https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer>

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000029cnt-32-CSCN--Guiabaja.pdf>

“Protocolo de Atención de Enfermería en Paciente Oncohematológico”. (2012) Hospital Notti. Sistema de Gestión de Calidad. Servicio de Hematología.

Roca Roger, M & col. (2013) “Enfermería Comunitaria. Elementos e instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria”.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Cronograma de actividades que se llevará a cabo para realizar el estudio sobre el nivel de conocimientos que poseen los enfermeros en cuanto a, tratamientos y cuidados de pacientes oncohematológicos del Hospital “Humberto J. Notti”, durante el segundo cuatrimestre del año 2015.

Actividad	Tiempo				
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Revisar el Proyecto					
Prueba del Instrumento					
Revisión de Datos					
Tabular los Datos					
Elaboración del Informe					
Difusión					



**ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO DE LICENCIATURA**

Docentes del Curso de “**TALLER DE PRODUCCIÓN DE TESINA O TRABAJO FINAL**” de la **Carrera de Ciclo de Licenciatura en Enfermería**, Lic. Reyes María Rosa y Lic. Andrada Ana Magdalena, **CERTIFICAN** que:

El/ los abajo firmantes, alumnos de la **Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo**, solicita/n autorización para concurrir al Servicio dede la Institución, a los fines de recabar datos, **de carácter confidencial**, requeridos en la elaboración del Trabajo Final para optar al **Título de Licenciada/o en Enfermería**.

Mendoza,.....de.....de 2015.

.....
Lic. Ana Magdalena Andrada

.....
Lic. María Rosa Reyes

.....
Firma y Aclaración del Alumno

.....
Firma y Aclaración del Alumno

ENCUESTA.

Estimado Colega:

Con el objetivo de cumplir con la realización del trabajo de tesis final, para el ciclo de la Licenciatura en Enfermería que cursamos en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNCuyo, se efectúa el presente cuestionario. El fin es recabar datos que serán utilizados con fines científicos. La información suministrada es anónima y de carácter confidencial.

Se agradece su colaboración

1 Datos generales personales

1.1 Edad

20 a 24 años	
25 a 29 años	
30 a 39 años	
40 a 44 años	
45 a 49 años	
50 a 54 años	
55 a 59 años	
Más de 60 años	

1.2 Sexo

Femenino	
Masculino	

1.3 ¿Cuál es su nivel educacional?

Licenciado en Enfermería	
Enfermero Profesional	
Auxiliar	

1.4 ¿Hace cuánto tiempo que se desempeña como enfermero?

Menos de 5 años	
5 a 10 años	
11 a 15 años	
16 a 20 años	
21 a 25 años	
26 a 30 años	
Más de 30 años	

1.5 ¿Cuántas horas de Servicio de Trabajo realiza?

40 hs semanales	
36 hs semanales	

1.6 Además de su trabajo en el servicio, ¿Se desempeña en otro hábito laboral?

Si	
No	
A veces	

1.7 En relación a la anterior pregunta, ¿Usted lleva a cabo alguno de estas actividades?

Atención domiciliaria particular	
Atención a pacientes con internación domiciliaria	
Atención en Centros de Jubilados	
Cuidado nocturno de enfermos	

2 Datos relacionados al cuidado del paciente

2.1 ¿Ha tenido oportunidad de desempeñar su labor ante pacientes oncohematológicos?

Si	
No	

2.2 ¿De las acciones por usted realizadas, cuántas corresponden a pacientes oncohematológicos?

	Siempre	A veces	Nunca
Atención personalizada			
Sólo en urgencias			
Por falta de personal			

2.3 ¿Qué controles específicos se deben de llevar a cabo durante el Tratamiento de Prevención de Síndrome de Lisis Tumoral? Marque con una cruz las opciones que crea correctas.

Control de signos vitales	Si	No	Por turno	Por día
Temperatura				
Tensión arterial				
Frecuencia cardíaca				
Frecuencia respiratoria				
Control de peso				
Control de hematuria				
Control de pH y densidad en orina				
Balance de ingresos y egresos estricto				

2.5 ¿Cuáles son los motivos de reingresos más frecuentes en pacientes oncohematológicos?

2.6 Ante un paciente con catéter implantable, ¿Usted, ha manipulado dicho dispositivo?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

2.7 ¿Cuál es el material utilizado en la técnica de habilitación de catéter implantable? Marque con una x las que crea correctas.

Algodón	<input type="checkbox"/>	Jeringas	<input type="checkbox"/>
Gasas estériles	<input type="checkbox"/>	Agujas 25/8	<input type="checkbox"/>
Plancha estéril	<input type="checkbox"/>	Polyport	<input type="checkbox"/>
Guantes de látex	<input type="checkbox"/>	Set guía	<input type="checkbox"/>
Guantes estériles	<input type="checkbox"/>	Cinta adhesiva	<input type="checkbox"/>
Alcohol 70%	<input type="checkbox"/>	Tergadem	<input type="checkbox"/>
Clorhexidina acuosa 2%	<input type="checkbox"/>	Agua destilada (ampolla)	<input type="checkbox"/>
Clorhexidina con alcohol	<input type="checkbox"/>	Solución fisiológica (ampolla)	<input type="checkbox"/>
Barbijos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

2.7 ¿Cuál es el material utilizado en la técnica de habilitación de catéter implantable? Marque con una x las que crea correctas.

Algodón		Jeringas	
Gasas estériles		Agujas 25/8	
Plancha estéril		Polyport	
Guantes de látex		Set guía	
Guantes estériles		Cinta adhesiva	
Alcohol 70%		Tergadem	
Clorhexidina acuosa 2%		Agua destilada (ampolla)	
Clorhexidina con alcohol		Solución fisiológica (ampolla)	
Barbijos			

2.9 Describa la secuencia de la técnica de habilitación de catéter implantable.

2.10 ¿Qué consideraciones se deben tener ante un paciente neutropénico febril?

2.11 En una eventual reacción alérgica de citostáticos, el actuar a seguir por usted será:

TABLA MATRIZ.

Codificación de variables

Pregunta	Referencia	Valor		
1	a	20 a 24 años		
	b	25 a 29 años		
	c	30 a 39 años		
	d	40 a 44 años		
	e	45 a 49 años		
	f	50 a 54 años		
	g	55 a 59 años		
	h	Más de 60 años		
2	F	Femenino		
	M	Masculino		
3	L	Licenciado		
	P	Profesional		
	A	Auxiliar		
4	a	Menos de 5 años		
	b	5 a 10 años		
	c	11 a 15 años		
	d	16 a 20 años		
	e	21 a 25 años		
	f	26 a 30 años		
	g	Más de 30 años		
5	a	40 hs semanales		
	b	36 hs semanales		
6	a	Si		
	b	No		
	c	A veces		
7	a	Atencion domiciliaria particular		
	b	Atencion de pacientes con internacion domiciliaria		
	c	Atencion en centros de jubilados		
	d	Cuidado nocturno de enfermos		
	e	No contesta		
8	S	Si		
	N	No		
9	a	Atencion personalizada	S	Siempre
	b	Solo en urgencias	A	A veces
	c	Por falta de personal	N	Nunca
			x	No contesta
10	B	Bien		
	R	Regular		
	M	Mal		
	N	No contesta		

Pregunta	Referencia	Valor
11	0	No contesta
	1	Una respuesta dada
	2	Dos respuestas dadas
	3	Tres respuestas dadas
	4	Cuatro respuestas dadas
	5	Cinco respuestas dadas
12	S	Si
	N	No
13	B	Bien
	R	Regular
	M	Mal
	N	No contesta
14	B	Bien
	R	Regular
	M	Mal
	N	No contesta
15	B	Bien
	R	Regular
	I	Incompleto
	N	No contesta
16	0	No contesta
	1	Una respuesta dada
	2	Dos respuestas dadas
	3	Tres respuestas dadas
	4	Cuatro respuestas dadas
17	0	No contesta
	1	Una respuesta dada
	2	Dos respuestas dadas
	3	Tres respuestas dadas
	4	Cuatro respuestas dadas
	5	Cinco respuestas dadas
	6	Seis respuestas dadas

TABLA MATRIZ

Enfermero	PREGUNTA																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10	11	12	13	14	15	16	17
									A	B	C								
1	c	F	P	a	a	a	b	N	x	x	x	B	1	S	R	B	I	1	1
2	c	M	L	b	a	a	e	S	x	x	x	B	1	S	R	B	I	1	1
3	c	F	P	a	a	b	e	N	x	x	x	x	0	N	R	B	I	0	0
4	b	M	P	a	a	b	e	S	S	x	x	R	1	S	x	x	x	0	0
5	c	F	P	a	a	b	e	S	x	S	N	B	1	S	B	M	x	0	0
6	b	F	P	a	a	b	e	S	x	x	x	B	1	S	R	R	I	1	1
7	d	F	P	b	a	b	e	S	x	x	x	R	2	S	R	B	I	1	1
8	d	F	P	a	a	b	e	S	x	x	x	x	0	S	B	B	x	0	0
9	a	F	P	a	a	b	e	S	S	S	S	B	1	S	B	B	B	4	4
10	e	F	P	b	a	b	e	S	S	x	x	R	2	S	R	B	B	5	6
11	c	F	L	c	b	b	e	S	S	A	N	B	3	S	R	R	B	2	3
12	c	F	L	b	a	b	e	S	A	x	x	B	1	S	B	B	B	2	4
13	d	F	L	d	b	c	b	S	A	A	N	B	2	S	B	R	B	3	4
14	d	F	L	c	b	a	e	S	A	x	x	B	1	S	B	B	R	3	2
15	b	F	L	b	b	a	e	S	A	x	x	B	1	S	B	B	B	3	2
16	c	F	P	b	a	b	e	S	A	x	x	M	1	S	B	B	B	3	5
17	a	F	P	a	a	b	e	S	A	x	x	B	1	S	B	B	B	3	2
18	a	F	P	a	a	b	e	S	x	x	x	B	2	S	B	B	B	2	3
19	c	F	P	a	a	b	e	S	S	x	x	B	1	S	B	B	I	0	0
20	c	F	P	a	a	b	e	S	S	x	x	B	1	S	B	R	x	0	0
21	a	F	P	a	a	b	e	N	x	x	x	M	1	N	R	x	x	0	0
22	c	F	L	b	a	b	e	S	S	x	x	B	1	S	B	B	B	3	2
23	g	F	L	e	b	c	a	S	S	x	x	R	1	S	x	x	x	1	2
24	c	F	P	b	a	c	b	S	S	x	x	B	0	x	B	B	x	0	0
25	b	F	P	a	a	b	e	S	S	S	N	R	4	S	B	B	B	6	6
26	b	F	P	b	a	b	e	S	A	x	x	R	0	S	B	B	x	0	0
27	d	F	P	c	a	a	a	S	A	A	A	R	1	S	B	B	B	3	4
28	b	F	L	b	b	b	e	S	A	N	N	B	2	S	B	R	B	5	4
29	c	F	L	b	a	b	e	N	N	N	N	R	2	S	B	R	B	2	4
30	b	F	L	b	b	b	e	S	A	x	x	B	1	S	B	R	B	4	2
31	a	F	P	a	a	b	e	S	S	A	A	B	1	S	B	R	R	1	3
32	b	F	L	b	b	a	e	S	S	S	N	B	2	S	B	B	B	4	3
33	b	M	P	a	a	a	e	N	A	A	A	R	1	S	B	R	I	1	3
34	f	F	P	d	a	b	e	S	x	x	x	B	1	N	B	x	x	0	0
35	c	F	P	a	a	a	b	S	A	x	x	R	1	S	B	B	I	0	0

Continuación Tabla Matriz

Enfermero	PREGUNTA																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10	11	12	13	14	15	16	17
									A	B	C								
36	c	F	P	b	a	b	e	S	S	x	x	R	0	N	R	R	x	0	0
37	b	F	P	a	a	c	a	S	S	x	x	B	1	S	B	B	I	2	3
38	a	F	P	a	a	b	e	S	S	N	N	B	2	S	B	B	B	5	3
39	d	F	L	c	b	a	e	S	A	x	x	B	1	S	B	R	I	3	2
40	b	F	P	b	a	b	e	S	S	N	N	B	1	S	B	R	B	3	4
41	c	F	P	a	a	c	a	S	A	A	N	B	2	S	B	x	I	3	1
42	b	F	L	a	a	b	e	S	A	x	x	R	0	S	B	R	I	2	3
43	d	F	L	b	b	b	e	S	S	x	x	R	0	S	R	R	R	3	0
44	c	F	L	b	b	b	e	S	A	x	x	R	0	S	B	x	x	0	0
45	c	F	L	b	b	b	e	S	A	x	x	R	0	S	B	B	x	0	0
46	c	F	P	b	a	b	e	N	A	x	x	R	0	S	B	R	x	0	0
47	c	F	P	a	a	a	b	N	N	N	N	B	1	S	R	B	I	1	1
48	c	M	L	b	a	a	e	S	x	x	x	B	1	S	R	B	I	1	1
49	c	F	P	a	a	b	e	N	x	x	x	x	0	N	B	B	I	0	0
50	b	M	P	a	a	b	e	S	S	x	x	R	1	S	x	x	x	0	0
51	b	F	P	a	a	b	e	S	A	x	x	B	2	S	B	B	B	2	3
52	d	F	L	a	a	b	e	S	x	x	x	R	2	S	B	R	B	2	3
53	b	F	L	a	a	b	e	S	A	x	x	B	2	S	B	B	B	2	3
54	a	F	P	a	a	b	e	S	A	N	N	B	3	S	R	R	B	5	4
55	b	F	P	a	a	b	e	S	N	A	N	B	2	S	B	B	B	4	3
56	c	F	P	b	a	b	e	S	A	A	N	R	1	S	B	R	I	3	0
57	c	F	P	a	a	b	e	N	A	A	N	R	1	S	B	R	x	3	0
58	e	F	P	d	a	c	a	S	A	x	x	B	1	S	x	x	x	0	0
59	e	F	P	e	a	a	e	S	x	x	x	B	1	S	R	R	x	0	0
60	b	F	P	a	a	b	e	S	x	x	x	B	3	S	B	R	B	2	3
61	c	F	P	b	a	b	e	S	A	S	x	B	2	S	B	R	B	2	3
62	c	F	L	b	b	b	e	S	A	x	x	B	2	S	B	B	x	0	4
63	b	F	P	a	a	b	e	S	S	S	x	R	3	S	B	R	R	3	2
64	b	M	P	a	a	a	b	N	N	N	N	R	2	S	R	R	B	3	3
65	c	F	L	c	b	b	e	S	A	x	x	R	2	S	B	B	B	3	2
66	b	M	L	b	b	a	e	S	A	A	N	B	2	S	B	R	B	4	5
67	c	F	L	b	b	b	e	S	A	N	N	R	3	S	B	B	B	3	4
68	h	F	L	c	a	a	e	S	x	x	x	x	0	x	x	x	x	0	0
69	b	F	L	b	b	b	e	S	A	A	N	R	1	S	B	R	x	0	0
70 con	f	F	P	b	a	c	a	S	S	x	x	x	2	S	B	R	x	0	0

Continuación de Tabla Matriz

Enfermero	PREGUNTA																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10	11	12	13	14	15	16	17
									A	B	C								
71	b	F	P	a	a	b	e	S	A	N	N	B	2	S	R	B	B	1	5
72	c	F	L	a	b	b	e	S	A	N	N	B	1	S	B	M	B	2	3
73	d	F	P	d	a	c	e	S	A	x	x	B	2	S	B	R	B	3	3
74	c	F	L	b	b	b	e	S	A	S	A	R	2	S	B	R	R	4	4
75	a	F	P	a	a	b	e	S	S	S	N	x	1	S	B	x	x	0	0
76	b	F	L	b	b	b	e	S	A	x	x	R	3	S	B	M	B	4	3
77	c	F	P	a	a	a	b	N	x	x	x	B	1	S	R	B	I	1	1
78	d	M	L	b	a	a	e	S	x	x	x	B	1	S	R	B	I	1	1
79	b	F	P	a	a	b	e	N	x	x	x	x	0	N	R	B	I	0	0
80	a	F	P	a	a	b	e	S	S	N	N	B	2	S	B	B	B	5	3
81	d	F	L	c	b	a	e	S	A	x	x	B	1	S	B	R	I	3	2
82	b	F	P	b	a	b	e	S	S	N	N	B	1	S	B	R	B	3	4
83	c	F	P	a	a	c	a	S	A	A	N	B	2	S	B	x	I	3	1
84	c	F	P	a	a	b	e	S	S	x	x	B	1	S	B	B	I	0	0
85	c	F	P	a	a	b	e	S	S	x	x	B	2	S	B	R	x	0	0
86	a	F	P	a	a	b	e	N	x	x	x	M	1	N	R	x	x	0	0
87	c	F	L	b	a	b	e	S	S	x	x	B	1	S	B	B	B	3	2
88	a	F	P	a	a	b	e	S	S	N	N	B	2	S	B	B	B	5	3
89	d	F	L	c	b	a	e	S	A	x	x	B	1	S	B	R	I	3	2
90	b	F	P	b	a	b	e	S	S	N	N	B	1	S	B	R	B	3	4
91	c	F	P	a	a	c	a	S	A	A	N	B	2	S	B	x	I	3	1
92	b	F	L	a	a	b	e	S	A	x	x	R	0	S	B	R	I	2	3
93	d	F	L	b	b	b	e	S	S	x	x	R	0	S	R	R	R	3	0
94	b	F	L	b	b	b	e	S	A	A	N	R	1	S	B	R	x	0	0
95	f	F	P	b	a	c	a	S	S	x	x	x	2	S	B	R	x	0	0
96	b	F	P	a	a	b	e	S	A	N	N	B	2	S	R	B	B	1	5
97	c	F	L	a	b	b	e	S	A	N	N	B	1	S	B	M	B	2	3
98	b	F	P	a	a	b	e	S	N	A	N	B	2	S	B	B	B	4	3
99	c	F	P	b	a	b	e	S	A	A	N	R	1	S	B	R	I	3	0
100	c	F	P	a	a	b	e	N	A	A	N	R	1	S	B	R	x	3	6

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Acidosis metabólica: Estado de acidosis en el que aumentan los ácidos de los fluidos corporales o se pierde el bicarbonato. Las diarreas intensas, la insuficiencia renal y la acidosis láctica también pueden provocar acidosis metabólica. El trastorno muchas veces se acompaña de hipercaliemia.

Adenocarcinoma: Neoplasia perteneciente a un gran grupo de tumores epiteliales malignos que tienen su localización en glándulas.

Adenopatía: Aumento de tamaño de un ganglio linfático.

Afagia: Trastorno caracterizado por la incapacidad de deglutir debido a causas orgánicas o psicológicas.

Aislamiento preventivo: Aislamiento de un paciente para evitar la extensión de una infección mediante la creación de una barrera aséptica a su alrededor.

Alcalosis metabólica: Trastorno caracterizado por pérdida significativa de ácidos o por aumento del nivel de bicarbonato. La disminución de ácidos puede deberse a vómitos, sustitución insuficiente de electrolitos, hiperadrenocorticalismo.

Alimento: Compuesto de carbohidratos, proteínas, grasas y otros elementos como minerales y vitaminas, que se ingiere y es asimilada para proporcionar energía y favorecer el crecimiento, la reparación y el mantenimiento de las estructuras corporales.

Alopecia: Ausencia parcial o total de pelo, debido a un trastorno endócrino, a una reacción por fármacos o a la medicación anticancerosa.

Anafilaxis: Reacción de hipersensibilidad exagerada. La reacción puede consistir en una pápula localizada y un brote de prurito generalizado, hiperemia, angioedema y, en los casos graves colapso vascular, espasmo bronquial y shock.

Anemia aplásica: Deficiencia de todos los elementos formes de la sangre debido a un fracaso de la capacidad regeneradora de la médula ósea. Puede responder a una enfermedad neoplásica de la médula o a su destrucción por exposición a agentes químicos tóxicos, radiaciones ionizantes, algunos fármacos u antibióticos.

Antineoplásico: Dícese de la sustancia quimioterápica que controla o destruye las células cancerosas. Los fármacos utilizados en el tratamiento del cáncer son citotóxicos pero, por lo general, son más nocivos para las células en división que para las células en reposo.

Aplasia: Fracaso del proceso normal de generación y desarrollo celular.

Astenia: Falta o pérdida de fuerza o energía; debilidad.

Asparaginasa: Enzima que cataliza la hidrólisis de la asparaginasa en ácido asparagínico y amonio. La asparaginasa se utiliza como agente quimioterápico en el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda.

Azotemia: Retención en la sangre de cantidades excesivas de compuestos nitrogenados. Este estado tóxico está provocado por el fracaso renal que impide la extracción de urea de la sangre.

Bacteriostático: Que tiende a restringir el desarrollo o reproducción de una bacteria.

Blastos: Relativo a un estadio de desarrollo embrionario o precoz.

Cáncer: Neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolado de células anaplásicas que tienden a invadir el tejido circundante y metastizar a puntos distantes del organismo.

Caquexia: Deterioro general del estado de salud con malnutrición, debilidad y emaciación.

Carcinogénesis: Proceso de iniciación e inducción de la formación de un cáncer.

Clon: Grupo de células u organismos genéticamente iguales procedente de la mitosis de una célula.

Coadyuvante: Sustancia, tratamiento o procedimiento adicional que se utiliza para aumentar la eficacia o seguridad del tratamiento de una enfermedad que potencie la acción de fármacos, especialmente promoviendo la producción de anticuerpos.

Corticoide: Hormona, natural o sistémica, relacionada con la corteza adrenal, que interviene en la regulación de procesos orgánicos clave como son el metabolismo de carbohidratos y proteínas y el equilibrio hidroelectrolítico.

Deshidratación: Pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales, particularmente el sodio, potasio y cloro.

Disuria: Micción dolorosa generalmente debida a infección bacteriana o a obstrucción de las vías urinarias. Al examen de laboratorio puede revelar la presencia en la orina de sangre, bacterias o leucocitos.

Epistaxis: Hemorragia nasal producida por la irritación local de las membranas mucosas, por la fragilidad del epitelio o de las paredes arteriales, una infección crónica o leucemia.

Equimosis: Cambio de color de un área cutánea o mucosa, debida a extravasación de sangre hacia el tejido celular subcutáneo, por traumatismo o fragilidad de los vasos sanguíneos subyacentes.

Eritropoyesis: Proceso de producción de eritrocitos que comprende la maduración de un precursor nucleado en un hematíe acelular, lleno de hemoglobina y que está regulado por la eritropoyetina, hormona producida por el riñón.

Estadio: Fase en la evolución de una enfermedad o un cuadro febril.

Extravasación: Paso o escape hacia los tejidos de un líquido, generalmente sangre, suero o linfa.

Fiebre: Elevación anormal de la temperatura del cuerpo por encima de 37^o, puede ser causada por infección, neoplasias o anemia perniciosa.

Hematemesis: Vómito de sangre roja y brillante indicativo de una hemorragia gastrointestinal superior rápida, casi siempre debida a varices esofágicas o a úlceras pépticas.

Hematuria: Presencia anormal de sangre en la orina. La hematuria es sintomática de muchas enfermedades renales y trastornos del sistema genitourinario.

Heparina: Mucopolisacárido natural que actúa en el organismo como factor antitrombina evitando la coagulación intravascular.

Infección: Invasión del organismo por microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican, causando un estado morbosos por lesión celular local, secreción de una toxina o al provocar una reacción antígeno-anticuerpo en el huésped.

Lisis: Destrucción o disolución de una célula o una molécula mediante la acción de un agente específico. La lisis celular suele estar producida por una lisina.

Malnutrición: Cualquier trastorno relativo a la nutrición. Puede deberse a una dieta desequilibrada, insuficiente o a un defecto de la absorción, la asimilación o la utilización de los alimentos.

Medula ósea: Sustancia blanda especializada que rellena los espacios del hueso esponjoso de la epífisis. Está formada por tejido mieloide y es esencial para la fabricación y maduración de las células sanguíneas.

Mucositis: Cualquier inflamación de una membrana mucosa, como la de la boca.

Náusea: Sensación previa al vómito.

Neoplasia: Crecimiento anormal de un tejido nuevo, benigno o maligno.

Oclusión: Bloqueo en un canal, vaso o conducto del organismo.

Oliguria: Disminución de la capacidad de formación y eliminación de orina de forma que los productos finales del metabolismo no pueden ser excretados eficientemente.

Oncología: Rama de la medicina que trata del estudio de los tumores.

Parestesia: Cualquier sensación subjetiva experimentada como entumecimiento, hormigueo o sensación de pinchazos.

Petequia: Mancha muy pequeña de color rojo o púrpura que aparece en la piel y corresponde a una hemorragia diminuta localizada en la dermis o las capas subcutáneas. No desaparece por vitropresión.

Prurito: Molesta sensación de picor en una zona de la piel que hace desear rascarse y que puede estar ocasionada por una dermatitis o una reacción alérgica.

Rash: Erupción cutánea. Los tipos de rash son en mariposa, en pañal, medicamentoso y por calor.

Recidiva: Reparición de los síntomas de una enfermedad que parecía haberse recuperado.

Remisión: Desaparición parcial o total de los signos y síntomas clínicos de una enfermedad crónica o maligna. La remisión puede ser espontánea o secundaria al tratamiento. En algunos casos es completa y la enfermedad se considera curada.

Riesgo: Estado de vulnerabilidad de un individuo o una población frente a una enfermedad o lesión en particular. Los factores que determinan el riesgo pueden ser ambientales o fisiológicos.

Secuela: Cualquier trastorno que se produzca como resultado de una enfermedad, una terapéutica o una lesión. Como la sordera que aparece tras la administración de un fármaco citotóxico.

Septicemia: Infección sistémica caracterizada por la aparición de patógenos en sangre circulante procedentes de una infección localizada en cualquier parte del organismo. Se diagnostica por hemocultivo y debe tratarse enérgicamente con antibióticos. Típicamente, la septicemia produce fiebre, escalofríos, postración, dolor, cefalea, náuseas o diarreas.

Shock Anafiláctico: Reacción de hipersensibilidad grave, y a veces fatal, a una sustancia sensibilizante como un medicamento, vacuna, determinados alimentos, sueros, alérgenos o ciertas sustancias químicas.

Transfusión de Granulocitos: Administración de leucocitos especialmente preparados para tratar los estados de granulocitopenia grave y, de forma profiláctica, para prevenir infecciones importantes en pacientes leucémicos que están recibiendo quimioterapia anticancerosa.

Tumor: Crecimiento hístico caracterizado por proliferación celular descontrolada y progresiva. Puede ser localizado o invasivo, benigno o maligno.

Uremia: Presencia de cantidades excesivas de urea y otros productos nitrogenados en la sangre.

Vómito: Material procedente del estómago que se expelle al exterior a través del esófago.