

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON
MEDULOBLASTOMA DEL SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGÍA
PEDIÁTRICA HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA,
2015 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA**

ELIZABETH JENNY PISCO HUMPIRI

CALLAO, 2018

PERU

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	PRESIDENTA
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	SECRETARIA
DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA	VOCAL

ASESORA: Dra. ANA MARÍA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 005

Nº de Acta de Sustentación: 155

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05 de Marzo de 2018

Resolución Decanato N° 674-2018-D/FCS de fecha 26 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

	PAG
INTRODUCCION	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA	04
1.2 OBJETIVO	07
1.3 JUSTIFICACIÓN	07
II. MARCO TEORICO	
2.1 ANTECEDENTES	08
2.2 MARCO CONCEPTUAL	12
2.3 DEFINICION DE TÉRMINOS	18
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	
3.1 FASES DE RECOLECCION DE DATOS	19
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DE INFORME	21
IV. RESULTADOS	31
V. CONCLUSIONES	34
VI. RECOMEDACIONES	35
VII. REFERENCIALES	36
VIII. ANEXOS	39

INTRODUCCION

El meduloblastoma es el tumor cerebral maligno más común en los niños. Los pacientes con meduloblastoma se clasifican en categorías de riesgo "estándar" y "alto" según la edad al momento del diagnóstico, el grado de resección quirúrgica y la diseminación de la enfermedad. En niños mayores de tres años de edad, la supervivencia a largo plazo se puede lograr en aproximadamente el 85% de los pacientes de riesgo estándar y el 70% de los pacientes de alto riesgo con una combinación de quimioterapia e irradiación.

Los niños más pequeños, especialmente los bebés, tienen un riesgo significativamente mayor de efectos secundarios del tratamiento. A pesar del tremendo progreso en el campo de la biología molecular del meduloblastoma, queda mucho por lograr para comprender la patogénesis, las vías críticas responsables del meduloblastoma y la estratificación del riesgo molecular, y para diseñar estrategias de tratamiento con una mejor supervivencia y menos secuelas a largo plazo (1)

El hospital EDGARDO REBAGLIATI MARTINS antiguo Hospital del Empleado, es un centro hospitalario público peruano situado en Lima y administrado por EsSalud. Junto con el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen es el más importante complejo hospitalario de la seguridad social del Perú.

En mayo del 2002 la política institucional crea la Unidad de ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA con 14 camas: 09 para pacientes con patologías hematológicas y 05 para niños con tumores sólidos, posteriormente se van ampliando más camas ante la demanda de pacientes. En la actualidad el Servicio de OncoHematología Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins está ubicado en el tercer piso del Block G, cuentan con 27 camas de hospitalización.

La enfermera tiene un papel fundamental en la atención del cáncer infantil, actuando de intermediario entre el niño y su familia y los restantes profesionales

del equipo. Cuando se está a cargo de un niño con cáncer se debe conocer a fondo la psicología normal, tener nociones sobre la enfermedad en sí misma, los potenciales efectos secundarios del tratamiento, y ser capaz de comprender perfectamente el impacto emocional de los sentimientos de pérdida y dolor y de crear un ambiente que proporcione bienestar físico y emocional, tanto al niño como a su familia. (2)

Es cierto que durante los últimos años se han recorrido un largo y difícil camino en la tarea para mejorar la calidad de vida de los niños con cáncer y de sus familias a partir de avances en los medios diagnósticos y en la efectividad de los tratamientos y de progresos en las condiciones de la hospitalización y atención educativa.

El presente trabajo dominado Informe de Experiencia Profesional pretende identificar las necesidades de cuidado que presenta los niños con enfermedad oncológica de Meduloblastoma que reciben quimioterapias aportando elementos que permitan a través de la reflexión dinamizar el cuidado de Enfermería, en el servicio de ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

El **cáncer infantil** es cualquiera de varias formas de cáncer que afecta a los pacientes en edad pediátrica. Es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. Muchos tipos de cáncer en adultos se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo; sin embargo, en los niños aún no se conocen las causas.

En países desarrollados como los Estados Unidos y España, cerca de 14 de cada 100 mil niños tienen una forma de cáncer. A la fecha, la tasa de supervivencia de niños afectados de cáncer en España es del 70 por ciento, según los datos del Registro Nacional de Tumores Infantiles. Esta cifra supone un incremento del 15 por ciento en la tasa, en relación con la de los años ochenta. En países en vías de desarrollo, como Venezuela, la incidencia de cáncer infantil es más alta, lo que representa una de las causas más frecuentes de muerte infantil. (3)

Se estima que unos 175.000 casos de cáncer se diagnostican cada año en niños menores de 15 años en todo el mundo, y menos del 40% de los pacientes (sobre todo los de los países de altos ingresos) se cree que son diagnosticados y tratados adecuadamente. (4)

Las características del cáncer infantil se difieren considerablemente de las observadas en enfermos pertenecientes a otros grupos de edad. En general, la leucemia representa alrededor de una tercera parte de todos los cánceres infantiles. Los otros tumores malignos más comunes son los linfomas y los tumores del sistema nervioso central. Existen varios tipos tumorales que se dan casi exclusivamente en los niños, como los neuroblastomas, los meduloblastomas y las retinoblastomas. En cambio, el cáncer de mama, el cáncer de pulmón, el cáncer de

colon y el cáncer anorrectal, que suelen afectar a los adultos, son extremadamente raros en los niños.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se diagnostican aproximadamente 175 mil casos de cáncer en niños, de los cuales mueren cerca de 90 mil. La enfermedad provoca la muerte de 7.6 millones de menores de 15 años y prevé que los casos sigan aumentando hasta superar los 13 millones en el año 2030. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana evidenció que las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres han aumentado entre los períodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100000 mujeres. (5)

En los niños los tumores del SNC están sólo detrás de la leucemia como cáncer más común; sin embargo, los tumores encefálicos son actualmente la causa principal de mortalidad infantil relacionada con el cáncer. En los niños los tumores encefálicos más frecuentes son el meduloblastoma (20-25%), el astrocitoma cerebeloso (15-20%) y el glioma del tronco encefálico (10-15%). (6)

En la actualidad las experiencias que viven estos pacientes y familia, sus emociones, sentimientos, ansiedad, estrés, dolor, dolor, los procedimientos y/o tratamientos de diferente naturaleza a los que se enfrentan a diario, los hace vulnerables debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran. Cuando un niño enferma de cáncer, él y su familia afrontan una serie de implicancias que derivan de su diagnóstico, así como también complicaciones de la enfermedad que tienen que ser atendidas de manera oportuna.

A nivel nacional el cáncer infantil ocupa el 4% de las enfermedades de la edad pediátrica y de acuerdo con las estadísticas se considera la tercera causa de muerte después de los cuadros infecciosos, enfermedades congénitas y accidentes.

Los linfomas ocupan el tercer lugar de presentación de cánceres en niños de los cuales la edad más frecuente es entre los 5 y 10 años.

Según la evaluación de datos estadísticos realizados en nuestro hospital, la mayoría de los niños que se hospitalizan son pacientes con diagnósticos de tumor cerebral, linfoma no Hodgkin, osteosarcoma y tumor de Willms, que ingresan para iniciar por primera vez su tratamiento y otros que ya son continuadores; el problema que se observa es que muchos niños desarrollan complicaciones por los efectos de la quimioterapia, como son la aparición de mucositis, estreñimiento, diarrea, entre otras que prolongan el tiempo de la hospitalización, aumentando así los costos de salud, situación que afecta directamente al niño y su familia.

En el servicio de OncoHematología Pediátrica, uno de los problemas que se puede evidenciar son los efectos del tratamiento de quimioterapia al que se ven sometidos los niños con diagnóstico de Meduloblastoma, que se ha ido observando día a día durante mi experiencia profesional.

La enfermera de oncología ha ido evolucionando en el tiempo. Hoy en día la enfermera oncológica debe creer en el valor del equipo, en su capacidad de planificar, prever y adelantarse a las complicaciones, en el valor de la educación y el apoyo emocional. Debe potenciar la intervención de la familia y acompañar al paciente durante su proceso buscando la continuidad de atención y la toma de decisiones compartidas.

Durante todo el proceso nos enfrentamos al desafío de involucrar activamente a los padres en los cuidados, ofreciéndoles la educación sanitaria necesaria para que puedan asumir un rol más protagónico de manera tal que se consiga una adecuada estimulación neurológica que les permita acompañar con éxito la recuperación domiciliaria.

1.2 OBJETIVO:

Describir el cuidado de enfermería en pacientes con Meduloblastoma sometidos al tratamiento de quimioterapias hospitalizados en el servicio de OncoHematología Pediátrica.

1.3 JUSTIFICACION:

El presente informe de experiencia profesional de enfermería es de gran importancia porque:

Nos permite conocer la presentación más frecuente del Meduloblastoma en nuestros niños, en el hospital Edgardo Rebagliati Martin, ofreciéndonos así herramientas claras en lo cual conlleva a compartir experiencias al respecto, a fin de encontrar criterios claros en el proceso de intervención de Enfermería a pacientes con meduloblastoma

Para normativizar un protocolo y guía de intervención de enfermería que nos permita brindar una atención de enfermería efectiva con calidad y calidez en el niño oncológico con este problema.

Así mismo beneficiara a si a nuestra unidad brindando una atención adecuada acorde a nuestra realidad.

II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES

Moore, J. (2006) En Chile, se llevó a cabo un trabajo titulado Autocuidado y prácticas de cuidado dependiente. Se presenta un estudio cualitativo, cuyo **objetivo** fue determinar las prácticas de autocuidado en los niños con cáncer y las prácticas de cuidado dependiente en los padres estos niños, en especial en lo que se refiere al autocuidado. **Pacientes y método:** En esta investigación de diseño cualitativo y fenomenológico se incluyeron 27 participantes que se reclutaron a través de muestreo dirigido: 9 niños con cáncer, de 7 a 21 años de edad en el momento del diagnóstico, y 18 padres con rango de edad entre 30 y 50 años. **Resultados:** Se encontró que había necesidades no satisfechas en las siguientes áreas: Manejo del agua, en especial de los líquidos y fluidos intravenosos, Alimentación y estado nutricional, que es una gran área de necesidades no satisfechas, Interferencias con el desarrollo, en términos de educación y actividades deportivas. **Conclusiones:** Se concluyó que es necesario hacer una investigación adicional a fin de describir mejor las prácticas individuales del autocuidado. Es necesario determinar y documentar qué actividades realizan exactamente los pacientes para satisfacer sus necesidades de autocuidado. (7)

Alvarado, L. (2007) En Medellín, se efectuó una investigación titulada El cuidado paliativo brindado al niño con enfermedad Oncológica: una mirada a la labor de enfermería desde las Familias cuidadoras. **Objetivo:** Identificar los elementos del cuidado paliativo brindado por el profesional de Enfermería que son reconocidos por las familias cuidadoras de niños con enfermedad oncológica. **Materiales y Métodos:** enfoque tipo de estudio: Enfoque Empírico Analítico. Estudio transversal descriptivo. El estudio se llevó a cabo en la Ciudad de Medellín, en la “Fundación Pequeños Discípulos de Jesús”, durante el período comprendido entre Enero y Mayo de 2007. **La población:** es flotante ya que su permanencia

depende de necesidades específicas del paciente o su familia y/o de la etapa de tratamiento en la que se encuentren los niños. **Los resultados:** Si bien es cierto que durante los últimos años se ha recorrido un largo y difícil camino en la tarea de mejorar la calidad de vida de los niños con cáncer y la de sus familias. **Las conclusiones:** A partir de avances en los medios diagnósticos y en la efectividad de los tratamientos y de progresos en las condiciones de la hospitalización y en la atención educativa, queda, sin embargo, un largo camino por recorrer hasta conseguir un modelo ideal de intervención donde los pacientes y no la enfermedad sean el objetivo del cuidado. (8).

González, P. (2005) En Medellín. La enfermera, realizó una investigación que tiene por nombre Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. **Objetivos:** Conocer las experiencias y necesidades percibidas de los niños, adolescentes y de sus cuidadores en cuanto a la atención recibida y a su proceso oncológico. **Metodología:** Tipo de estudio cualitativo con entrevistas individuales semiestructuradas y entrevistas de grupo. **Población:** en niños/as y adolescentes diagnosticados de cáncer antes de los 15 años y sus cuidadores principales. **Resultados:** Para los niños las experiencias más traumáticas están relacionadas con la hospitalización, los procedimientos, los efectos secundarios del tratamiento y la necesidad de aislamiento que requieren cuando están con neutropenia, afectándoles no sólo física y psíquicamente sino también a nivel social y escolar, tanto en el hospital como en su domicilio. **Conclusiones:** La enfermedad además de afectar a nivel físico y psicológico tiene implicaciones escolares, sociales y económicas tanto para el niño como para el resto de la familia. (9).

Estrada, S. y Colbs. (2003) En Venezuela se realizaron un trabajo de investigación titulado Frecuencia de tumores sólidos malignos en niños según tipo histológico, edad y sexo. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de tumores sólidos malignos en niños de 0 a 12 años según tipo histológico, edad y sexo. **Metodología:** Se revisaron 219 biopsias de pacientes en quienes se diagnosticó un tumor sólido maligno en el Servicio de Anatomía Patológica “Hans R. Doehnert” del Hospital

Central Universitario “Antonio María Pineda” entre los años 1986 al 2001. **Resultados:** Los Linfomas ocuparon el primer lugar con 67 casos (30,59%); en segundo lugar, están los tumores del Sistema Nervioso Central (S.N.C.) 31 casos (14,16%). **Conclusión:** Los Tumores sólidos malignos más frecuentes son los Linfomas, seguidos de los tumores del sistema nervioso central (SNC), el grupo etario más afectado está entre los 2 y 6 años, con predominio en el sexo masculino. (10).

Muñoz, J. y Colbs. (2005) En México, se realizaron un estudio titulado Experiencia en el manejo de meduloblastomas en el servicio de neurocirugía pediátrica del hospital general del centro médico nacional la raza. **Objetivo:** dar a conocer la experiencia en el manejo de meduloblastomas en neurocirugía pediátrica del Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza de enero de 1999 a Junio del 2004. **Material y métodos:** es un trabajo observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo. Población: Incluye a pacientes de un día a los 16 años, ambos sexos, con el diagnóstico histológico de meduloblastoma por neuropatología. **Resultados:** se estudiaron 21 pacientes con edad media de 6.4 años, 38% femenino y 62% masculino, los síntomas principales fueron vómito 76.19%, náuseas 66.66% y cefalea 61.9%. Se observó hidrocefalia en un 95.2%, **Conclusiones:** es una lesión frecuente en la infancia de 3 a 9 años, con mínimo predominio masculino, sus características radiológicas, así como histológicas son típicas y de acuerdo con las reportadas en la literatura internacional; la mortalidad es elevada debido a infiltración y contacto estrecho al tallo cerebral (11).

Gutiérrez Flórez, Ana; Quiroga Barón Jeimy. “Condiciones que influyen en la apreciación de la calidad del cuidado en unidades de quimioterapia ambulatoria. Revisión documental de 1980 a 2007”. 2008 Bogotá. **Objetivo:** Describir las condiciones que influyen en la apreciación de la calidad del cuidado en unidades de quimioterapia ambulatoria. **Metodología:** Descriptiva analítica. **Conclusiones:** Las condiciones que influyen en la apreciación de la calidad del cuidado de enfermería en las unidades de quimioterapia ambulatoria se pueden contemplar desde tres perspectivas: influencia de las condiciones administrativas,

ambiente físico y perfil del profesional de enfermería oncológica en dichas unidades. El especialista en enfermería oncológica en el desempeño de los roles administrativo y asistencial debe influir de manera significativa en la calidad de atención que brinda al paciente oncológico, garantizando la continuidad de su tratamiento y promoviendo su autocuidado. Al tener este nivel de formación y desempeñar dichos roles adquiere el nivel de autonomía y competitividad exigido por el mercado y los avances tecnológicos. (12)

Elsa María de Oliveira Pinheiro de Melo; Pedro Lopes Ferreira; Regina Aparecida García de Lima; Débora Falleiros de Mello. “Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados de Mayo a Junio 2014”. Objetivo: Comprender las experiencias de padres/madres de niños y adolescentes con cáncer, en tratamiento. **Método:** Investigación cualitativa, basada en la fenomenología existencial de Heidegger, siendo entrevistados 13 padres de ocho pacientes, menores de 19 años, asistidos por una asociación de beneficencia. **Resultados:** Evidenciamos que durante y después del tratamiento los padres experimentaban el miedo a lo desconocido y la incertidumbre del porvenir de sus hijos, especialmente al observar la muerte de otros niños; también, experimentan la indiferencia de los profesionales de los servicios de salud local, así sintiéndose desamparados e inseguros. **Conclusión:** Consideramos indispensable que los profesionales del área de la salud, con destaque para los de enfermería, reflexionen sobre sus acciones de cuidados orientadas a los padres de hijos con cáncer, reconociendo sus necesidades existenciales y objetivando auxiliarlos en su facticidad. (13)

Aiquipa Mendoza, Ana. “Calidad de Atención de Enfermería según opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN”. Lima 2003. Objetivo: Identificar la calidad de atención de enfermería según opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario (UTM). **Metodología:** Descriptiva de corte transversal. **Conclusiones:** La calidad de atención de enfermería en el

servicio de UTM fue “buena” según la opinión de pacientes que recibieron quimioterapia. (14)

Oscanoa Mónica MD; Vasquez Liliana MD; Maza Ivan MD; Gerónimo Jenny MD; Paredes Gloria MD. “Factores asociados al tiempo de diagnóstico del Linfoma No Hodgkin infantil y adolescente en el Perú”. 2014. **Objetivo:** definir los factores clínicos y sociodemográficos asociados al tiempo transcurrido hasta el diagnóstico, que incluyen "retraso en los padres" y "retraso médico" en niños y adolescentes diagnosticados con LNH en Lima, Perú. **Métodos:** Un total de 46 pacientes menores de 18 años diagnosticados con LNH entre enero de 2012 y diciembre de 2015 fueron evaluados retrospectivamente. Se analizaron variables clínicas y demográficas como el tipo de diagnóstico, estadio clínico, sexo, edad y características de los padres para evaluar sus efectos en tiempo de diagnóstico, retraso de los padres, retraso médico. **Conclusiones:** En nuestro país, la mediana del tiempo de diagnóstico fue comparable a la descrita en los países en desarrollo, donde el índice de sospecha de cáncer infantil permanece bajo. Es necesario establecer estrategias para optimizar el diagnóstico precoz sobre la base de factores asociados. (15)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

DEFINICION: El meduloblastoma infantil es un tumor maligno más frecuente del S.N.C en pediatría, es una afección en la cual se forman células benignas (no cancerosas) o malignas (cancerosas) en los tejidos del cerebro, llamado también tumor neuro ectodérmico primitivo cerebeloso. Estos tumores tienden a expandirse a otras partes del cerebro y a la médula espinal. La mayoría de los tumores de meduloblastoma se encuentran en niños menores de 16 años, pero pueden ocurrir con poca frecuencia en adultos, es levemente más común en los niños que en las niñas. (16)

Uno de cada 5 tumores infantiles es meduloblastoma. Si bien el cáncer es inusual en niños, los tumores cerebrales constituyen el tipo más común de cáncer el tipo más común de cáncer infantil además de la leucemia y el linfoma.

Los tumores cerebrales pueden desarrollarse tanto en niños como en adultos; no obstante, el tratamiento en niños puede ser diferente al tratamiento en adultos. Para más información, consultar el artículo sobre el tratamiento de los Tumores cerebrales.

Se desconoce la causa de la mayoría de los tumores cerebrales infantiles.

Existen diferentes tipos de tratamiento disponibles para niños con meduloblastoma infantil. Algunos tratamientos son estándar (el tratamiento generalmente utilizado) y otros se encuentran en evaluación en estudios clínicos. Un estudio clínico de un tratamiento es un estudio de investigación que se propone ayudar a mejorar tratamientos actuales u obtener información sobre tratamientos nuevos para pacientes con cáncer. Cuando los estudios clínicos revelan que un tratamiento nuevo es mejor que el tratamiento "estándar", el tratamiento nuevo puede tornarse el tratamiento estándar.

Histopatología Los tumores neuro ectodérmicos indiferenciados del cerebelo se han denominado históricamente meduloblastoma, mientras que los tumores de histología idéntica en la región pineal se diagnostican como pineoblastomas y las lesiones corticales se han denominado neuroblastomas centrales o tumores neuro ectodérmicos corticales primitivos. Existen aberraciones genéticas moleculares diferentes en las células tumorales de los meduloblastoma y en las de los tumores neuro ectodérmicos primitivos supratentoriales. (17)

Este tumor se origina generalmente en el cerebelo. Se puede diseminar contiguamente al pedúnculo cerebeloso, el piso del cuarto ventrículo, a la espina cervical o encima de la tienda del cerebelo. (18)

Además, se puede diseminar a través del líquido cefalorraquídeo intracranealmente, a la médula espinal o ambos. El meduloblastoma clásico es un tumor altamente celular, friable, compuesto de células con núcleo intensamente basofílico, de tamaños y formas variables, con citoplasma relativamente escaso y con abundantes mitosis. La presencia de rosetas de Homer Wright y pseudorosetas pueden estar

presentes. También se reportan grados variables de diferenciación glial y neuronal.
(19,20)

SINTOMAS:

- Pérdida del equilibrio, dificultad para caminar, deterioro de la escritura o trastorno en el habla.
- Modificación en la personalidad o conducta.
- Pérdida o aumento de peso inexplicado.
- Náuseas por la mañana o vómitos que empeoran gradualmente.
- Somnolencia inusual o cambio de nivel de energía.
- Problemas para escribir
- Problemas en la vista (poco comunes) al momento del diagnóstico.

Si el tumor ha sido expandido a la médula espinal, los síntomas podrían incluir:

- Dolor de espalda
- Problemas para caminar.
- Problemas para controlar las funciones de la vejiga y los intestinos.

ETAPAS DEL MEDULOBLASTOMA INFANTIL:

Una vez detectado el meduloblastoma infantil, se harán más análisis para determinar de qué tipo de tumor se trata. Si se obtiene una muestra mediante una biopsia, se observarán cuidadosamente las células cancerosas a través del microscopio para ver la diferencia entre éstas y las células normales, lo cual determinará el grado histológico del tumor. El médico de su niño necesita saber el tipo y grado del tumor para establecer un plan de tratamiento.

Los niños que padecen de meduloblastoma se dividen en dos grupos, de riesgo promedio y de alto riesgo, dependiendo de la edad del niño, la cantidad de tumor que quede después de efectuada la operación, y de si el cáncer se ha diseminado del lugar de origen.

Meduloblastoma infantil “recurrente” que el cáncer ha regresado (ha recurrido) después de haber sido tratado. Puede regresar al cerebro o a otra parte del cuerpo.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

- **TAC (Tomografía computarizada):** Procedimiento que toma una serie de fotografías detalladas de áreas internas del cuerpo, desde ángulos diferentes. Las imágenes son creadas por una computadora conectada a una máquina de rayos X. Es posible que al paciente se le inyecte o se le de a beber un tipo de tintura que sirve para que el órgano o tejido aparezca más claro en la radiografía. Este procedimiento se denomina también tomografía computada, tomografía computadorizada o tomografía axial computarizada.
- **IRM (Imágenes por resonancia magnética)** Procedimiento en el cual se utiliza un imán, ondas radioeléctricas y una computadora para crear una serie de fotografías detalladas de áreas internas del cerebro y la médula espinal. Se inyecta una sustancia denominada gadolinio en el paciente a través de una vena. El gadolinio se ubica en torno a las células cancerosas de manera que se ven más brillantes en la fotografía. Este procedimiento se conoce también como imágenes por resonancia magnética nuclear (IRMN).
- **Punción lumbar:** Procedimiento empleado para recoger líquido cefalorraquídeo de la columna vertebral. Se realiza mediante la colocación de una aguja en la columna vertebral. Un patólogo observa el líquido al microscopio para identificar células cancerosas. Este procedimiento se denomina también PL
- **Biopsia de médula ósea:** Remoción de una parte pequeña de hueso y médula ósea mediante la inserción de una aguja en el hueso de la cadera o el esternón. Un patólogo observa la muestra de médula ósea y del hueso al microscopio para identificar cualquier señal de cáncer.
- **Exploración ósea:** Procedimiento utilizado para detectar si hay células que se dividen rápidamente, como células cancerosas, en el hueso. Se inyecta una cantidad muy pequeña de material radioactivo en una vena y recorre el torrente

sanguíneo. El material radioactivo se acumula en los huesos y es detectado por un escáner.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de niños con meduloblastoma debe ser planificado por un equipo de médicos con experiencia en el tratamiento de tumores cerebrales infantiles. Será supervisado por un Oncólogo Pediatra, un médico que se especializa en el tratamiento de niños con cáncer. El Oncólogo Pediatra puede referirlo a otros médicos pediatras que tienen experiencia y conocimientos en el tratamiento de niños con tumores cerebrales y que se especializan en ciertos campos de la medicina, como:

- Neurocirujano.
- Neurólogo.
- Neuropatólogo.
- Neuroradiólogo
- Especialista en rehabilitación.
- Oncólogo especializado en radiación
- Médico oncólogo.
- Endocrinólogo
- Psicólogo

Se utilizan tres tipos de tratamiento estándar:

- **Cirugía:** La cirugía se emplea para diagnosticar y tratar el meduloblastoma infantil según se describe en la sección de información general del presente.

- **Radioterapia:** Es un tratamiento para el cáncer que emplea rayos X de alta energía u otros tipos de irradiación para eliminar células cancerosas.

Existen dos tipos de radioterapia. La radioterapia externa utiliza una máquina fuera del cuerpo para enviar radiación hacia el cáncer. La radioterapia interna utiliza una

sustancia radioactiva sellada en agujas, cápsulas, cables o catéteres que se colocan directamente dentro o cerca del cáncer. La forma en que se administre la radioterapia va a depender del tipo y el grado de avance del cáncer que está siendo tratado.

- **Quimioterapia:** Es un tratamiento para el cáncer que consiste en el uso de medicamentos con el propósito de detener el crecimiento de células cancerosas, bien mediante la eliminación de las células o bien impidiendo que las células se dividan. Cuando la quimioterapia se administra de manera oral o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos ingresan al torrente sanguíneo y pueden alcanzar las células cancerosas en todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en la columna vertebral, una cavidad corporal como el abdomen, o un órgano, los medicamentos afectan principalmente las células cancerosas en esas áreas. La forma en que se administre la radioterapia va a depender del tipo y el grado de avance del cáncer que está siendo tratado.

Otros tipos de tratamiento se están probando en estudios clínicos.

Alta dosis de quimioterapia con trasplante de médula ósea o trasplante de célula primaria es un método para administrar dosis muy altas de quimioterapia y luego reemplazar los glóbulos destruidos por el tratamiento del cáncer. Se extirpan células primarias (glóbulos inmaduros) de la médula ósea o la sangre del paciente o un donante y se congelan para su preservación.

Al cabo de la quimioterapia, las células primarias almacenadas son descongeladas y devueltas al paciente mediante una infusión. En el transcurso de un período breve de tiempo, estas células primarias reinsertadas se desarrollan en (y restauran) los glóbulos del cuerpo. Se están analizando en estudios clínicos el uso de este tratamiento seguido por radioterapia dirigida al tumor solamente para el meduloblastoma infantil

OPCIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL MEDULOBLASTOMA:

El meduloblastoma infantil no tratado es un tumor para el cual no se ha administrado tratamiento. Tal vez el niño haya recibido medicamentos o tratamiento con el propósito de aliviar los síntomas ocasionados por el tumor.

2.3 DEFINICION DE TERMINOS:

- **MEDULOBLASTOMA:** El meduloblastoma son tumores que se forman en la región de la fosa posterior del cerebro. Se desconoce cuál es la célula de origen exacto.
- **ONCOLOGIA:** Es la especialidad médica que se especializa en el análisis y el tratamiento de tumores tanto benignos como malignos. El concepto posee su origen en la lengua griega y está compuesto por los vocablos onkos (traducido como “masa”, “tumor”) y logos (en español, “estudio”).
- **PACIENTE PEDIATRICO:** Paciente Pediátrico Incluye todos los pacientes quienes son infantes, niños y adolescentes menores que la mayoría de edad.
- **INTERVENCION DE ENFERMERIA:** Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”.

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 FASES DE RECOLECCION DE DATOS

Para la elaboración del presente informe de experiencia profesional, se llevó a cabo de la recolección de datos, utilizando la historia clínica, el libro de los ingresos y egresos de los pacientes, la observación, la entrevista y la búsqueda documentada aplicando las guías de intervención y procedimientos de enfermería.

Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio de Oncohematología Pediátrica a fin de tener el presente informe del paciente, se utilizaron como instrumento: La recolección de acceso a los registros anteriores.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mi experiencia Laboral inicia: En Diciembre del año 2003, inicio mi experiencia profesional con pacientes pediátricos, adultos y adultos mayores del área de hospitalización de la clínica **MAISON DE SANTE DEL SUR**. En el 2005 pase al área de Cuidados Intensivos, una nueva experiencia era para mí, desconocía el manejo de ventiladores mecánicos, la rutina era diferente, debido a que se manejaban pacientes críticos, la enseñanza de mis colegas fue muy efectiva, poco a poco fue tomando experiencia en el manejo de paciente crítico, labore hasta febrero del 2010.

En el **POLICLÍNICO PARROQUIAL SAN JOSÉ OBRERO**, labore como Enfermera Asistencial: en las áreas de Inmunizaciones, Consultorios Externos, Tópico, Salas de Procedimientos – Colonoscopias, Endoscopias, broncos copia, desde el 2005 – hasta marzo 2006.

En el **INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** me desempeñe como enfermera asistencial. En el año 2007.

En la **Clínica San Felipe**, labore como enfermera asistencial en las diversas áreas de hospitalización incluyendo el área de UCI en el 2009.

En el **POLICLÍNICO PARROQUIAL SAN JOSÉ OBRERO**, labore como Enfermera Asistencial: en las áreas de Inmunizaciones, Consultorios Externos, Tópico, Salas de Procedimientos – Colonoscopias, Endoscopias, Broncoscopia, desde el 2005 – hasta marzo 2006.

En la **RED ASISTENCIAL REBAGLIATI – HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI – HOSPITAL CARLOS ALCANTARA BUTTERFIELD**, labore como enfermera de suplencia en la unidad de UVI, en el 2009 y el año 2010 ingreso al hospital Edgardo Rebagliati Martins luego de un reñido concurso público convocado por la Red Asistencial Rebagliati (RAR) en condición de contratada por plazo indeterminado con el cargo de Enfermera Asistencial, así empiezo mi labor primero en el área de retén de los diversos servicios del hospital el cual no fue muy difícil adaptarme en cada área del hospital, debido a que haber laborado en la UCI, me abrió varias puertas, a fines de Mayo del mismo año, fui designada al servicio OncoHematología luego de un reñido concurso público convocado por la Red Asistencial Rebagliati (RAR) en condición de contratada por plazo indeterminado con el cargo de Enfermera Asistencial, así empiezo mi labor primero en el área de retén y OncoHematología pediátrica del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, lugar en el que laboro hasta la actualidad.

Una nueva experiencia fue para mí, debido a que nunca había trabajado con pacientes con cáncer, en el área de OncoHematología Pediátrica, debo confesar que tuve un poco de temor al ingresar a la sala de pediatría, trabajar con los niños era muy diferente que con adultos y al ver sus dolencias también eran

mías, mi experiencia de haber trabajado en la Unidad de Cuidados Intensivos hizo que me adaptara rápidamente en el área.

Al inicio recibí una capacitación durante dos semanas, sobre la preparación al paciente acerca del tratamiento que debe recibir antes de iniciar el tratamiento de Quimioterapias, efectos durante y después la quimioterapia, manejo del Catéter Venoso Central Porth y luego pasé a los turnos rotativos.

En la actualidad son 6 años que llevo participando con el equipo multidisciplinario la atención del paciente Oncológico Pediátrico, brindando una atención de Calidad y Calidez a los niños con Cáncer del servicio de OncoHematología Pediátrica del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Para el desarrollo de este informe de experiencia profesional estoy desarrollando la intervención de Enfermería en pacientes con diagnóstico de Meduloblastoma sometidos a tratamiento de quimioterapias.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

El principal objetivo de la atención de enfermería es elaborar un plan de cuidados según las necesidades que aparezcan durante el tiempo de permanencia del niño y de su familia logrando así que nuestra atención sea integral e individualizada, con lo cual se contribuirá a una recuperación óptima.

Nosotras, las enfermeras, pasamos muchas horas junto al niño y su familia, en la mayoría de las ocasiones somos la primera persona a quién recurrirán los padres en demanda de apoyo. En el momento de recibir la primera información médica, los padres no están emocionalmente capacitados para asimilarla y será después de un periodo de reflexión cuando acudirán a nosotras en busca de una confrontación o incluso una negación de lo que han oído, hablar con un lenguaje claro, nunca mentir y evitar contradicciones. Nunca presuponer lo que les angustia.

Mi acción de enfermería detalla los cuidados que se brinda a los pacientes de la unidad ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA con diagnóstico médico de MEDULOBLASTOMA que recibieron tratamiento de quimioterapia ante los efectos secundarios originados por el tratamiento.

ANSIEDAD Y TEMOR

La ansiedad (sensación de preocupación o intranquilidad), el temor, la incertidumbre, el enojo y la tristeza son sentimientos comunes que los pacientes y sus familias tienen al estar lidiando con el cáncer. Todo esto es una reacción normal ante todo el estrés que surge con el cáncer. Muchas personas con cáncer llegan a tener depresión, la cual a menudo puede deberse a los cambios químicos causados por el tratamiento contra el cáncer.

Los efectos secundarios de un tratamiento de quimioterapia no sólo afectan al físico del paciente con cáncer, también a su ánimo y sus relaciones sociales.

OBJETIVO:

Brindar una atención de calidad con calidez al paciente oncológico que recibe quimioterapia antineoplásica en hospitalización.

ACCIONES:

- Educar al paciente y familiares sobre el tratamiento y efectos secundarios.
- Orientar al paciente y familiares sobre las normas establecidas para su atención.
- Educar al paciente y familia acerca de la importancia de la continuidad del tratamiento.
- Favorecer a la interrelación con el resto de los pacientes y miembros del equipo de salud.
- Brindar comodidad y confort al paciente.

NAUSEAS:

Son una sensación de malestar en el estómago, cuando la quimioterapia entra en el cuerpo, los sensores en el sistema digestivo y el cerebro detectan su presencia como una sustancia extraña. En una serie compleja de señales entre el cerebro y la boca, el estómago, el intestino delgado y el torrente sanguíneo, la medicación estimula el “centro de vómito” en el cerebro. Varios productos químicos, incluyendo los llamados serotonina y sustancia P, son liberados, desencadenando la náusea y los vómitos. Por lo tanto, tratando la causa, las náuseas desaparecen.

OBJETIVO:

Paciente mantendrá equilibrio nutricional adecuado.

ACCIONES:

- Informar a los familiares sobre su aparición, que suele ser a las 2-3 horas de la administración de la quimioterapia y pueden durar hasta 72 horas.
- Disminuir la ansiedad mediante técnicas de relajación.
- Administrar antieméticos antes, durante y después del tratamiento de citotóxicos.
- Proporcionar pequeñas cantidades de alimentos, según tolerancia.

VOMITOS

Los vómitos provocados por el tratamiento quimioterápico son unos de los efectos secundarios que más preocupan y más discomfort provocan en el paciente con cáncer. Se producen hasta en un 70-80% de los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia. Un mal control de éstos puede llevar a la deshidratación del paciente, problemas nutricionales, alteraciones electrolíticas, deterioro físico y en ocasiones llegar a provocar un síndrome de Mallory-Weiss.

Esto ocasiona retrasos en el tratamiento oncológico previsto, incluso en ocasiones hasta un rechazo del tratamiento por parte del paciente. En vista de las implicaciones psicológicas y sociales, así como el perjuicio físico asociado con vómitos, su tratamiento adecuado y efectivo continúa siendo un problema de gran importancia.

OBJETIVO:

Paciente mantendrá equilibrio nutricional adecuado.

ACCIONES:

- Pueden ser agudos (primeras 24 horas, siendo muy intensos), anticipatorios (antes de la quimioterapia) y retardados (aparecen después de las primeras 24 horas, alcanzando un máximo entre las 48-72 horas y desaparecen al 4° o 5° día, son menos intensos, pero molestos por su duración.
- Si los vómitos son muy frecuentes y prolongados es probable que aparezcan trastornos en el equilibrio electrolítico y deshidratación. Habrá que instaurar reposición por vía endovenosa.
- Administrar tratamiento antiemético.
- Evitar las comidas pesadas, grasientas, fritos, picantes, alimentos que produzcan gases o sensación de plenitud, alimentos con olores intensos.
- Distracciones o técnicas de relajación.

DISFUNCION RENAL

La insuficiencia renal aguda es un mal funcionamiento de los riñones, de modo que no pueden realizar sus funciones vitales, una de las más importantes de las cuales es filtrar las sustancias de desecho. Algunos tratamientos del cáncer producen daños a los riñones que pueden conducir a insuficiencia renal aguda. Los daños renales suelen ser reversibles, si se tratan cuidadosamente para

controlar las complicaciones potencialmente mortales. Una vez el fármaco o fármacos que están produciendo el daño renal se suspenden, el tratamiento se centra en prevenir el exceso de acumulación de líquido y desechos mientras se permite a los riñones curarse.

OBJETIVO: Paciente no presentara disminución del gasto cardiaco evidenciado diuresis > de 50 cc / hora y niveles de creatinina

ACCIONES:

- Vigilar signos de alarma en la administración de los siguientes fármacos: Carboplatino, Metotrexato, en altas dosis verifique que el paciente tenga su perfil de función renal (urea, creatinina, depuración de creatinina) dentro de los límites normales.
- Observar que el paciente no presente edemas.
- Verificar que el paciente se encuentre en buen estado de hidratación.
- Estimule la ingesta de líquidos.
- Cuantificar la diuresis que debe ser el 50% de los ingresos totales al finalizar el tratamiento.

ESTREÑIMIENTO

En los casos de cáncer, el estreñimiento ocurre más probablemente debido al cáncer mismo o como efecto secundario del tratamiento. Aparece cuando el cuerpo absorbe más agua o envía señales a los alimentos para que se desplacen por los intestinos de forma más lenta. El estreñimiento es un síntoma frecuente pero controlable en las personas con cáncer.

OBJETIVO:

El paciente recuperará y mantendrá su patrón habitual de defecación

ACCIONES:

- Suele aparecer entre los 5-8 días siguientes al tratamiento.
- Algunos citostáticos pueden causar estreñimiento, causando un trastorno de la motilidad intestinal. También a veces se produce como consecuencia secundaria del uso de antieméticos.
- Recomendar al paciente que tome alimentos ricos en fibra y residuos, para facilitar el tránsito intestinal (fruta con piel, verdura, cereal integral, ciruelas, higos, que aumente la ingesta de líquidos y que tome zumo de naranja con aceite o una bebida templada o caliente, en ayunas.
- En ocasiones se puede ser necesario el uso de laxantes, micro enemas o enemas.

DIARREA

Es uno de los efectos más frecuentes en el tratamiento de quimioterapia, debido a que afectan principalmente a las células que se dividen con rapidez, como las del revestimiento de los intestinos grueso y delgado. Un número elevado de dichas células muere, lo cual provoca que en los días y semanas posteriores el tubo digestivo no funcione de forma eficaz, con lo que el cuerpo no absorbe bien las grasas, los derivados de la leche, las sales biliares, los minerales, las vitaminas y el agua.

Se considera diarrea como consecuencia del tratamiento con citostáticos cuando hay 3 o más evacuaciones líquidas en las 24 horas siguientes a la administración de la quimioterapia con dolor cólico y distensión abdominal.

Normalmente aparece: como consecuencia de la utilización a dosis altas de antieméticos, asociada al uso de algunos citostáticos, como consecuencia de una mucositis grave que afecte a la totalidad del tracto gastrointestinal.

OBJETIVO:

El paciente recuperará y mantendrá su patrón habitual de defecación.

ACCIONES:

- Valoración de: peso, preferencias dietéticas y ritmo deposicional.
- Examen y valoración del paciente: estado de deshidratación, presencia de ruidos cólicos o dolor abdominal, frecuencia, consistencia y olor de las heces. Anotar frecuencia y consistencia de las heces.
- Aconsejar al paciente dietas blanda ricas en carbohidratos y proteínas (pollo hervido, arroz blanco, puré de patatas o zanahoria, manzana asada, plátano); comidas pequeñas y frecuentes; aumentar la ingesta de líquidos (3l/día); desaconsejar dietas ricas en fibras o residuos, alimentos grasos o fritos, alcohol, cafeína, te, refrescos con gas, alimentos muy calientes o muy fríos, ya que estimulan el peristaltismo.
- Cuando disminuya la diarrea incorporar 2 yogures al día en la dieta para regenerar la flora intestinal.
- Si la diarrea es severa aconsejar dieta líquida.
- Administración de antidiarreicos (por prescripción facultativa).
- Instruir al paciente y a la familia sobre los cambios dietéticos, la medicación necesaria, control de peso y complicaciones que se han de poner en conocimiento del personal sanitario como sangre en heces, signos de deshidratación, distensión abdominal brusca.
- Aconsejar que se lave la zona rectal después de cada deposición con agua templada y jabón suave, después se debe secar bien la zona.
- Evaluar la integridad de la piel.

MUCOSITIS

La mucositis es la alteración con inflamación del tejido que cubre el tubo digestivo. Si se produce en la boca, la denominamos mucositis oral. Se manifiesta por enrojecimiento, presencia de úlceras o llagas, e inicialmente suele aparecer sequedad bucal y sensación quemante.

OBJETIVO:

Paciente mantendrá mucosa oral integra.

ACCIONES:

- Vigile la presencia de signos síntomas de lesiones bucales e instruir a la paciente y familiar en su detección precoz.
- Informe e instruya a la paciente sobre el método de exploración bucal, búsqueda de complicaciones y cuidados completos de la cavidad bucal (lavado con cepillo de dientes suave tras cada comida, enjuagues con antisépticos o agua bicarbonatada).
- Recomiende la aplicación frecuente de lubricantes en los labios y el mantenimiento de la mucosa húmeda con toma de líquidos frecuentes y alimentos blandos y húmedos.
- Informe la importancia de evitar alimentos ácidos, muy calientes y picantes
- En caso de lesión, facilitar gel de lidocaína o analgésicos sistémicos, si están indicados.
- Valore alteración en los patrones de alimentación, sueño y descanso.
- Eduque al paciente sobre la prevención de mucositis especialmente en aquellos que reciben drogas como: Arabinosido de citosina, Metotrexato Gemcitabina, 5-Flúor acilo.
- Eduque al paciente y familiares sobre los signos y síntomas de mucositis, (enrojecimiento de cavidad oral, Presencia de lesiones en cavidad oral, imposibilidad de ingerir alimentos, sangrado de encías, ardor en hipogastrio, pérdida de moco y/o 7sangrado en las deposiciones. Grados de Mucositis:

- **1º grado:** ° Antifúngicos orales (Nistatina) (enjuagar la boca y si dolor de garganta tragar). ° Enjuagues para limpieza de la mucosa con manzanilla, agua bicarbonatada o agua oxigenada.
 - **2º grado:** ° Antifúngicos orales (enjuagar la boca y si dolor de garganta tragar). ° Solución para mucositis (hacer gárgaras). Enjuagues para limpieza de la mucosa con manzanilla, agua bicarbonatada o agua oxigenada. ° Antifúngico iv (Fluconazol) (por prescripción facultativa).
 - **3º grado:** Analgésicos del primer y segundo escalón, por vía alternativa a la oral (por prescripción facultativa). ° Enjuagues para limpieza de la mucosa con manzanilla, agua bicarbonatada o agua oxigenada. Enjuagues para tratamiento de la sobreinfección con antifúngicos orales y solución para mucositis (compuesta por un anestésico, un antiséptico y un antihistamínico).
 - **4º grado:** Analgésicos del tercer escalón, por vía alternativa a la oral Antifúngicos por vía endovenosa. Enjuagues para limpieza de la mucosa con manzanilla, Lidocaína (anestésico tópico, calma el dolor, previo a las comidas manteniéndolo 10 minutos en la boca).
- Las temperaturas extremas de las comidas no son bien toleradas, ni tampoco las comidas muy sazonadas, especiadas o ácidas (zumos, vinagre, cítricos). El yogurt frío o helado es sedante de la mucosa oral y suministra alimento rico en proteínas. Se debe aconsejar que tome dieta líquida. No tomar alimentos secos (pan, fruto seco, plátano, fécula) por el residuo que dejan en el tracto oral al ser ingeridos.
 - Enseñar al paciente a realizar un examen oral cada día delante del espejo, así como a detectar síntomas tales, como ardor, rojez, úlceras, placas blandas, dificultad para tragar, hinchazón de labios y lengua, dolor, sensación de sequedad.

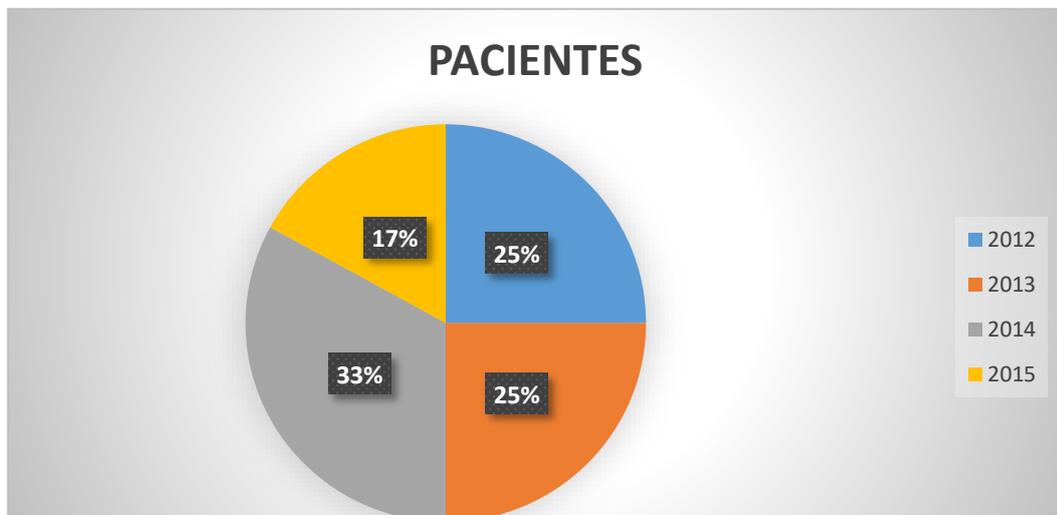
- Dar suplementos nutricionales: batidos o preparados hiperproteicos o administrar nutrición.
- En la prevención de mucositis la enfermera considerara:
 1. Ingesta de abundantes líquidos.
 2. Enjuagatorios con agua bicarbonatada cada 4 horas y después de los alimentos.
 3. Uso de cepillos dentales de cerda suave.
 4. Educar al paciente sobre la importancia de la terapia oral con antiácidos.
 5. Evitar la ingesta de alimentos condimentados, ácidos e irritantes.

IV. RESULTADOS

TABLA 01

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON MEDULOBLASTOMA EN EL SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE ESSALUD EN LOS AÑOS DE 2012 AL 2015

AÑOS	PACIENTES	%
2012	3	25
2013	3	25
2014	4	33
2015	2	17
TOTAL	12	100

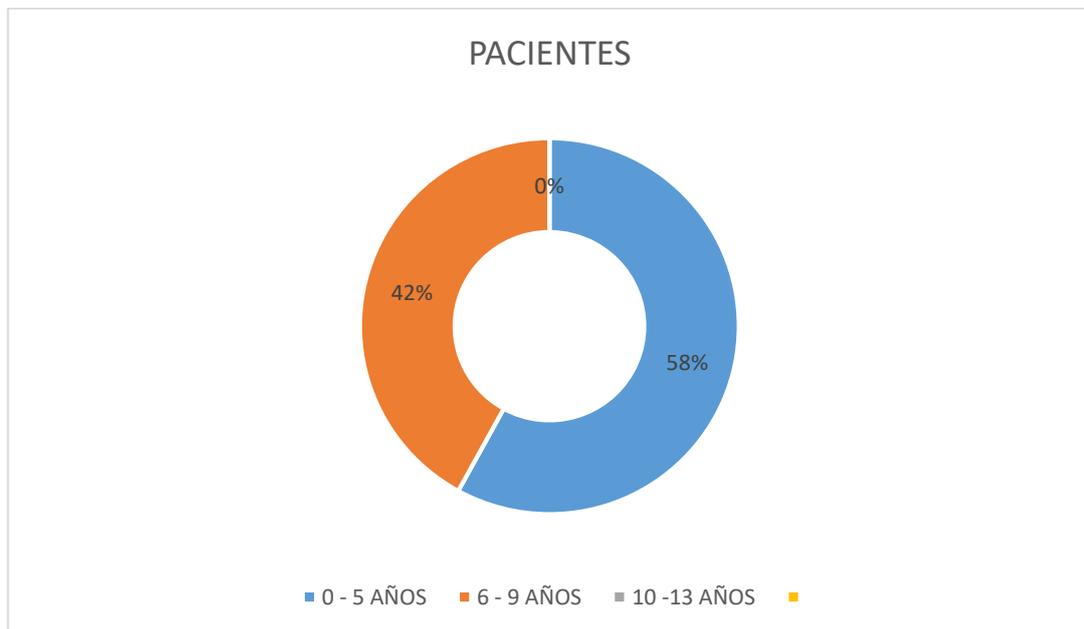


Se puede observar que en el Servicio de OncoHematología Pediátrica se atendieron a 12 pacientes Meduloblastoma entre los años 2012 al 2015, siendo el año 2014 donde se observó mayor número de pacientes con esta patología con un 33%.

Tabla Nro.3

**EDAD DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON
MEDULOBLASTOMA INGRESADOS AL SERVICIO DE
ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA DEL HNERM EN LOS AÑOS
2012 AL 2015**

EDAD	PACIENTES	%
0 – 5 AÑOS	7	58
6 – 9 AÑOS	5	42
10 -13 AÑOS	0	0
TOTAL	12	100

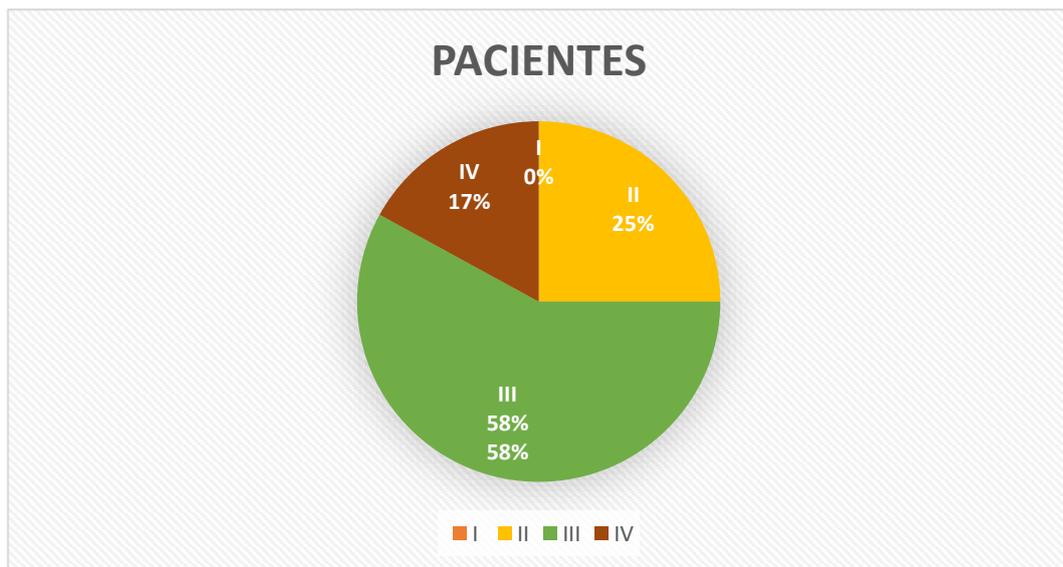


Se puede observar que los pacientes con Meduloblastoma atendidos en el año 2012 al 2015 fueron con mayor frecuencia en niños cuyas edades fluctúan entre 0 a 15 donde el rango es (58%) y de 6 a 9 años 11 (42%). Siendo más frecuente esta enfermedad en la edad de 0 a 5 años

Tabla Nro. 4

PACIENTES CON MEDULOBLASTOMA SEGUN EL ESTADIO TUMORAL AL INGRESO EN EL SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HNERM EN LOS AÑOS DE 2012 AL 2015

ESTADIOS	PACIENTES	%
I	0	0
II	3	25
III	7	58
IV	2	17
TOTAL	12	100



Se observó que de los 12 pacientes (100%) con meduloblastoma ninguno acude en estadio I cuando existe mayor posibilidad de curación. Se evidencia que los pacientes acuden cuando se encuentran en el estadio II con un 25%, en el estadio III con un 58% y en el estadio IV con un 17%, cuando el tumor ya ha sido expandido, reduciéndose sus posibilidades a la respuesta del tratamiento.

V. CONCLUSIONES

- Una vez obtenidos los resultados a través de la elaboración del informe de experiencia profesional es pertinente destacar que el meduloblastoma es una enfermedad que afecta principalmente a niños en los primeros años de vida y que, además, afecta de una manera general el sistema orgánico de las personas llegándolos a dejar en condiciones totalmente dependientes de enfermería.
- La calidad de la relación del paciente con el personal de enfermería que se hospitaliza en la Unidad de OncoHematología Pediátrica, es vital para el afrontamiento de la enfermedad, tratamiento y evolución.
- Las enfermeras prestamos un cuidado holístico y actuamos como defensores del paciente, colocando los intereses de este en primer lugar y trabajando colaboración con ellos mismos.
- La experiencia profesional y la preparación académica constante permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente pediátrico con Meduloblastoma.

-

IV.RECOMENDACIONES

- Fomentar la actualización y capacitación permanente de enfermería.
- Actualización de Guías y protocolos de atención.
- Realizar talleres de las buenas relaciones interpersonales para el personal de salud.
- Realizar una cartilla informativa sobre los cuidados de los pacientes con diagnóstico de Meduloblastoma, efectos de la quimioterapia, señales de alarma
- Mejorar la educación que brindamos al niño y familia con la elaboración de videos dentro del servicio.

VII. REFERENCIAS

1. G. Dahll. Medulloblastoma. J Child Neurol., 24 (2009), pp. 1418-1430
<http://dx.doi.org/10.1177/0883073809341668>- Medline
2. Thompson, Jenny. Contribución del personal de enfermería. Atención centrada en la familia en Libro de Ponencias de 10 Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer. Valencia: Repro-Exprés, S.L. 1993
3. www.fundacionflexer.org Fundación Natalí Dafne Flexer - de ayuda a niños y jóvenes con cáncer
4. Ward Elizabeth, DeSantis Carol y otros. Revista: CA: Cancer Journal for Clinicians. Niñez y adolescentes con cáncer estadísticas 2014.
5. Gonzales Jimenez, Lara. Experiencias vividas por niños y niñas con cáncer a través de la musicoterapia: un proyecto de acción-participación. 2012-2013.
6. Kleihues Paul, MD, David N. Louis et al. The WHO Classification of Tumors of the Nervous System Journal of Neuropathology and Experimental Neurology. Vol. 61, No. 3 Copyright q 2002 pp. 215 - 225.
7. Moore J. Autocuidado y Prácticas de Cuidado Dependiente. Medwave [revista en internet] 2006 [consultado 15 de septiembre 2011]
8. <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/cursoautocuidado2006/3/2>
781
9. Alvarado L. El Cuidado Paliativo Brindado al Niño con Enfermedad Oncológica: Una Mirada a la Labor de Enfermería desde las Familias Cuidadoras. [tesis de grado]. Medellín; 2007 [consultado septiembre 2011]. Disponible en:

http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/39/1/01_Portada.pdf

10. González P (Enfermera). Experiencias y Necesidades Percibidas por los Niños y Adolescentes con Cáncer y por sus Familias. [revista en línea] 2004 [consultado agosto 2011]; disponible en http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original%2016.pdf

11. Estrada S, y Colbs. UCLA Decanato de Medicina. Barquisimeto- Venezuela. Boletín Médico de Postgrado; [Enero- Marzo 2003; consultado septiembre 2011]. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=396414&indexSearch=ID>

12. Gutiérrez Flórez, Ana; Quiroga Barón Jeimy. “Condiciones que influyen en la apreciación de la calidad del cuidado en unidades de quimioterapia ambulatoria. Revisión documental de 1980 a 2007”. Bogotá. Junio 2008. <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis31.pdf>

13.(11) Elsa María de Oliveira Pinheiro de Melo; Pedro Lopes Ferreira; Regina Aparecida García de Lima; Débora Falleiros de Mello; “Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados de Mayo a Junio 2014”. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf

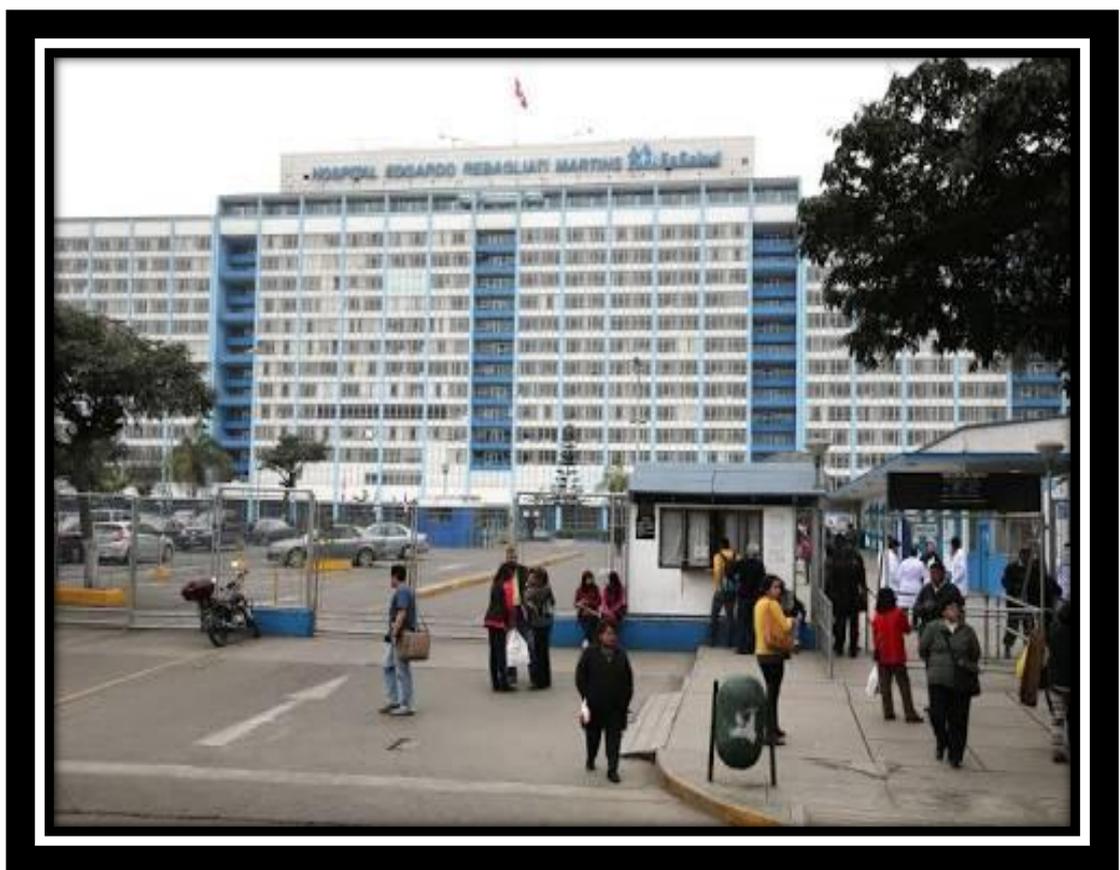
14.(15) Aiquipa Mendoza, Ana. “Calidad de Atención de Enfermería según opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN”, Lima 2003 http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/aiquipa_ma/aiquipa_ma.pdf

15. Oscanoa Mónica MD; Vásquez Liliana MD; Maza Ivan MD; Gerónimo Jenny MD; Paredes Gloria MD. “Factores asociados al tiempo de diagnóstico del Linfoma No Hodgkin infantil y adolescente en el Perú. 2014”.

16. Neurocirugia.com, Meduloblastoma [sede web]. Neurocirugía.com; [actualizada el 27 de agosto de 2011; consultada en julio 2011]. Disponible en:
<http://www.neurocirugia.com/wiki/doku.php?id=meduloblastoma>
17. Russo C, Pellarin M, Tingby O, Bollen AW, Lamborn KR, Mohapatra G, et al. Comparative genomic hybridization in patients with supratentorial and infratentorial primitive neuroectodermal tumors. *Cancer* 1999;86:331-339.- Nicholson JC, Ross FM, Kohler JA, Ellison DW. Comparative genomic hybridization and histological variation in primitive neuroectodermal tumours. *Br J Cancer* 1999;80:1322-1331
18. Ellison D. Classifying the medulloblastomas insights from morphology and molecular genetics. *Neuropathol Appl Neurobiol* 2002;28:257-282
19. The Childhood Brain Tumor Consortium. A study of childhood brain tumors based on surgical biopsies from ten North American institutions: sample description. *J Neurooncol* 1988;6:9-23.
20. Kernohan JW. Tumors of congenital origin En: Minkler J, ed. *Pathology of the nervous system*. New York: McGraw-Hill; 1971. pp. 1927-1937.
21. FUENTE: http://www.hsr.gob.pe/.../enferm.../guia_atencion_oncologica.pdf

ANEXOS

HOSPITAL EDGARDO MARTINS REBAGLIATI





SERVICIO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA







**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES
CON MEDULOBLASTOMA**

DIAGNOSTICO	OBEJETIVO	INTERVENCIONES
Ansiedad y Temor relacionado al tratamiento de quimioterapia	Paciente disminuye su ansiedad manteniendo aceptación y colaboración en su tratamiento-	<ul style="list-style-type: none"> - Educar al paciente y familiares sobre el tratamiento y efectos secundarios. - Orientar al paciente y familiares sobre las normas establecidas para su atención. - Educar al paciente y familia acerca de la importancia de la continuidad del tratamiento. - Favorecer a la interrelación con el resto de los pacientes y miembros del equipo de salud. - Brindar comodidad y confort al paciente.
Riesgo de la alteración de la integridad cutánea relacionado con la extravasación de agentes quimioterapicos.	Evitar la presencia de lesiones manteniendo la piel intacta sin signos de flogosis.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar al paciente sobre el tratamiento que va a recibir para

		<p>poder canalizar la vía periférica.</p> <ul style="list-style-type: none">- No utilizar los miembros edematizados.- Verificar la permeabilidad de las venas.- Educar al paciente para el informe inmediato ante la sensación de dolor o ardor en zona de la venopunción.- Observar periódicamente la zona de venopunción durante la administración.- Si el paciente es portador de catéter porth aperturar para su
--	--	--

		administración de tratamiento
Nauseas r/c quimioterapias	Paciente mantendrá equilibrio nutricional adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a los familiares sobre su aparición, que suele ser a las 2-3 horas de la administración de la quimioterapia y pueden durar hasta 72 horas. - Disminuir la ansiedad mediante técnicas de relajación. - Administrar antieméticos antes, durante y después del tratamiento de citotóxicos. - Proporcionar pequeñas cantidades de alimentos, según tolerancia.
Nauseas r/c	Paciente mantendrá equilibrio nutricional adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a los familiares sobre su aparición, que suele ser a las 2-3 horas de la administración de la quimioterapia y

		<p>pueden durar hasta 72 horas.</p> <ul style="list-style-type: none">- Disminuir la ansiedad mediante técnicas de relajación.- Administrar antieméticos antes, durante y después del tratamiento de citotóxicos.- Proporcionar pequeñas cantidades de alimentos, según tolerancia.
--	--	---