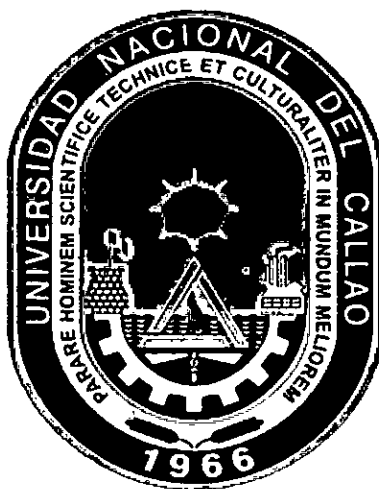


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON LINFOMA NO  
HODGKIN SOMETIDO A TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN EL  
SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL  
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015- 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR EL  
TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL  
EN ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA**

**ISABEL AMALIA HURTADO RAMOS**

**CALLAO - 2016  
PERÚ**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>4</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	4
1.2 Objetivo	10
1.3 Justificación	10
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>11</b>
2.1 Antecedentes	11
2.2 Marco conceptual	20
2.3 Definición de términos	48
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>49</b>
3.1 Recolección de datos	49
3.2 Experiencia profesional	50
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	56
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>75</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>78</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>79</b>
<b>VII. REFERENCIALES</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>84</b>

## INTRODUCCIÓN

Un diagnóstico de cáncer a cualquier edad resulta ser perturbador y más aún si se trata de un niño. En muchos países el cáncer es la segunda causa de muerte en niños mayores de un año, superada sólo por los accidentes. No se conocen las causas de la mayoría de los cánceres infantiles, pero pueden surgir como resultado de mutaciones en genes que causan un crecimiento celular descontrolado lo cual dará origen al cáncer. En los adultos estas mutaciones genéticas son a menudo el resultado de la exposición a factores ambientales como el humo del cigarro, el asbesto y la radiación ultravioleta del sol, pero en el caso de los niños es difícil determinar si pudo estar expuesto tempranamente en su desarrollo a estos factores.

Un niño con cáncer debe ser diagnosticado con precisión y tratado adecuadamente por el equipo de especialistas en oncología pediátrica. De todos los tipos de cánceres infantiles el linfoma no Hodgkin casi siempre está diseminado en el momento del diagnóstico, el tratamiento requiere dosis altas de quimioterapia y/o radioterapia, las terapias intensivas pueden destruir las células normales en la médula y con ello darse complicaciones severas. Así el campo de acción de enfermería buscará nuevos horizontes en la atención y tendrá como centro del cuidado no sólo al niño sino también a su familia.

Así es importante la orientación a los padres para proveerles conocimientos acerca de la enfermedad y tratamiento durante y después de la hospitalización con lo cual se minimizarán las complicaciones y ayudará a su hijo a soportar los procedimientos, tomar medicaciones, soportar restricciones a lo que eran sus actividades cotidianas.

La experiencia de un niño con cáncer y su familia es altamente estresante, sin embargo es una oportunidad para reconocer fortalezas, cambiar roles y compartir intensamente el tiempo en familia.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: Planteamiento del Problema incluye la descripción de la situación problemática, objetivos y justificación; el capítulo II Marco Teórico incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos; el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional; capítulo IV : resultados ; capítulo V : conclusiones, capítulo VI las recomendaciones y el capítulo VII: Referenciales, además contiene un apartado de anexos.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la situación problemática

El diagnóstico de cáncer en niños y adolescentes es un evento que cambia la vida para ellos, así como a sus familias. A pesar de los avances en el tratamiento que han aumentado la tasa de supervivencia global a 5 años para el cáncer infantil, lo que aproximadamente es el 80%, el cáncer sigue siendo la segunda causa principal de muerte (después de accidentes) en niños de 5 a 14 años. (1,2)

El cáncer pediátrico no es prevenible, pero se puede detectar oportunamente, lo que aumenta la oportunidad de curación. En los últimos años se han registrado avances muy importantes en el tratamiento, como la introducción de la radioterapia y la quimioterapia, así como la creación de nuevos protocolos clínicos controlados y pautas más adecuadas para cada neoplasia y para cada paciente. En muchos países de la región, el cáncer es una de las principales causas de muerte en niños mayores de un año. En 2012, alrededor de 29.000 niños y adolescentes menores de 15 años fueron diagnosticados con cáncer en las Américas. La leucemia es el tipo

más común, seguido por los tumores del sistema nervioso central, y los linfomas de Hodgkin y no Hodgkin.(3)

Se estima que para los niños con cáncer de los países en desarrollo su sobrevivencia está entre 10 y 20% menor que la de aquellos en su misma situación en países desarrollados. Las causas de esta situación se adjudican al diagnóstico tardío, el limitado acceso al tratamiento, su abandono y la recurrencia de la enfermedad. (3)

En Estados Unidos el LNH representa el 62% de los casos de linfoma en niños y aproximadamente el 35% de los casos de linfoma en los adolescentes. Se estimó que unos 620 niños y 420 adolescentes serían diagnosticados con linfoma no Hodgkin en 2014. Los subtipos más frecuentes en niños y adolescentes son el linfoma de Burkitt (BL) (19%), el linfoma de células B grandes (22%) difusa, linfoma linfoblástico (20% ), y el linfoma anaplásico de células grandes (10%). (4).

El linfoma no Hodgkin representa alrededor del 5% de todos los cánceres en niños. (La enfermedad de Hodgkin representa alrededor de otro 3%). En niños de 14 años o menos, la mayoría de los linfomas son linfomas no Hodgkin, con alrededor de 500 de estos cánceres

diagnosticados en los Estados Unidos cada año. Si se incluyen a todos los niños y adolescentes de hasta 19 años, las cifras de linfomas Hodgkin y no Hodgkin son casi iguales. Se reportan alrededor de 900 casos de linfomas no Hodgkin cada año.

El linfoma no Hodgkin es alrededor de dos a tres veces más común en los niños que en las niñas, y es más común en niños blancos que en los de la raza negra, tanto la incidencia y distribución subsitio de linfoma no Hodgkin varían en todo el mundo.

Aproximadamente 2% de todos los linfomas no Hodgkin ocurren en niños y adolescentes. En general, el riesgo de linfoma no Hodgkin en niños aumenta con la edad. Puede presentarse a cualquier edad, pero no es común en niños menores de 3 años.

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. (5).

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y

8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% (22 millones) en los próximos 20 años.(6)

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. (7)

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 periodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100000 mujeres. (7)

En la actualidad una realidad más que evidente es el cáncer infantil, las experiencias que viven estos pacientes y su familia, sus emociones, sentimientos, ansiedad, estrés, 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 a 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.

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ubicado en el distrito de Jesús María, servicio de Onco Hematología 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 Linfoma No Hodgkin, que se ha ido observando día a día durante mi experiencia profesional.

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.

Es importante que las enfermeras que trabajan en el área de oncología pediátrica se muestren atentas, sensibles a las necesidades que presenten no sólo el paciente sino también la familia, ya que ésta enfrenta momentos difíciles desde el momento del diagnóstico y necesita muchas veces que se le aclaren dudas, que se les brinde apoyo en los momentos de dolor y sufrimiento. Por eso como profesionales de la salud debemos reconocer las áreas específicas donde tendremos que intervenir debidamente para evitar mayores complicaciones y encaminar la recuperación del niño oncológico, de esta manera se buscará la integración y participación activa de la familia.

## **1.2. Objetivo**

Describir la intervención de enfermería en el paciente con linfoma no Hodgkin con tratamiento de quimioterapia en el servicio de Onco Hematología pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

## **1.3. Justificación**

El cáncer del niño se sigue considerando por la población general, e incluso por muchos médicos, como una enfermedad potencialmente fatal o por lo menos con mayores posibilidades de fracasar que de curar. El resultado del diagnóstico es sentido por la familia como una situación límite de desesperanza y luego, al darse la información real y al establecer una buena relación con el equipo tratante, la familia va asumiendo el diagnóstico y el pronóstico. Se llega así a una adaptación en que toda la energía familiar se vuelca en el empeño del tratamiento del niño junto con darle el mayor cariño y protección.

Las intervenciones que competen a la enfermera oncóloga beneficiará no sólo al paciente sino también a su familia y por ende tendrá como resultado una atención humanizada y de calidad que elevará los estándares de atención en la Institución elevando el prestigio y confianza para atender pacientes pediátricos con diagnóstico oncológico, además la educación a la familia para el cuidado del paciente con linfoma no Hodgkin disminuirá las complicaciones y/o efectos del tratamiento.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

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. **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.(8)

André da Silva Carvalho, Jéssica Renata Bastos Depianti, Liliane Faria da Silva, Rosane Cordeiro Burla de Aguiar, Ana Cláudia Moreira Monteiro. **“Reacción de la familia del niño con diagnóstico de cáncer: estudio descriptivo”**. Río de Janeiro. 2013.

**Objetivos:** identificar las reacciones de la familia delante del diagnóstico de cáncer infantil; describir la actuación del equipo de enfermería frente a esas reacciones; analizar la expectativa de la familia para el cuidado de enfermería al ocurrir el diagnóstico de cáncer infantil. **Método:** pesquisa cualitativa, descriptiva, realizada en una clínica onco-hematológica localizada en Rio de Janeiro. Se utilizó la entrevista semiestructurada. **Resultados:** surgieron las unidades temáticas: las reacciones de la familia delante del diagnóstico de cáncer infantil; la actuación del equipo de enfermería delante de las reacciones de la familia del niño con diagnóstico de cáncer; expectativa de la familia con respecto al rendimiento del equipo de enfermería delante de los familiares del niño con cáncer.

**Discusión:** los familiares experimentan sentimientos como desespero, miedo de la muerte, culpa, revuelta y negación, siendo necesario incluir a la familia en los cuidados de enfermería.

**Conclusión:** para atendimento de las necesidades de las familias, el cuidado debe propiciar comodidad, apoyo y comunicación clara sobre la enfermedad, minimizando, así, el sufrimiento de ellas. (9)

Ángela María Alarcón; Lucy Barrera-Ortiz; Sonia Patricia Carreño; Gloria Mabel Carrillo; Ruth Elena Farías; Gladys González; Beatriz Sánchez-Herrera; Narda Santamaría. **“Desarrollo de un modelo funcional de cuidado de enfermería en cáncer”**. Bogotá. Colombia. Febrero del 2014. **Objetivo.** Plantear y validar un modelo funcional que permita abordar, orientar y cualificar el cuidado de enfermería en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., de Colombia (INC). **Metodología.** En el marco del trabajo docente asistencial y como respuesta a las prioridades establecidas por el INC, se determinó la necesidad de contar con un modelo para comprender mejor el quehacer de enfermería en la institución. Para ello se adelantó un estudio en tres fases: 1) Análisis del contexto, 2) Elaboración y análisis de las narrativas de cuidado y 3) Desarrollo del Modelo funcional de Cuidado de Enfermería a partir de las narrativas. **Resultados.** Con base en el análisis del contexto se seleccionó la teoría de "Enfermería como Cuidado" de Boykin y Shoenhofer; a partir de esta se desarrolló y aplicó una guía para la construcción y análisis de las narrativas de cuidado. Por último, mediante un análisis de contenido de las narrativas de cuidado emergieron 143 códigos nominales y ocho categorías o conceptos centrales. La forma como estos conceptos se relacionan en el contenido del texto dieron paso a los supuestos del modelo de cuidado de enfermería del INC cuya dinámica fue definida y graficada para ser

comunicada. La validación del Modelo de cuidado de enfermería ratificó los planteamientos expresados por los participantes. **Conclusión.** El abordaje cualitativo permitió inducir un modelo funcional humanista, integral de servicio e institucional de cuidado para el INC que es único; sin embargo, la metodología es replicable en otra institución. Las sinergias que generan la asistencia y la educación para fortalecer la práctica de la enfermería se hacen visibles en un ejercicio de esta naturaleza. (10).

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. (11)

Enf. Mg. Lina Fernanda Barrera Sánchez, Enf. Mg. Giomar M. Herrera Amaya. **“Validación de material educativo para la promoción de estilos de vida saludable”**. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – UPTC. **Objetivos:** Validar material educativo para la promoción de estilos de vida saludable en población adulta. **Materiales y método:** El presente estudio es de tipo descriptivo. Validación con población objetivo (n= 230) y validación por expertos (n=5). El instrumento utilizado es Guía APRA - OMS dirigido a evaluar material impreso de nueve criterios, previamente validado. Se consideró como material impreso un boletín informativo. **Resultados:** En la primera validación con población objetivo (n=110) se obtuvo un puntaje promedio de 35,6 para “realizar reformas” (modificar tamaño de letra, adecuar términos, colores de letra, gráficos, disminuir temáticas, puntualizar ideas, división de espacios, redacción). Frente a la segunda validación (n=120) se obtuvo un puntaje promedio de 40 para “usar como esta”, aunque se sugiere



resaltar títulos, aumentar tamaños de letra. En la validación de expertos (n=5) se obtuvo un puntaje promedio de 37 para “realizar reformas” en aumentar tamaño de la letra, adecuar imágenes a la población, revisar redacción, puntualizar ideas. **Discusión:** Estudios existentes demuestran que la validación del material educativo permite un mayor impacto en las intervenciones educativas; se evalúa el material no al participante; el mensaje sustancial no debe cambiarse; los resultados se usan para corregir o mejorar el material. **Conclusiones:** Se valida el material educativo obteniendo un producto final de acuerdo con las expectativas de la población a la que va dirigido. (12)

Dra. C. Caridad Verdecia Cañizares, | Dra. María Elena Santos Labarcena, | Dra. Rosa María Lam Díaz. **“Comportamiento del linfoma no Hodgkin en la edad pediátrica”. Servicio de Oncocirugía. Hospital Pediátrico Universitario “William Soler”. Instituto de Hematología e Inmunología. La Habana, Cuba. 2014.** **Objetivo:** describir las diferentes formas de presentación de esta enfermedad en la edad pediátrica, y determinar el promedio de años vividos después de concluido el tratamiento. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en 79 pacientes con diagnóstico de linfomas no Hodgkin atendidos en el servicio de Oncocirugía del

Hospital Pediátrico Docente "William Soler", de marzo de 1995 a marzo de 2014. Resultados: 48 pacientes fueron del sexo masculino y 31 del femenino. El grupo de edad de mayor afectación fue el de 10 a 14 años. El 54,4 % de los pacientes tuvieron linfomas de localización abdominal y el 29,1 % fueron de localización mediastinal. Otros sitios afectados fueron la región cervical, la amígdala palatina y renal primaria en el 10,1, 3,8 y 2,6 % de los pacientes respectivamente. La variante histológica más frecuente fue el linfoma no Hodgkin inmunofenotipo B (75,9 %), seguido del linfoma no Hodgkin inmunofenotipo tipo T en el 21,5 % de los casos. El dolor abdominal y la masa tumoral palpable fue la manifestación clínica principal en el 64,5 %. El promedio de años vividos en el linfoma no Hodgkin de localización renal, cervical y amígdala palatina fue ligeramente superior ( $5,7 \pm 0,3$ ,  $5,5 \pm 1,8$  y  $5,2 \pm 0,7$  respectivamente).

**Conclusiones:** el linfoma no Hodgkin inmunofenotipo B de localización abdominal es el más frecuente. El dolor y el tumor abdominal son las manifestaciones clínicas principales, y los pacientes con linfomas no Hodgkin de la región cervical y amígdala palatina tienen mayor promedio de vida después de concluido el tratamiento.

(13)

Urdiain Ibarrola, Silvia. **“Estudio sobre la educación para la salud que se da a los padres de niños oncológicos en relación a los cuidados de los mismos en Navarra y papel de Enfermería en dicho proceso”**. Pamplona 2014. **Objetivo:** Realizar un estudio para encontrar mediante una revisión bibliográfica en bases de datos especializadas, la necesidad de información de las familias del niño o adolescente afecto de cáncer, y el papel de enfermería en dicho proceso educativo. **Metodología:** Investigación de tipo cualitativa que utiliza entrevistas no estructuradas, cuya información es contrastada con la revisión bibliográfica. **Resultados:** Se sugiere una propuesta de mejora para garantizar una asistencia integral y de calidad. (14)

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. (15).

Oscanoa Mónica MD; Vásquez Liliana MD; Maza Iván 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 de edad 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. (16)

## 2.2. Marco Conceptual

### 2.2.1 Linfoma No Hodgkin:

- a) **Definición:** El linfoma no Hodgkin es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en el sistema linfático. Es un cáncer que comienza en las células llamadas linfocitos, el cual es parte del sistema inmunológico del cuerpo. Los linfocitos se encuentran en los ganglios linfáticos y en otros tejidos linfáticos (tal como el bazo o la médula ósea). Se caracteriza por la formación de tumores sólidos en el sistema inmune. (17)

Existen dos clases de linfomas:

- La enfermedad de Hodgkin (también conocido como linfoma de Hodgkin) se llama así en honor al Dr. Thomas Hodgkin, quien la describió por primera vez.
- Linfoma no Hodgkin (LNH)

Estos dos tipos de linfomas se comportan, propagan y responden al tratamiento de manera diferente, de modo que es importante diferenciarlos.

Ambos tipos de linfoma son más comunes en adultos, aunque también pueden presentarse en niños y adolescentes. Dentro de este grupo de pacientes más jóvenes, el linfoma no Hodgkin suele ocurrir en niños de menos edad, mientras que la enfermedad de Hodgkin es más probable que afecte a niños y adolescentes de más edad.

Por lo general, pueden ser diferenciados al observar las células cancerosas con un microscopio. En algunos casos, es necesario hacer análisis de laboratorio sensibles para poder diferenciarlos.

Los linfomas afectan los ganglios linfáticos, mediastino, el área ileocecal, las amígdalas, las adenoides. Una pequeña proporción de casos afectan a la piel, los huesos y otras localizaciones. Otros afectan a tejidos extraganglionares, como el aparato gastrointestinal, las vísceras retroperitoneales y pelvianas, los riñones, las gónadas, la glándula tiroides y el sistema nervioso central.

**b) Etiología:**

La etiología se asocia a infecciones por virus de Epstein Barr y virus HTLV 1. Otros posibles factores etiológicos son las radiaciones ionizantes, ciertas inmunodeficiencias (SIDA, trasplantes) y algunos tóxicos como el benceno y el asbesto. Aunque no se conoce el mecanismo exacto que relaciona la infección vírica con el desarrollo del Linfoma No Hodgkin, la mayoría de los casos infantiles no muestran un factor predisponente conocido. (17).

**c) Signos y síntomas del linfoma no Hodgkin en niños:**

El linfoma no Hodgkin en niños puede causar muchos diferentes signos y síntomas dependiendo de su localización en el cuerpo. En algunos casos, puede que no cause ningún síntoma sino hasta que crece bastante. Los síntomas comunes incluyen:

- Ganglios linfáticos agrandados (que se observan o se sienten como masas debajo de la piel).
- Inflamación del abdomen.
- Sensación de llenura después de comer sólo una pequeña cantidad de comida.
- Tos o dificultad para respirar.

- Fiebre.
- Pérdida de peso.
- Sudores nocturnos.
- Cansancio (agotamiento extremo).

El linfoma no Hodgkin puede crecer en los ganglios linfáticos debajo de la piel (a los lados del cuello, en las áreas de las axilas, encima de la clavícula, o en el área de la ingle). Los ganglios linfáticos agrandados a menudo se observan o se sienten como masas debajo de la piel. A menudo, el niño, uno de sus padres o el médico notan estas protuberancias. Los ganglios linfáticos agrandados en niños se presentan con más frecuencia debido a infecciones que por linfoma no Hodgkin.

#### **Linfoma en el abdomen**

Si el linfoma crece en el abdomen, éste se puede tornar inflamado o causar dolor. También puede presentarse una acumulación de líquidos, lo que causa incluso más inflamación.

El linfoma a veces puede agrandar el bazo y ocasionar presión al estómago. Esto puede causar que un niño tenga sensación de llenura después de comer sólo una pequeña cantidad de comida.



Cuando el linfoma causa inflamación cerca de los intestinos, puede bloquearse el paso del excremento, lo que pudiera causar dolor abdominal, náuseas o vómitos. El linfoma en los intestinos también puede causar orificios en la pared intestinal (perforaciones). Esto permite que el contenido de los intestinos pase a la cavidad abdominal, lo que causa infecciones graves.

El linfoma también puede impedir que la orina salga de los riñones. Esto puede causar problemas renales, lo que puede ocasionar disminución en la cantidad de orina, cansancio, pérdida de apetito, náusea, o inflamación de las manos y los pies.

### **Linfoma en el pecho**

Cuando el linfoma se origina en el timo o en los ganglios linfáticos del pecho, puede comprimir el área cercana a la tráquea. Esto puede ocasionar tos, falta de respiración y dificultad para respirar. Es posible que las masas mediastínicas anteriores compriman rápidamente las vías respiratorias y provoquen derrames pleurales.

La vena cava superior (VCS) es una vena grande que lleva sangre desde la cabeza y brazos de vuelta al corazón. Esta vena pasa cerca del timo y de los ganglios linfáticos dentro del tórax. Los linfomas en esta área pueden hacer presión en la vena cava superior, lo que puede causar que la sangre no fluya bien en las venas. Esto puede causar inflamación en el rostro, cuello, brazos y la parte superior del tórax (algunas veces con una coloración roja azulada de la piel). También puede causar dificultad para respirar, así como dolores de cabeza, mareos y, si afecta el cerebro, un cambio en el conocimiento. Esta afección, conocida como Síndrome de Vena Cava Superior puede ser potencialmente mortal y requiere tratamiento inmediato.

### **Linfoma en el cerebro y la médula espinal**

Algunos tipos de linfoma pueden propagarse al área que rodea el cerebro y la médula espinal. Esto puede causar problemas como dolor de cabeza, cambios en la visión, adormecimiento facial y dificultad para hablar.

### **Linfoma en la piel**

Algunos linfomas pueden afectar la piel en sí, ya que pueden causar protuberancias (masas) de color rojizas a púrpura debajo de la piel que causan picor.

Otros síntomas pueden ser causados por bajos recuentos de células sanguíneas. Los recuentos sanguíneos pueden bajar si el linfoma se propaga a la médula ósea y desplaza las células normales y sanas que producen nuevas células en la sangre. Esto puede causar problemas como:

- Infecciones graves o frecuentes (debido a los bajos niveles de glóbulos blancos).
- Tendencia a presentar moretones o sangrados fácilmente (a causa de bajos niveles de plaquetas).
- Cansancio y piel pálida (por bajos recuentos de glóbulos rojos [anemia]).

#### **d) Tipos de linfoma no Hodgkin en niños**

Habitualmente, los linfomas son clasificados de acuerdo a cómo lucen las células cancerosas en el microscopio. Las características clave incluyen el tamaño y la forma de las células y cómo están agrupadas (su patrón de crecimiento).

- El tamaño se describe como grande o pequeño.
- La forma se describe como hendida (que muestra pliegues o hendiduras) o no hendida.
- El patrón de crecimiento puede ser difuso (células cancerosas dispersas) o folicular (dispuesto en grupos de células).

No todos los linfomas se describen utilizando las tres características (tamaño, forma y patrón de crecimiento). Por lo general se necesitan pruebas de laboratorio especiales para clasificar con precisión los linfomas.

Los tipos más comunes de linfoma no Hodgkin en niños son diferentes a los de los adultos. Casi todos los linfomas no Hodgkin en niños pertenecen a uno de tres tipos principales:

- Linfoma linfoblástico.
- Linfoma de Burkitt (linfoma de células pequeñas no hendidas).
- Linfoma de células grandes.

Los tres tipos son de alto grado (lo que significa que crecen rápidamente) y difusos, aunque es importante hacer una distinción entre ellos porque su tratamiento es diferente.

Existen muchos otros tipos de linfomas no Hodgkin. Éstos se presentan con mucha más frecuencia en adultos y son poco comunes en niños.

## **Linfoma linfoblástico**

El linfoma linfoblástico es el responsable de aproximadamente 25% al 30% de los linfomas no Hodgkin en niños. Este linfoma es más común en los adolescentes y la frecuencia en los niños es aproximadamente el doble que en las niñas.

Las células cancerosas de este linfoma son linfocitos muy jóvenes llamados linfoblastos. Son las mismas células que se ven en la leucemia linfoblástica aguda (LLA) en los niños. De hecho, si más del 25% de la médula ósea está compuesta de linfoblastos, la enfermedad se clasifica y se trata como leucemia en lugar de como linfoma.

La mayoría de los linfomas linfoblásticos se desarrolla de células T y se les llama linfoma linfoblástico de células T precursoras. A menudo, estos linfomas se originan en el timo y forman una masa en el área detrás del esternón y frente a la tráquea. Esto puede causar problemas al respirar, lo que puede ser el primer síntoma de linfoma linfoblástico.

Con menor frecuencia, este cáncer se desarrolla en las amígdalas, los ganglios linfáticos del cuello o en otros ganglios

linfáticos. Tiende a propagarse muy rápidamente a la médula ósea, otros ganglios linfáticos, la superficie del cerebro y/o las membranas que rodean a los pulmones y al corazón.

Una pequeña fracción de los linfomas linfoblásticos se origina de las células B (linfomas linfoblásticos de células B precursoras). Estos linfomas comienzan con mayor frecuencia en los ganglios linfáticos fuera del tórax, particularmente en el cuello. También pueden afectar la piel y los huesos.

El linfoma linfoblástico puede crecer muy rápidamente y puede a menudo interferir con la respiración, de modo que necesita ser diagnosticado y tratado rápidamente.

### **Linfoma de Burkitt**

El linfoma Burkitt, también conocido como linfoma de células pequeñas no hendidas, es el responsable de aproximadamente 40% de los casos de linfoma no Hodgkin infantil en los Estados Unidos. Se presenta con más frecuencia en varones, por lo general, en las edades de 5 a 10 años.

El linfoma de Burkitt recibió su nombre en honor al médico que primero lo describió en niños africanos. En algunas partes de África, el linfoma de Burkitt es el responsable de casi todos los casos de linfoma no Hodgkin infantil y de más de la mitad de todos los cánceres infantiles. Los niños africanos generalmente desarrollan este linfoma en la mandíbula o en otros huesos faciales.

En otras partes del mundo, incluyendo a los Estados Unidos, los linfomas de Burkitt se origina casi siempre en el abdomen (vientre). Por lo general, un niño desarrollará un tumor grande en su abdomen que puede algunas veces bloquear sus intestinos. Esto puede causar dolor abdominal, náusea y vómito. El linfoma de Burkitt algunas veces puede originarse en el cuello o en las amígdalas, o pocas veces en otras partes del cuerpo.

Este linfoma se origina de los linfocitos B y es uno de los cánceres que crece con mayor rapidez. Se puede propagar a otros órganos, incluyendo la superficie del cerebro o dentro del cerebro. Debido a esto, tiene que ser diagnosticado y tratado rápidamente.

### **Linfomas de células grandes**

Estos linfomas se originan de formas más maduras de células T o células B y pueden crecer casi en cualquier parte del cuerpo. No es común que se propague a la médula ósea ni al cerebro. Tampoco crece tan rápidamente como otros linfomas en niños. Estos linfomas tienden a ocurrir con más frecuencia en niños de más edad y en adolescentes. Hay dos subtipos principales de linfoma de células grandes.

**Linfoma anaplásico de células grandes (ALCL):** Este linfoma representa alrededor del 10% de todos los linfomas no Hodgkin en niños. Por lo general, se origina de células T maduras. Puede comenzar en los ganglios linfáticos del cuello o en otras áreas, y se puede encontrar en la piel, los pulmones, los huesos, el tracto digestivo u otros órganos.

**Linfoma difuso de células B grandes:** Este linfoma representa alrededor del 15% de los linfomas en niños. Se origina en las células B, como lo implica el nombre. Estos linfomas a menudo crecen como masas grandes en el mediastino (el espacio entre los pulmones), y en este caso nos referimos a ellos como linfomas primarios mediastínicos de



células B. Algunas veces también se encuentran en otras áreas, como en el tejido linfático del cuello o del abdomen, o en los huesos.

El tratamiento es básicamente el mismo para ambos tipos de linfomas de células grandes, aunque la tasa de curación tiende a ser un poco más alta para el linfoma difuso de células B grandes.

**e) Clasificación por etapas del linfoma no Hodgkin en niños**

Una vez que se diagnostica el linfoma no Hodgkin, se practican diversas pruebas para determinar la etapa (estadio) de la enfermedad (cuánto se ha propagado). El tratamiento y pronóstico (las expectativas) de un niño dependen, en gran medida, de la etapa en que se encuentre el linfoma.

La clasificación por etapas se basa en los resultados del examen físico, las biopsias y los estudios por imágenes (CT, radiografía del tórax, PET, etc.).

Un sistema de estadificación es una manera estándar que los especialistas en el tratamiento del cáncer utilizan para resumir

cuán lejos se ha propagado un cáncer. El sistema de clasificación por etapas más frecuentemente utilizado para describir la propagación de un linfoma no Hodgkin en niños se denomina sistema de clasificación por etapas St. Jude. Este sistema es diferente al que se utiliza para clasificar por etapas los linfomas en adultos (sistema Ann Arbor de clasificación por etapas).

El sistema St. Jude divide el linfoma no Hodgkin que afecta a niños en cuatro etapas. En general, los linfomas en etapa I y II se consideran enfermedad en etapa limitada y se tratan de la misma manera. Por otro lado, los linfomas en etapa III y IV se consideran en etapa avanzada y se tratan de manera similar.

**Etapas I:** El linfoma no Hodgkin se encuentra solamente en un lugar, ya sea como un sólo tumor sin estar en los ganglios linfáticos o en los ganglios linfáticos en una parte del cuerpo (el cuello, ingle, axila, etc.). Ni el tórax ni el abdomen están afectados por el linfoma.

**Etapas II:** Los linfomas en etapa II no están en el tórax, y uno de los siguientes aplica:

- El linfoma es un sólo tumor y también se encuentra en los ganglios linfáticos cercanos de sólo una parte del cuerpo (el cuello, ingle, axila, etc.).
- El linfoma consiste en más de un tumor y/o en más de un grupo de ganglios linfáticos, todos ubicados sobre o debajo del diafragma (el músculo delgado de la respiración que separa el tórax y el abdomen). Por ejemplo, esto podría significar que los ganglios en la axila y el área del cuello están afectados, pero no la combinación de los ganglios de la axila y de la ingle.
- El linfoma se originó en el tracto digestivo (usualmente al final del intestino delgado), y se puede extirpar mediante cirugía. Podría o no haber alcanzado los ganglios linfáticos adyacentes.

**Etapa III:** Para los linfomas en etapa III, uno de los siguientes aplica:

- El linfoma se originó en el tórax (usualmente en el timo o los ganglios linfáticos en el centro del tórax o el revestimiento del pulmón).

- El linfoma se originó en el abdomen y se ha propagado extensamente dentro del abdomen. Por tal razón, no se puede extirpar completamente mediante cirugía.
- El linfoma está localizado próximo a la columna vertebral (y también puede estar en cualquier otro lugar).
- El linfoma consiste en más de un tumor o en más de un grupo de ganglios linfáticos que están tanto por encima como por debajo del diafragma. Por ejemplo, el linfoma está en los ganglios linfáticos de las axilas y en los ganglios linfáticos de la ingle.

**Etapa IV:** El linfoma se encuentra en el sistema nervioso central (cerebro o médula espinal) o en la médula ósea cuando se descubrió originalmente. (Si más del 25% de la médula ósea contiene células cancerosas, llamados blastos, el cáncer se clasifica como leucemia linfoblástica aguda en lugar de linfoma).

**f) Diagnóstico:**

Historia clínica, antecedentes médicos familiares.

Examen físico: Ganglios linfáticos inflamados en cuello, axilas, pecho e ingle, bazo e hígado.

Análisis de sangre: Recuento sanguíneo determina el número de glóbulos blancos.

Radiografías del pecho: Revela ganglios linfáticos inflamados.

Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética.

Biopsia: Una biopsia es la única manera de diagnosticar el linfoma con seguridad. Tal vez se necesite extirpar todo un ganglio linfático (biopsia por escisión) o sólo una porción (biopsia por incisión).

Aunque no existen hallazgos característicos, la concentración sérica de lactatodeshidrogenasa (DHL) parece tener valor pronóstico y ser útil para el seguimiento evolutivo de la enfermedad.

**g) Tratamiento:**

Las opciones de tratamiento dependen del tipo de linfoma y de su etapa (extensión), así como de otros factores de pronóstico. Por supuesto, cada paciente es único y las opciones de tratamiento convencional muchas veces se acomodan a la situación de cada paciente. Así el tratamiento en pacientes con LNH de bajo grado de malignidad en estadíos I y II, es la radioterapia. En los estadíos III y IV, no hay unanimidad de criterios debido a la nula esperanza de curación en estos

pacientes. Por ello, los tratamientos empleados varían desde la quimioterapia intensiva hasta la abstención terapéutica. El objetivo primario del tratamiento debe consistir en evitar la hiperuricemia. En los pacientes de alto riesgo se administrará allopurinol y se hará una hidratación enérgica y una alcalinización de la orina, al menos 48 horas antes de instaurar el tratamiento citotóxico. La alcalinización de la orina se consigue con bicarbonato de sodio endovenoso.

Los tipos principales de tratamiento para el linfoma no Hodgkin son:

**Quimioterapia:** La quimioterapia es el uso de medicamentos contra el cáncer que usualmente se inyectan en una vena o se administran por vía oral. Estos medicamentos entran al torrente sanguíneo y llegan a casi todas las áreas del organismo, lo cual hace que este tratamiento sea muy útil para tratar los linfomas.

Dependiendo del tipo y de la etapa del linfoma, se puede administrar la quimioterapia sola o combinada con la radioterapia.

La quimioterapia se administra en ciclos de un período de tratamiento seguido por un período de descanso para permitir que el cuerpo se recupere. Por lo general, cada ciclo de quimioterapia dura varias semanas. La mayoría de los tratamientos de quimioterapia son ambulatorios (se administran en el consultorio del médico, una clínica o departamento de servicios ambulatorios de un hospital), pero algunos pueden requerir hospitalización.

Existen muchos medicamentos de quimioterapia que son útiles para tratar a los pacientes de linfoma. A menudo se combinan varios medicamentos. El número de medicamentos, sus dosis y la duración del tratamiento depende del tipo y la etapa del linfoma. Entre estos medicamentos tenemos: Ciclofosfamida, Vincristina, Doxorubicina, Citarabina, Metotrexato, Carboplatino.

La mayoría de los medicamentos de quimioterapia que se administran sistémicamente (IV) no pueden penetrar el líquido cefalorraquídeo y los tejidos que rodean la médula espinal y el cerebro. Para tratar el linfoma que podría haber llegado a estas áreas, también se puede administrar quimioterapia en el líquido

cefalorraquídeo. A esto se le llama quimioterapia intratecal. Los medicamentos de quimioterapia que se emplean con más frecuencia en la quimioterapia intratecal son el metotrexato y la citarabina.

**Inmunoterapia:** La inmunoterapia es un tratamiento que refuerza el sistema inmunológico del propio paciente o usa versiones sintéticas de las partes normales del sistema inmunológico. Puede que estos tratamientos eliminen las células del linfoma o desaceleren su crecimiento. Así tenemos a los anticuerpos monoclonales, interferón y los agentes inmunomoduladores.

**Radioterapia:** En la radioterapia se usan rayos de alta energía para destruir las células cancerosas.

Cuando se usa la radiación para tratar el linfoma no Hodgkin con más frecuencia se hace con un rayo de radiación cuidadosamente enfocado, emitido por una máquina fuera del cuerpo. Esto se conoce como radioterapia externa. El tratamiento es muy similar a la radiografía, pero la radiación es más intensa. El procedimiento en sí no es doloroso. Antes de



iniciar el tratamiento, el equipo de radiación determina los ángulos correctos para emitir los haces de radiación, y las dosis adecuadas. Cada tratamiento dura sólo unos minutos, aunque el tiempo de preparación (colocarle en el lugar correcto para el tratamiento) usualmente toma más tiempo. Con más frecuencia, los tratamientos de radiación se administran 5 días a la semana por varias semanas.

**Trasplante de Células Madre:** Los trasplantes de células madre algunas veces se usan para tratar a los pacientes de linfoma que se encuentran en remisión o que tienen una recaída durante o después del tratamiento. Aunque sólo un pequeño número de pacientes con linfoma son tratados actualmente con esta terapia, este número de pacientes está aumentando.

#### **h) Riesgos y efectos secundarios de la quimioterapia**

Los medicamentos de quimioterapia atacan a las células que se están dividiendo rápidamente, razón por la cual funcionan contra las células cancerosas. Sin embargo, otras células en el cuerpo, como las células de la médula ósea (donde se producen nuevas células sanguíneas), el revestimiento de la boca y los intestinos, así como los folículos pilosos, también se

dividen rápidamente. Estas células también son susceptibles a ser afectadas por la quimioterapia, lo que puede ocasionar efectos secundarios.

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo y de la dosis de los medicamentos suministrados y del tiempo que se tomen. Estos efectos secundarios pueden incluir:

- Pérdida del cabello
- Úlceras en la boca
- Pérdida de apetito
- Náusea y vómito
- Diarrea
- Un aumento en el riesgo de contraer infecciones (debido a un recuento bajo de glóbulos blancos).
- Fácil formación de hematomas o hemorragias (debido a un recuento bajo de plaquetas).
- Cansancio (debido a un bajo recuento de glóbulos rojos).

Estos efectos secundarios son usualmente temporales y desaparecen después de finalizar el tratamiento. Si ocurren

efectos secundarios graves, la quimioterapia puede ser reducida o retrasada.

Muchas veces hay métodos para aminorar los efectos secundarios. Por ejemplo, se pueden suministrar medicamentos para ayudar a prevenir o reducir las náuseas y los vómitos. Las infecciones pueden ser muy graves en las personas que reciben quimioterapia. Los medicamentos conocidos como factores de crecimiento pueden administrarse para aumentar los niveles de células sanguíneas.

El síndrome de lisis tumoral es un posible efecto secundario de la quimioterapia en niños que tienen un gran número de células de linfoma en el cuerpo antes del tratamiento. Habitualmente, este síndrome ocurre durante el primer ciclo de quimioterapia. Cuando la quimioterapia destruye estas células, éstas se rompen y liberan sus contenidos al torrente sanguíneo. Esto puede afectar a los riñones, los cuales no pueden eliminar todas estas sustancias al mismo tiempo. Las cantidades excesivas de ciertos minerales también pueden causar problemas con el corazón y el sistema nervioso. Esto se puede evitar asegurándose de que el niño tome muchos líquidos

durante el tratamiento y administrando medicamentos como bicarbonato y alopurinol, que ayudan al cuerpo a eliminar estas sustancias.

Algunos de los posibles efectos secundarios ocurren sólo con ciertos medicamentos. Por ejemplo, medicamentos como la doxorubicina pueden causar daño al corazón, por ello se realizan pruebas de la función cardíaca (ecocardiograma) para hacer el seguimiento y así evitar complicaciones.

Además de los efectos secundarios mencionados, existen posibles efectos a largo plazo de la quimioterapia en niños, tal como posibles efectos en la fertilidad más tarde en la vida. Los efectos tardíos del tratamiento pueden incluir:

- Problemas cardíacos y pulmonares después de recibir ciertos medicamentos de quimioterapia o recibir radioterapia en el tórax.
- Crecimiento y desarrollo lento o disminuido (especialmente después de un trasplante de células madre).
- Daño o debilitamiento de los huesos (osteoporosis).

- Cambios en el desarrollo sexual y la capacidad para tener hijos
- Cambios en la función intelectual con dificultades de aprendizaje.
- La aparición de segundos cánceres, como leucemia, más tarde en la vida. Estos no son comunes, pero pueden ocurrir.

Además de los efectos secundarios físicos, los sobrevivientes del cáncer infantil podrían presentar problemas emocionales y psicológicos. También pueden tener algunos problemas con su desempeño normal y la escuela. Frecuentemente esto se puede atender con apoyo y estímulo. Los médicos y otros miembros del equipo de atención a la salud a menudo pueden recomendar algunos programas especiales de apoyo y servicios para ayudar a los niños después del tratamiento contra un cáncer.

### **2.2.2. Teoría del Cuidado:**

La enfermería como ciencia ha desarrollado a lo largo de los años una serie de teorías, las cuales han sido adaptadas de otras disciplinas, que fundamentan el cuidado del paciente así

tenemos entre ellas la teoría de Virginia Henderson y la de Callista Roy.

**Teoría de Virginia Henderson:** Esta teórica norteamericana se graduó en la Army School of Nursing, en 1921. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial. Considera a la persona como el individuo que necesita de la asistencia para alcanzar su salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad que tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. El entorno lo relaciona a la familia abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. También considera que la salud puede verse afectada por factores físicos (aire, temperatura, sol, etc.); personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia).

La salud la define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas similares a las de Maslow. Siete están relacionadas con la fisiopatología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa adecuada,

temperatura). Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales). Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias) y tres con la autorealización (trabajo, jugar y aprender).

La enfermera la define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. Ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.

Esta teoría es relevante porque ha contribuido a mejorar el cuidado enfermero, logrando que éste sea individualizado, ya que se ha podido ayudar a que el paciente desarrolle independencia lo más rápido posible, a través de la satisfacción de necesidades básicas, elaborando un plan de cuidados, con su respectivo registro.

**Teoría de Callista Roy:** La hermana Callista Roy, inició su carrera como enfermera en 1963, tras recibir su título en el Moint Saint Mary's College en Los Ángeles. En 1964, comenzó a trabajar su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson en psicofísica e influenciada por la capacidad de los niños para

adaptarse a los cambios más significativos. Considera a la persona como el receptor de los cuidados enfermeros, Roy afirma que el cliente tiene un rol activo en los cuidados. Es un ser biopsicosocial que interactúa constantemente con el entorno cambiante. Es un sistema que utiliza mecanismos de afrontamientos innatos y adquiridos para enfrentarse contra los agentes estresantes. Puede ser un individuo familia, grupo, comunidad o sociedad.

Roy define el entorno como todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona.

La salud es un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total. La salud se considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta para ser un órgano adaptativo.



La enfermería es requerida cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Utiliza los modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.

La Teoría de Callista Roy es valiosa porque con ella se pudo identificar los tipos de exigencias a que se somete el paciente y la adaptación de éste a las mismas, lo que ayuda para su pronta recuperación.

#### **1.4. Definición de Términos**

**Cuidado de Enfermería:** Todas aquellas atenciones que se brindan al paciente y que tienen un fundamento científico en su realización.

**Linfoma No Hodgkin:** Enfermedad que afecta al sistema linfático, que puede ser de inicio agresivo y que tiene frecuente afectación extraganglionar.

**Linfoma Hodgkin:** Es un tipo de cáncer que se origina en los glóbulos blancos llamados linfocitos, que son parte del sistema inmunológico y que tiene rara afectación extraganglionar.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. Recolección de datos:**

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria: revisión de los registros de Enfermería del servicio, datos estadísticos consignados en el libro electrónico de ingresos y altas del servicio de Oncología Pediátrica e historias clínicas, para obtener así datos acorde al tema del presente estudio.

Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura de Enfermería del Servicio de Onco Hematología Pediátrica del HNERM a fin de tener acceso a los registros estadísticos de pacientes ingresados desde el año 2012 al 2015 al servicio de Oncología Pediátrica, al realizar esto se verificó a los pacientes por sus nombres y número de seguro social, recordando a cada uno de ellos, hermosos guerreros y guerreras que aún están en tratamiento y otros que ya gozan del descanso eterno en presencia de Dios. Luego se realizó un registro único de pacientes con diagnóstico de Linfoma No Hodgkin obteniendo un total de 38 pacientes, cuyos datos de edad, sexo, lugar de procedencia, estadiaje de la enfermedad al ingreso, sirvieron para el procesamiento de datos, de esta manera se elaboraron tablas que con ayuda de la estadística descriptiva se presentan en este informe.

### **3.2 Experiencia Profesional**

#### **Recuento de Experiencia Profesional**

En el año 1999 inicio mi experiencia profesional con pacientes oncológicos en el Servicio de Pediatría del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN. En noviembre del año 2003 ingresé a trabajar al Hospital Nacional 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 y posteriormente en el mes de febrero del 2005 ingreso al Servicio de Onco Hematología Pediátrica en turnos rotativos, haciendo un total de 150 horas mensuales incluyendo guardias nocturnas. Según lo establece La ley de trabajo del Enfermero Peruano capítulo VI en el art.17 “La jornada laboral de la Enfermera(o) tendrá una duración máxima de treinta y seis horas semanales o su equivalente de ciento cincuenta horas mensuales, incluyendo la jornada de guardia diurna”

Hasta la actualidad son 11 años y 9 meses, que participo conjuntamente con el equipo multidisciplinario de salud en la atención del paciente pediátrico oncológico, brindando cuidados de enfermería especializada a niños con cáncer hospitalizados en el Servicio de

Oncología Hematología Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Para efectos del desarrollo de este informe de experiencia profesional estoy desarrollando la intervención de enfermería sólo a pacientes con diagnóstico de Linfoma No Hodgkin.

### **Descripción del Área Laboral**

El Seguro Social de Salud ESSALUD es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al sector trabajo y promoción social. Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la seguridad social en salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins está ubicado en el Jr. Edgardo Rebagliati Nro. 490 del distrito de Jesús María en Lima, su construcción se inició en 1951, en terrenos que anteriormente habían pertenecido a la Universidad Nacional mayor de San Marcos. Su nombre original fue el de "Hospital del Empleado" la obra fue impulsada por el Dr. Edgardo Rebagliati Martins Ministro de Salud

Pública y Asistencia Social, abogado y gran promotor de la seguridad social en el país.

El 3 de noviembre del año 1956 fue inaugurado definitivamente en una ceremonia precedida por el Ministro de Salud Francisco Sánchez Moreno contaba entonces con 466 camas operativas. Su primer director fue el Doctor Guillermo Kaelin de la Puente hasta 1968.

En 1975 cambió de nombre y fue denominado Edgardo Rebagliati Martins en homenaje a su impulsor. En 2008 fue declarado "patrimonio arquitectónico de la seguridad social del Perú". Clasificado como un Hospital Nivel IV tiene múltiples especialidades y servicios de alta complejidad.

#### **Datos del Servicio de Oncohematología Pediátrica**

En mayo del 2002 la política institucional crea la Unidad de Onco Hematología 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 Onco Hematología Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins está ubicado en el tercer piso del Block G, cuentan con 27 camas de

hospitalización. Es un servicio pequeño en relación a otros servicios que tienen mayor número de camas pero importante dentro de la institución, en estos 14 años de vida institucional hemos estado brindando atención integral, especializada, de calidad a niños con enfermedades onco hematológicas siendo reconocidos y felicitados por la Gerencia de la Red Rebagliati como ganadores del premio "Servicio Humanizado" galardón que busca promover y reconocer a los colaboradores de ESSALUD por sus acciones en favor de la Humanización. "Servicio Humanizado" se eligió en base a votos de los asegurados, a través de encuestas a los pacientes hospitalizados de la atención que reciben desde el punto de vista de trato, la atención cálida y la empatía.

### **Visión**

"Constituir el modelo de calidad y eficiencia de la Atención del paciente Pediátrico con patologías Oncohematológicas a nivel nacional, que requieran de una resolución recuperativa con competencia y alto nivel Profesional y personal".

### **Misión**

"Somos un servicio que brinda atención integral oportuna en la especialidad de Oncohematología Pediátrica con alto nivel de

capacitación, con calidad, calidez, excelente servicio y valores compartidos para satisfacer las necesidades de nuestros usuarios con la finalidad de lograr la recuperación de la salud de los pacientes pediátricos y su familia"

### **Organización y Funciones del Servicio de Oncohematología Pediátrica**

En el Servicio de Onco Hematología Pediátrica se brinda cuidados de Enfermería especializados a pacientes pediátricos (derechohabientes) portadores de diversas patologías oncohematológicas, desde 01 mes de nacidos hasta los 13 años 11 meses 29 días, basados en la filosofía de la calidad, calidez y trabajo en equipo, durante las 24 horas del día.

Los pacientes ingresan al servicio en compañía de su padre, madre o familiar responsable procedente de Consultorios Externos de Pediatría, Emergencia Pediátrica, transferencias de Clínica Pediátrica, Cirugía Pediátrica, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, UCI Neonatal.

Áreas del Servicio: Hospitalización General dividido en dos áreas: Hematología (14 camas) y Oncología (13 camas)

El Servicio de Onco Hematología Pediátrica depende de la Gerencia Médica, Departamento de Enfermería, Área Madre Niño organizado de la siguiente manera:

- 1 Enfermera Jefe de Servicio Asistencial
- 1 Enfermera Subjefe Asistencial
- 22 Enfermeras Asistenciales
- 14 Técnicos y/o Auxiliares de Enfermería, Personal de limpieza (servicio interno)

**Comités:**

- Comité de Actividades Científicas
- Comité de Actividades Sociales
- Comité de Mejoramiento de la Calidad
- Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.

**Funciones del Personal de Enfermería**

Como en todos los servicios el personal de Enfermería está capacitado para desempeñarse en:

1. **Función Administrativa.-** Se encarga de organizar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar y evaluar las funciones técnico administrativo del servicio.



2. **Función Asistencial.-** Mediante la valoración de Enfermería, realizando el Diagnóstico de Enfermería de las necesidades del paciente pediátrico con patologías oncológicas, priorizando la atención al paciente de grado de dependencia IV y III, evitando las posibles complicaciones por deficiencia en la atención de Enfermería.
  
3. **Función de Docencia.-** La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla.
  
4. **Función de Investigación.-** La investigación en enfermería se centra primordialmente en el desarrollo del conocimiento sobre la enfermería y su ejercicio, incluida la atención a las personas sanas y enfermas.

### **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.

Mi intervención como enfermera asistencial empieza desde el ingreso del paciente a hospitalizarse, momento oportuno para dar a conocer el reglamento interno del servicio, este primer contacto entre Enfermera, paciente y familiar, no será el único, ya que a lo largo de la permanencia en hospitalización será de suma importancia el acercamiento constante para ganar la confianza y resolver dudas. Posteriormente se realiza la preparación para las pruebas diagnósticas y los procedimientos invasivos que requieren sedación o no, una vez confirmado el diagnóstico se iniciará el tratamiento según el estadio de enfermedad en que se encuentre. Los años de experiencia como profesional de Enfermería, permiten que nos familiaricemos con los tratamientos médicos utilizados; así como reconocer e intervenir oportunamente para disminuir los efectos secundarios más comunes. A lo largo del tiempo se ha ido fomentando la participación activa del niño y de sus padres en los cuidados, ofreciéndoles la educación necesaria y oportuna con lo que se ha conseguido incrementar el grado de recuperación y supervivencia.

A continuación se detalla la Intervención de Enfermería realizada a los pacientes con Linfoma No Hodgkin hospitalizados en el Servicio de Onco Hematología Pediátrica que recibieron tratamiento de quimioterapia ante los efectos secundarios más frecuentes observados durante mis años de experiencia profesional.

**a) Potencial de infección secundario a neutropenia:**

La mielosupresión es el principal y más peligroso efecto secundario. Los granulocitos son los primeros en disminuir debido a su vida media corta y la anemia es la más tardía en aparecer. El nivel de los leucocitos disminuye habitualmente entre los días 5 y 14 luego de la aplicación de la quimioterapia.

Neutropenia es el descenso de neutrófilos en sangre periférica inferior a 1500 - 2000 cel. /mm<sup>3</sup>, si esta cifra disminuye por debajo de 1000 tenemos alto riesgo de infección, pero si la misma disminuye de 500 el riesgo de infección es extremo. Es un riesgo potencial que adquiere especial importancia en estos pacientes debido a los periodos de mielosupresión derivados del tratamiento médico. La actuación de enfermería será esencial en la prevención y control de la misma. El reciente desarrollo del factor de crecimiento hematopoyético (GM-CSF y G-CSF) ha permitido reducir la duración y la severidad de la neutropenia.

Los cuidados de enfermería para la prevención de la infección se centrarán en el mantenimiento de la integridad de piel y mucosas, disminuyendo la exposición a posibles focos de infección y prestando especial atención a la aparición de signos de infección

para su detección precoz. La piel, la región perianal, la boca, la faringe, pulmón y vías urinarias son los sitios afectados con más frecuencia. Por ello es importante conocer la flora normal o que coloniza al paciente a su ingreso al hospital y los gérmenes que se adquieren en su hospitalización.

En un niño oncológico se considerará siempre una situación de urgencia, por riesgo de shock séptico, la aparición de fiebre. Una temperatura axilar  $\geq 38^{\circ}$  C, requerirá de nuestra actuación según protocolo antes de iniciar el tratamiento preventivo con antibióticos, así nuestras intervenciones serán: toma de muestra de sangre para hemograma, hemocultivo central y periférico, examen de orina y Urocultivo, coprocultivo, y si hay sintomatología respiratoria Rayos X de tórax, todo ello para poder hallar el foco de la infección. Las infecciones se pueden adquirir por:

- Vía Endógena: Propia flora bucal asociado con caries dental  
Flora intestinal asociado con estreñimiento.  
Estar inmunosuprimido por enfermedad y tratamiento.
- Vía Exógena: Lesión de la piel por endovenoso o análisis de sangre.  
Colocación de catéter central.  
Mantenerse en una misma posición (úlceras por presión).  
Comidas.

**b) Potencial de hemorragia secundaria a plaquetopenia:**

La plaquetopenia es la disminución del número de plaquetas en sangre periférica por debajo de  $75,000\text{cel}/\text{mm}^3$ , cuando esta cifra es inferior a 20,000 existe riesgo de hemorragia espontánea, pero si es inferior a 10, 000 el riesgo es extremo con la aparición de hemorragias, las cuales pueden ser cutáneas (petequias, equimosis), nasal (epistaxis), digestivo (hematemesis, melena, rectorragias), urinario (hematuria), encías, cefalea (indica riesgo de hemorragia intracraneal), sistema nervioso central.

El cuadro clínico de un sangrado agudo es considerado una emergencia y requiere reposición del volumen perdido y determinar la causa del mismo.

Los cuidados de enfermería están dirigidos a detectar los signos de hemorragia y establecer medidas para detener el sangrado. . En el caso de epistaxis puede requerir taponamiento nasal anterior y/o posterior según su magnitud y la transfusión de plaquetas. A ser posible evitaremos al máximo técnicas invasivas y de punción y la administración de supositorios que pueden dañar la mucosa rectal y ser además puerta de entrada a posibles infecciones debido al estado de neutropenia.

**c) Necesidad de Nutrición:**

Esta necesidad se ve frecuentemente afectada por la toxicidad gastro-intestinal derivada del tratamiento anti-neoplásico. Hay un desbalance entre las calorías ingeridas y las absorbidas con las utilizadas en el organismo o por el propio tumor sobre todo en los casos de grandes masas tumorales o de tumores de crecimiento muy rápido.

Las principales manifestaciones son: anorexia, náuseas- vómitos y mucositis. Estas complicaciones repercuten en la calidad de vida del paciente y el riesgo potencial por la pérdida de peso, deshidratación, malnutrición, alteraciones hidro-electrolíticas, infecciones locales o sistémicas y hemorragia.

- **Las náuseas y vómitos:**

Dentro de los efectos secundarios frecuentes e indeseables de la quimioterapia está la sensación de náuseas precedida o acompañada de vómito, los cuales asociados con el tratamiento son los más estresantes para los pacientes. El mecanismo por el cual los diferentes agentes quimioterápicos para el tratamiento del Linfoma No Hodgkin producen tales efectos no es conocido,

se postula un mecanismo neurobioquímico de irritación a nivel del sistema nervioso central (centro del vómito), también un mecanismo de irritación gástrica local.

Pueden producirse entre 6 y 8 horas luego del inicio del tratamiento citostático (emesis aguda); o bien, tras las 24hs. y hasta los 3-5 días posteriores al mismo (emesis retardada). La intensidad depende de varios factores como los agentes quimioterápicos administrados, forma de administración de la quimioterapia, exposición previa al tratamiento, sensibilidad individual. También pueden presentarse vómitos anticipatorios, de componente psico-somático, por carga de ansiedad y/o stress.

En mi experiencia profesional, la administración de antieméticos previos a la administración de la quimioterapia, los cuales son continuados en horario, para evitar que el paciente presente vómitos, ha proporcionado tranquilidad al paciente y familia. Durante los episodios de vómitos, es aconsejable no dar alimentos preferidos para evitar rechazos posteriores.

- **La mucositis:**

Es una complicación frecuente en tratamientos de quimioterapia y radioterapia y puede ser un gran problema de acuerdo al grado de afectación. Se caracteriza por: sequedad, enrojecimiento (eritema), dolor (en la boca y al deglutir), inflamación y edema, úlceras, vesículas, salivación (sialorrea), sangrado, disgeusia (pérdida del gusto).

Consiste en la inflamación y lesión de la mucosa del tracto digestivo altamente sensible a los efectos de la quimioterapia al ser células con alto grado de fracción de crecimiento. Su aparición está relacionada con el régimen de quimioterapia, grado de mielosupresión, estado nutricional y una inadecuada higiene de la cavidad oral, para prevenir el paciente debe realizar colutorios con agua bicarbonatada y enjuagatorios especiales preparados en la institución como tratamiento y prevención a la colonización de hongos, cuya preparación contiene nistatina gotas, hidróxido de aluminio o sucralfato, xilocaina jalea, bactrim jarabe, bicarbonato de sodio polvo.



Los cuidados de Enfermería que se realizan son: valoración del estado nutricional y grado de hidratación con control del peso c/ 24hr, inspección de la cavidad oral en busca de posibles lesiones. Se coordina con la nutricionista una dieta con alimentos blandos, evitar los alimentos calientes, los sabores ácidos o cítricos, crocantes. Se sugiere llevar un control y registro de la ingesta de alimentos y líquidos;

**d) Necesidad de Seguridad y de Evitar Peligros**

La enfermedad y su tratamiento exponen al niño a situaciones de riesgo potencial que deberán ser controladas y abordadas adecuadamente. Se debe mantener la integridad física y psicológica del paciente hospitalizado. A nivel físico deberemos prestar especial atención al dolor y al riesgo de infección mientras que a nivel psicológico deberemos cuidar los aspectos relacionados con la autoimagen y la autoestima así como, el manejo del estrés y la ansiedad generadas por la situación en sí, la sensación de enfermedad grave, el dolor en el niño oncológico relacionado con la propia enfermedad, los diversos procedimientos a los que ha sido sometido.

### **Intervención de Enfermería en el manejo del dolor.**

- Identificación y registro del dolor mediante observación de la alteración de los signos vitales basales. Los niños mayores de 3-4 años serán capaces de comunicarnos aspectos como la localización, intensidad y duración del dolor y aplicamos la escala del dolor de EVANS
- Aplicación de las técnicas no farmacológicas adecuadas para la reducción del dolor (relajación, masajes, respiración o aplicación de calor o frío local )
- Administrar analgésicos a horario indicado según prescripción y también de forma preventiva.
- En procedimientos invasivos a niños de corta edad se realizan con sedación.
- Proporcionar un entorno adecuado, evitando la luz excesiva y ruidos innecesarios.
- Procurar en todo momento que esté lo más cómodo posible y disponer de objetos personales que hagan más agradable el entorno.
- Evaluar y registrar la eficacia de las técnicas y/o analgésicos utilizados.

### **Intervención de Enfermería para evitar infecciones**

- Lavado higiénico de manos antes y después del contacto con el niño o sus pertenencias. Antes y después de manipular alimentos y bebidas. Antes y después de manipular excretas del paciente.
- Uso de técnica aséptica en procedimientos invasivos, canalización de vía endovenosa, manipulación de catéteres centrales y procedimientos que así lo requieran.
- Mantener la integridad de piel y mucosas: higiene diaria del paciente, higiene bucal, higiene perianal, mantener uñas limpias y cortas. Evitar que los niños se introduzcan los dedos a la nariz, evitar que se pellizquen los labios. Evitar el uso de enemas, colocación de sondas nasogástrica y vesical.
- Prohibir el ingreso al servicio de personal y/o familiares con herpes, resfrío, heridas abiertas, conjuntivitis.
- Consumir preferiblemente alimentos pasteurizados, sancochados, cocinados y agua embotellada, evitar los crudos.
- Se realizan las curaciones de catéter cada 72 hrs. Valorar y registrar cualquier signo o síntoma precoz de infección local (control de puntos de punción) o sistémica como: fiebre, taquicardia, taquipnea, oliguria, hipotensión o disminución del estado de conciencia.
- Uso de colutorios antisépticos bucales sin alcohol como prevención de la mucositis.

### **Intervención de Enfermería en la autoimagen y la autoestima**

- La baja autoestima suele presentarse en la mayoría de los niños con cáncer ante cambios físicos como la alopecia, cambios en la coloración de uñas y piel.
- La pérdida de autoestima puede tener efectos negativos en las relaciones sociales del niño incrementando la sensación de aislamiento y aumentando con ello la tristeza, la ansiedad y en muchos casos provocando cambios de comportamiento hacia actitudes más hostiles o de rechazo.
- Por todo ello sería recomendable iniciar acciones preventivas desde el momento del diagnóstico, prestando especial atención a los padres, ofreciéndoles pautas de actuación y aquellos recursos que pudieran necesitar.
- Con respecto al niño ayudarle a desarrollar nuevas habilidades y aficiones adecuadas a su condición médica, física y emocional así como facilitar la compensación de sus carencias. Será importante derivarlos para apoyo psicológico específico.
- En el niño oncológico son muchas las situaciones y momentos de ansiedad y estrés. Un manejo adecuado puede ayudar a disminuir la tensión y conseguir una mayor relajación que permita afrontar de la mejor manera la hospitalización y el tratamiento.

- Sugerir un corte de pelo antes de que se produzca la caída del cabello manteniéndolo limpio y corto para disimular la calvicie parcial.
- Recomendar la utilización de pañuelos y gorros de algodón para disminuir el impacto visual de la caída de pelo en la ropa de cama.
- Realizar la higiene adecuada del cabello con jabón neutro sin friccionar.
- Secar al aire libre y peinar con cepillo de bebé o de cerdas suaves.
- Mantener una actitud de naturalidad evitando expresiones de compasión en nuestra relación con el niño y sus padres.

#### **Intervención de enfermería frente al Temor y ansiedad.**

- Promover un entorno de seguridad, explicándole con anterioridad nuestras actuaciones y procedimientos de manera comprensible en función de la edad.
- En niños pequeños procurar centrar su atención lejos del procedimiento mediante el juego, vivencias personales, cuentos, etc.
- En los casos en que sea posible favorecer la colaboración, explicándoles en que consiste el procedimiento a realizar y que hacer para disminuir los efectos negativos de la misma: consejos sobre la respiración, relajarse, visualización de sus héroes o personajes favoritos.

- Favorecer la presencia y colaboración de los padres, en aquellos procedimientos en que sea posible.
- Animar a la verbalización de sus sentimientos y opinión respecto a las experiencias indeseadas dolor, miedos, temores a procedimientos, y discapacidades, incertidumbre respecto a la muerte, mediante el juego o utilizando también el dibujo como modo de expresión

**e) Necesidad de Dormir y Descansar**

En estos pacientes es habitual la dificultad para descansar, el agotamiento y en ocasiones las luces, ruidos de monitores, alarmas de las bombas de infusión, hacen que se pueda alterar la calidad de sueño.

Para favorecer el adecuado descanso del paciente se deben planificar los cuidados respetando el descanso nocturno. También se pueden realizar técnicas de relajación o masajes para favorecer la inducción del sueño, favoreciendo la participación de los padres en las mismas y limitar los períodos de sueño durante el día.

#### **f) Necesidad de Comunicación**

La necesidad de comunicación es crucial en la atención de estos niños y su familia y deberá promoverse desde el momento del diagnóstico con el objetivo de favorecer una buena relación interpersonal de confianza con el equipo asistencial, lo que permitirá una mayor capacidad de adaptación del paciente y su familia a la nueva situación.

Esta comunicación se centrará en una información veraz, completa y progresiva sobre la enfermedad, su evolución esperada y los efectos del tratamiento manteniendo la esperanza en todo momento a pesar de la gravedad. Para garantizar la comprensión de la misma, será adaptada al nivel socio-cultural de la familia y a la edad del niño.

Aspectos como la empatía y la asertividad serán fundamentales para conseguir que tanto el niño como sus padres expresen sus sentimientos, preocupaciones y temores, dando respuesta adecuada a los mismos o canalizando hacia otros profesionales si es necesario. Para ello, será esencial mostrarnos disponibles y receptivos a las demandas de los padres y por otro lado, aprovechar los cuidados de enfermería en ausencia de la familia

para favorecer la expresión libre de los posibles temores del paciente de difícil abordaje en presencia de los mismos.

Suele ser habitual en estos casos que el niño muestre preferencia por alguno de los miembros del equipo, que deberá aprovechar dicha circunstancia para ofrecer la ayuda requerida o soporte emocional.

#### **g) Necesidad de Adquirir Conocimientos**

Desde su llegada a la unidad de hospitalización se observó una demanda constante de información por parte de los padres. Se constató que la información recibida había sido escasa y poco adaptada al nivel de conocimientos previos. Se planifican sesiones educativas que respondan a las necesidades de información. Se pretende que la cuidadora/madre aumente el grado de comprensión y los conocimientos con respecto a todo el proceso de la enfermedad, procurando que la información sea objetiva, gradual y conforme a la capacidad cognitiva de la persona. Se describirá el curso habitual de la enfermedad y aquellos signos y síntomas más característicos de las posibles complicaciones (ejemplo: neutropenia que puede sorprender en casa). Los síntomas más habituales son decaimiento, inapetencia y fiebre. También que la



cuidadora/madre aumente el grado de comprensión y conocimientos acerca de los distintos procedimientos a los que debe ser sometido el paciente para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tales como pruebas de imagen (tomografía, resonancia magnética, gammagrafía, Rayos X) tratamiento de quimioterapia, radioterapia, etc.. Así mismo, será de interés describir detallada y objetivamente, para una correcta comprensión, los posibles efectos indeseables que puedan acarrear dichos procedimientos (ejemplo: ayunas para pruebas, náuseas y vómitos, alopecia e inapetencia originadas por la Quimioterapia y Radioterapia. Para ello, utilizamos las intervenciones de Enfermería, que irán encaminadas a la consecución de objetivos. En este caso, la prioridad será la de enseñar al cuidador (madre o padre) y, en su caso, también al paciente (dentro de sus posibilidades), todo lo relacionado con el proceso de la enfermedad y los procedimientos que ésta supone. En los primeros días se le realizan, los siguientes procedimientos: Analítica de "ingreso", colocación de vía periférica o apertura de catéter Porth, punción lumbar. Inicio de tratamiento quimioterápico.

Para favorecer la adaptación a nuevas situaciones es imprescindible conocer a qué nos enfrentamos, qué cabe esperar y qué podemos hacer para afrontar la experiencia positivamente con lo que se conseguirá cierta sensación de control y mayor colaboración de la familia y en consecuencia, del paciente.

La información deberá ser clara, honesta, concisa, comprensible, pertinente en función del estadio de la enfermedad y adaptada a la edad del niño y al nivel socio-cultural de su familia.

En relación con el proceso oncológico la magnitud de la información obliga a ofrecerla de modo gradual asegurándonos que va siendo asimilada de forma correcta. Seguramente deberemos reforzar la información médica ofrecida y contribuiremos a la aclaración de dudas y preguntas. Para los padres puede ser útil en un principio, la utilización de una libreta de notas.

Hacer participar a los padres en los cuidados del niño para promover la educación sanitaria con el objetivo de capacitarlos en la provisión de dichos cuidados, en la adquisición de nuevas habilidades y en la detección de signos y síntomas de alerta;

ofreciendo pautas de actuación para que asuman con seguridad su papel de cuidadores al alta.

Se permite la entrada de los objetos personales preferidos y favoreciendo la distracción con juegos, lectura y música adecuados a la situación. También es muy útil el soporte de voluntarios, maestros o animadores que faciliten actividades de distracción.

Onco Hematología pediátrica es un servicio especialmente complejo debido al grado de dependencia de los pacientes y al trabajo paralelo con el familiar acompañante. Se dará un tratamiento integral a toda la familia, la cual verá rota su rutina y tendrá que pasar por un período duro de adaptación y aceptación. En la práctica clínica la mayor limitación, es la sobrecarga laboral por la deficiencia de recursos humanos, realidad que se ve no solo en ESSALUD sino en todo sistema de salud del país.

#### IV. RESULTADOS

Tabla Nro. 4.1

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON LINFOMA NO HODGKIN EN EL  
SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL  
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE ESSALUD EN LOS  
AÑOS DE 2012 AL 2015**

<b>AÑOS</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>%</b>
2012	21	55.3
2013	04	10.5
2014	06	15.8
2015	07	18.4
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Podemos observar que en el Servicio de Oncohematología Pediátrica se atendieron a 38 pacientes con Linfoma No Hodgkin entre los años 2012 al 2015, siendo el año 2012 donde se observó mayor número de pacientes con esta patología 21 (55.3%).

Tabla Nro. 4.2

**EDAD DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON LINFOMA NO  
HODGKIN INGRESADOS AL SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGIA  
PEDIATRICA DEL HNERM EN LOS AÑOS 2012 AL 2015**

<b>EDAD</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>0 – 5 AÑOS</b>	6	15.8
<b>6 – 9 AÑOS</b>	11	28.9
<b>10 -14 AÑOS</b>	21	55.3
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

En este cuadro podemos apreciar que los pacientes con Linfoma No Hodgkin atendidos en el año 2012 al 2015 fueron con mayor frecuencia en niños cuyas edades fluctúan entre 10 a 14 años 13. Donde el rango de 0 a 5 años 6 (15.8%) y de 6 a 9 años 11 (28.9%) siendo más frecuente esta enfermedad en la edad de 10 a 14 años

**Tabla Nro. 4.3**

**PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN SEGÚN ESTADIO TUMORAL  
AL INGRESO EN EL SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGÍA PEDIATRICA  
DEL HNERM EN LOS AÑOS DE 2012 AL 2015**

<b>ESTADIOS</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>I</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>II</b>	<b>8</b>	<b>21</b>
<b>III</b>	<b>18</b>	<b>47.4</b>
<b>IV</b>	<b>12</b>	<b>31.6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Podemos observar que de los 38 (100%) pacientes con Linfoma No Hodgkin ninguno acude en estadio I cuando existe mayor posibilidad de curación. La mayoría 26 pacientes (68.4%) en estadio II y III cuando el tumor ya se ha expandido por encima o debajo del diafragma, reduciéndose sus posibilidades de respuesta al tratamiento. Y un total de 12 pacientes (31.6%) acudieron cuando la enfermedad ya ha invadido cerebro o médula espinal.

## V. CONCLUSIONES

- a) Las enfermeras que trabajan en el área de oncología pediátrica somos las profesionales privilegiadas para considerar las necesidades individuales de los pacientes y establecer con ellos y su familia una relación de ayuda, brindando los cuidados que apoyen su pronta recuperación.
  
- b) Cada paciente y familia que llega a la Unidad de Oncohematología pediátrica es abordado de forma holística, de manera que se cubran todas sus necesidades, ya sean físicas, emocionales, espirituales y de aprendizaje a todo lo nuevo que tienen que experimentar y afrontar de la forma más asertiva.
  
- c) 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 Linfoma No Hodgkin y su familia.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Los profesionales de Enfermería que trabajan en Oncohematología Pediátrica debe actualizar permanentemente sus conocimientos y destrezas por ser un servicio especialmente complejo debido al grado de dependencia de los pacientes y al trabajo paralelo con el familiar acompañante.
- b) Realizar una cartilla informativa sobre los cuidados de los pacientes con diagnóstico de Linfoma No Hodgkin, efectos de la quimioterapia, señales de alarma.
- c) Mejorar la educación que brindamos al niño y familia con la elaboración de videos dentro del servicio.
- d) La Institución debe considerar que los pacientes con Linfoma No Hodgkin necesitan un manejo multidisciplinario para su tratamiento y a su vez considerar también que la supervivencia es baja en estadios avanzados por lo que se debería implementar los cuidados paliativos al paciente pediátrico hospitalizado o en el hogar.



## VII. REFERENCIALES

- (1) Murphy SL, Xu J , Kochanek KD . Muertes: Datos finales de 2010. Los informes Nacional de Estadísticas Vitales. Vol 61 . No. 4. Hyattsville, MD: Centro Nacional de Estadísticas de Salud, 2013 .
- (2) Howlader N , Noone AM , Krapcho M , et al, eds. SEER cáncer Statistics Review, 1975-2010 . Bethesda, MD: Instituto Nacional del Cáncer, 2013 .
- (3) OPS/OMS. Diagnóstico Temprano de Cáncer en la niñez. Washington, D.C. 2014
- (4) (SEER) Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales. SEER \* Stat Base de datos: Asociación Norteamericana de Registros Centrales del Cáncer (NAACCR) Incidencia-cinca Analítica Archivo, 1995-2010, por NHIAv2 Origen, archivo personalizado con el Condado, ACS Proyecto Datos y cifras de proyección, Asociación de Registros Centrales del Cáncer de América del Norte. Bethesda, MD: Instituto Nacional del Cáncer, División de Control del Cáncer y Ciencias de Población, Programa de Investigación de Vigilancia, Sistemas de Rama; 2013 .
- (5) Ward Elizabeth, DeSantis Carol y otros. Revista: CA: Cancer Journal for Clinicians. Niñez y adolescentes con cáncer estadísticas 2014.
- (6) Fouzia Msefer Alaovi. Diagnóstico Precoz del Cáncer en el niño. Asociación "L'Avenir". 1ra Edición . Abril 2010

- (7) Gonzales Jiménez, Lara. Experiencias vividas por niños y niñas con cáncer a través de la musicoterapia: un proyecto de acción-participación. 2012-2013.
- (8) 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>
- (9) André da Silva Carvalho, Jéssica Renata Bastos Depianti, Liliane Faria da Silva, Rosane Cordeiro Burla de Aguiar, Ana Cláudia Moreira Monteiro. Reacción de la familia del niño con diagnóstico de cáncer: estudio descriptivo. Río de Janeiro. 2013.  
[http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4356/pdf\\_164](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4356/pdf_164)
- (10) Ángela María Alarcón; Lucy Barrera-Ortiz; Sonia Patricia Carreño; Gloria Mabel Carrillo; Ruth Elena Farías; Gladys González; Beatriz Sánchez-Herrera; Narda Santamaría. "Desarrollo de un modelo funcional de cuidado de enfermería en cáncer. Bogotá. Colombia. Febrero del 2014".  
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/19950/18504>

- (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](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf)
- (12) Enf. Mg. Lina Fernanda Barrera Sánchez, Enf. Mg. Giomar M. Herrera Amaya. “Validación de material educativo para la promoción de estilos de vida saludable” Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia UPTC.  
<http://www.enfermeria.unal.edu.co/cei/pdf/MEMORIAS20132def.pdf>
- (13) Dra.C. Caridad Verdecia Cañizares, I Dra. María Elena Santos Labarcena, I Dra. Rosa María Lam Díaz “Comportamiento del linfoma no Hodgkin en la edad pediátrica. Servicio de Oncocirugía. Hospital Pediátrico Universitario “William Soler”. La Habana, Cuba. Instituto de Hematología e Inmunología. La Habana, Cuba. 2014. Rev. Cubana Pediatr [internet].2015 Dic[citado 2016 Mayo 07]; 87(4): 460-467.
- (14) Urdiain Ibarrola, Silvia. “Estudio sobre la educación para la salud que se da a los padres de niños oncológicos en relación a los cuidados de los mismos en Navarra y papel de Enfermería en dicho proceso. Pamplona 2014.  
<http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11283/SilviaUrdiainIbarrola.pdf?sequence=1>

- (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](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/aiquipa_ma/aiquipa_ma.pdf).
- (16) Oscanoa Mónica MD; Vásquez Liliana MD; Maza Iván MD; Gerónimo Jenny MD; Paredes Gloria MD. "Factores asociados al tiempo de diagnóstico del Linfoma No Hodgkin infantil y adolescente en el Perú. 2014".  
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002315-pdf.pdf>

# **ANEXOS**

## CASO CLÍNICO

Niño de 09 años, identificado con N° de historia clínica 487010, ingresa al Servicio de Onco Hematología Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el 20 de junio del 2016, cama 318, despierto, en aparente regular estado general, procedente de emergencia pediátrica, derivado del hospital Sabogal, en compañía de su madre. Ventila con apoyo de oxígeno por cánula binasal, múltiples adenopatías cervicales, portador de drenaje torácico derecho oscilante, con contenido purulento sanguinolento, edema generalizado, múltiples equimosis en zonas de venopunción, portador de vía periférica en dorso de mano izquierda.

Madre refiere no haber antecedentes de cáncer en la familia, tiene otro hijo de 14 años el cual ha quedado bajo el cuidado del padre, manifiesta "tengo miedo sobre la enfermedad de mi hijo, estuvo hospitalizado en Sabogal y ha empeorado".

En el segundo día de hospitalización los médicos realizan punción lumbar y quimioterapia intratecal y colocan catéter venoso central inguinal derecho, además programan esquema de quimioterapia.

Diagnóstico Médico: Linfoma No Hodgkin estadio III.

### A) EXAMEN FÍSICO:

\* **Nombre:** HLC

\* **Edad:** 09 años

\* **Ingreso:** 20/06/16

\* **Procedencia:** Lima

- \* **Cabeza:** Normocéfalo
- \* **Ojos:** Escleras claras
- \* **Nariz:** Normal, fosas nasales permeables
- \* **Boca:** Mucosas orales íntegras
- \* **Cara:** Leve asimetría
- \* **Cuello:** Adenopatías cervicales palpables.
- \* **Axilas:** Adenopatías palpables.
- \* **Piel:** Palidez, equimosis en zonas de venopunción, presencia de edemas.
- \* **Abdomen:** Distendido, ruidos hidroaéreos presentes. No dolor. Hepatoesplenomegalia
- \* **Sistema Respiratorio:** Polipnea, murmullo vesicular disminuido en bases de ambos campos pulmonares. Presencia de drenaje torácico derecho.
- \* **Sistema Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- \* **Sistema Gastrointestinal:** Ruidos hidroaéreos presentes.
- \* **Sistema Genitourinario:** Edema de genitales.
- \* **Sistema Osteo mio articular:** Fuerza disminuida en miembros superiores, presencia de vía periférica en dorso de mano izquierda. Presencia de edemas.
- \* **Neurológico:** Lúcida orientada en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos ni de focalización. Glasgow 15.

## **B) MEDICIÓN:**

PA= 100/60 mmHg

FC= 104 x min.

FR= 28 x min.

T°= 36,5 °C Ax.

Sat O<sub>2</sub>= 98% con oxígeno por cánula binasal.

TALLA=1.46 mt

PESO=44 Kg.

SC=1.37 m<sup>2</sup>

## **LABORATORIO:**

Hemograma:

Hemoglobina= 10 g/dl

Leucocitos= 28,700/mm<sup>3</sup>

Hamatocrito= 30%

Plaquetas=50,000/mm<sup>3</sup>

Perfil de Coagulación:

T. Protombina=16.6 seg.

T. Tromboplastina=46 seg.

T. Trombina=30,5 seg.

Fibrinógeno= 130,5 mg/dl.

Bioquímica:

Glucosa=107 mg/dl

Urea=27 mg/dl



Creatinina=0.69 mg/dl

Acido úrico= 1.6 mg/dl

Proteinas totales=5,24 g/dl

Albúmina=2.8 g/dl

Electrolitos:

Calcio= 4.06 mEq/l

Sodio=136.1 mEq/l

Potasio=4.14 mEq/l

PCR=5,0 mg/dl

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<p>Dominio 1: Promoción de la salud.</p> <p>Clase 2: Gestión de la salud</p> <p>00078: Gestión ineficaz de la propia salud r/c percepción de la gravedad, déficit de conocimientos.</p>	<p><b>1301 Adaptación del niño a la hospitalización.</b></p> <p>Indicadores:</p> <p>Resolución de la ansiedad por la separación.</p> <p>Resolución de la conducta regresiva.</p> <p>Resolución del miedo.</p> <p>Reconocimiento de la necesidad de hospitalización.</p> <p>Comprensión de la enfermedad y tratamiento.</p> <p>Cooperación en los procedimientos.</p>	<p>5510 Educación sanitaria.</p> <p>5618 Enseñanza procedimientos especiales, tratamiento.</p> <p>5602 Enseñanza proceso de enfermedad.</p>
<p>Dominio 11: Seguridad y protección</p> <p>Clase 1: Infección</p> <p>00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos</p>	<p><b>0702 Estado inmune</b></p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura corporal</li> <li>• Integridad cutánea</li> <li>• Integridad mucosa</li> <li>• Peso</li> </ul>	<p>6550 Protección contra infección</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar signos y síntomas de infección sistémica o local</li> <li>• Seguir precauciones propias de una neutropenia</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado gastrointestinal</li> <li>• Estado respiratorio</li> <li>• Estado genitourinario</li> <li>• Recuento absoluto leucocitario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener las normas de asepsia</li> <li>• Limitar el número de visitas</li> <li>• Realizar técnicas de aislamiento</li> </ul> <p>2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso vasculares</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar tipo de catéter a colocar</li> <li>• Mantenimiento y curación de catéteres según protocolo de la institución.</li> </ul>
<p>Dominio 2: Nutrición.</p> <p>Clase 5: Hidratación</p> <p>00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c desequilibrio de líquidos, efectos del tratamiento, carga tumoral.</p>	<p><b>0504 Función renal</b></p> <p>Indicadores:</p> <p>Equilibrio de la ingesta y el gasto</p> <p>Color de la orina.</p> <p>Ph de la orina</p> <p>Electrolitos serológicos.</p> <p>Aumento de peso.</p>	<p>0590 Manejo de la eliminación urinaria.</p> <p>7690 Interpretación de datos de laboratorio.</p> <p>4130 Monitorización de líquidos.</p> <p>4200 Terapia intravenosa.</p>

	<p><b>0600 Equilibrio electrolítico</b></p> <p>Indicadores:</p> <p>Frecuencia cardíaca.</p> <p>Alerta mental.</p> <p><b>0601 Equilibrio hídrico</b></p> <p>Indicadores:</p> <p>Presión arterial.</p> <p><b>1008 Ingestión de líquidos</b></p> <p>Indicadores:</p> <p>Ingestión de líquidos orales.</p> <p>Administración de líquidos endovenosos.</p>	
<p>Dominio 2:Nutrición</p> <p>Clase 1: Ingestión</p> <p>0002 Desequilibrio nutricional por defecto r/c ingesta inferior a sus necesidades</p>	<p><b>1009 Estado nutricional adecuado</b></p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Percentil de la talla niño</li> <li>• Percentil del peso niño</li> </ul>	<p>1100 Manejo de la nutrición</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar preferencia de comidas</li> <li>• Fomentar la ingesta de calorías</li> <li>• Asegurar que la dieta incluya alimentos ricos en fibra</li> <li>• Pesar al paciente en intervalos</li> </ul>

		<p>adecuados</p> <p>2080 Manejo de líquidos, electrolitos</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar a diario</li> <li>• Realizar registro preciso de ingesta y eliminación</li> <li>• Vigilar el estado nutricional</li> </ul>
<p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico</p> <p>00134 Náuseas r/c fármacos quimioterápicos</p>	<p><b>2107 Severidad de las náuseas y los vómitos.</b></p> <p>Indicadores:</p> <p>Frecuencia de las náuseas</p> <p>Intolerancia a los olores</p> <p>Alteración en el sentido del gusto</p>	<p>1450 Manejo de las náuseas</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar valoración completa (frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes de las náuseas).</li> <li>• Observar si hay manifestaciones no verbales de incomodidad.</li> <li>• Evaluar impacto de las náuseas sobre calidad de vida.</li> <li>• Asegurarse administración de tratamientos antieméticos</li> </ul>

		<p>eficaces.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas.</li> </ul> <p>Manejo del Vómito.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar color, consistencia, presencia de sangre, duración y alcance de la náusea.</li> <li>• Medir o estimar volumen del vómito. Identificar factores que pueden causar o contribuir al vómito.</li> <li>• Asegurarse de la administración de un tratamiento antiemético eficaz.</li> </ul>
<p>Dominio 3: Eliminación</p> <p>Clase 2: Función gastrointestinal.</p> <p>00015 Riesgo de</p>	<p><b>1004 Estado nutricional</b></p> <p>Indicadores:</p> <p>Ingestión de líquidos</p> <p>Hidratación</p>	<p>0200 Fomento del ejercicio.</p> <p>0450 Manejo del estreñimiento.</p> <p>1100 Manejo de la nutrición</p>

<p>estreñimiento r/c actividad física insuficiente, efectos del tratamiento, ingesta insuficiente de líquidos.</p>	<p><b>0208 Movilidad</b></p> <p>Indicadores:  Mantenimiento del equilibrio.  Movimiento articular.  Caminar</p> <p><b>1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes</b></p> <p>Indicadores:  Ingestión de fibra.</p>	
<p>Dominio 1: Promoción de la salud.</p> <p>Clase 1: toma de la conciencia de la salud.</p> <p>Déficit de actividades recreativas r/c entorno con actividades recreativas limitadas.</p>	<p><b>1604 Participación en actividades de ocio.</b></p> <p>Indicadores:  Expresión de satisfacción con las actividades de ocio.  Control de propio ocio.</p>	<p>Potenciar la autoestima del paciente.</p> <p>Proporcionar terapia artística.</p> <p>Proporcionar terapia de entretenimiento.</p> <p>Proporcionar terapia de juegos.</p>

<p>Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés.</p> <p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento.</p> <p>00069 Afrontamiento inefectivo r/c crisis situacional m/p hostilidad y ansiedad.</p>	<p><b>1302 Superación de problemas</b></p> <p>Indicadores:</p> <p>Verbaliza sensación de control</p> <p>Refiere disminución del estrés</p> <p>Verbaliza aceptación de la situación</p>	<p>5230 Aumentar el afrontamiento</p> <p>5270 Apoyo emocional</p> <p>5240 Asesoramiento</p> <p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <p>5440 Aumentar los sistemas de apoyo</p> <p>5900 Distracción</p> <p>1850 Mejorar el sueño</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y relaciones</li> <li>• Valorar la comprensión del proceso de enfermedad</li> <li>• Alentar la manifestación</li> <li>• Valorar la comprensión del proceso de enfermedad</li> <li>• Alentar la manifestación de sentimientos y miedos</li> <li>• Disminuir los estímulos del</li> </ul>
---	--	---



		ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.
<p>Dominio 4:Actividad / reposo</p> <p>Clase 4: Repuesta cardiovascular /pulmonar</p> <p>00092 Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada y presencia de dispositivos invasivos.</p>	<p><b>0002 Conservación de la energía</b></p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilibrio en actividad y reposo</li> <li>• Siestas</li> <li>• Utilizar técnicas de conservación de energía</li> <li>• Mantiene una nutrición adecuada</li> </ul>	<p>0180 Manejo de la energía</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las limitaciones físicas</li> <li>• Determinar causas de fatiga</li> <li>• Controlar la ingesta nutricional</li> <li>• Establecer límites a la hiperactividad</li> <li>• Fomentar las siestas</li> <li>• Controlar la administración y efecto de los estimulantes o sedantes</li> <li>• Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades</li> </ul>
<p>Dominio 4:Actividad y reposo</p> <p>Clase 1: Sueño / reposo</p>	<p><b>0004 Sueño</b></p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas de sueño</li> </ul>	<p>1850 Fomentar el sueño</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el esquema de sueño</li> </ul>

<p>00198 Trastorno del patrón del sueño r/c factores ambientales y malestar físico manifestado por verbalización del paciente de dificultad para conciliar el sueño</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas de sueño cumplidas</li> <li>• Patrón de sueño</li> <li>• Calidad de sueño</li> <li>• Sueño interrumpido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el sueño</li> <li>• Controlar la participación en actividades</li> <li>• Ajustar el ambiente</li> <li>• Ayudar eliminar situaciones estresantes</li> </ul> <p>6482 Manejo del ambiente: confort</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un ambiente seguro para paciente</li> <li>• Identificar necesidades de seguridad del paciente</li> <li>• Disponer de medidas de seguridad</li> <li>• Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos</li> <li>• Disminuir estímulos ambientales</li> <li>• Limitar las visitas</li> <li>• Trae objetos familiares del hogar</li> </ul>
---	---	---

<p>Dominio 7: Rol relaciones Clase 1: Roles del cuidador Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c duración de necesidad de cuidados, falta de descanso del cuidador, distracción del cuidador.</p>	<p><b>2506 Salud emocional del Cuidador familiar</b> Indicadores: Sensación de control Temor</p>	<p>Apoyo al Cuidador principal. <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el Nivel de conocimientos.</li> <li>• Determinar la aceptación del cuidador.</li> <li>• Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador.</li> <li>• Observar si hay indicios de estrés.</li> </ul> <p>Apoyo emocional. <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar la experiencia emocional.</li> <li>• Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.</li> <li>• Ayudar a reconocer sentimientos (ansiedad, ira o tristeza).</li> <li>• Animar a que exprese los sentimientos.</li> </ul> <p>Asesoramiento. <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>• Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.</li> <li>• Reforzar nuevas habilidades.</li> </ul>
---	--	--