



Facultad de ciencias Médicas
Ciclo Licenciatura en Enfermería
Sede FCM



TESINA

Tema: Cuidados de Enfermería a pacientes
Oncológicos”

Autores:

Molina Laura
Cortez Anahí

Mendoza, febrero 2015

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

Acta de Aprobación

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

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

Resumen

El cáncer es una enfermedad causante de un gran número de muertes, siendo un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células, invadiendo el tejido circundante, además puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Un porcentaje puede mejorarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia.

La idea de plasmar la gran importancia del área de enfermería en los cuidados de los pacientes oncológicos ya que son pacientes que requieren cuidados especiales y existen tratamientos tan diversos nos lleva a indagar por medio de este estudio, indagar el conocimiento que tienen los enfermeros sobre el tema y poder analizar la relación que hay entre la eficiencia en los cuidados de enfermería a pacientes oncológicos y como afecta el factor de rotación permanente del personal que existe en el hospital en cuanto a necesidad de los servicios. ¿Afecta en su desempeño la rotación permanente por los servicios y que nivel de conocimiento tienen los enfermeros sobre temas en oncología? Estas son algunas de las preguntas que las autoras de este estudio se realizan para poder desarrollar esta investigación.

Es un estudio tipo cuantitativo y de corte transversal. De campo, microsociológica, con una muestra de 25 Enfermeros encuestados, representativa de la población total de enfermeros en todo el hospital. Se obtuvieron los datos mediante encuesta estructurada y se trabajó con hoja de cálculo para operar con las variables.

A través de este estudio se pudo verificar que el conocimiento no se relaciona con el nivel de formación, es decir que del 99% de los enfermeros que son profesionales matriculados obtienen puntajes variables de conocimiento mientras que un 1% auxiliar obtiene un puntaje muy bueno, esto se relaciona directamente con la antigüedad del personal donde los resultados obtenidos demuestran que a mayor antigüedad, mejor puntaje de conocimiento. Por otro lado, a pesar de que el uso de un manual de procedimientos para la atención de los pacientes es poco, (solo un 36% utiliza uno), el 54% que no los utiliza, obtienen un puntaje muy bueno.

Palabra claves: Cáncer; eficiencia de los cuidados; enfermería oncológica.

Prefacio

Esta tesis propone estudiar y analizar la importancia del conocimiento de los cuidados de enfermería a pacientes oncológicos de los servicios de Clínica Médica y Quirúrgica del hospital Español de Mendoza. A lo largo de esta investigación se podrá apreciar que los cuidados a pacientes oncológicos no escapan de nuestra labor cotidiana en cualquier efector de salud, donde la atención a estos pacientes ya sea ambulatoria o de internación se encuentra en cada uno de los centros asistenciales donde un enfermero siempre va a encontrarse con la atención a alguno de ellos.

Es por ello la importancia que recalcamos de unificar criterios y guías de procedimientos para la atención a estos pacientes y tratar de brindarles la mayor comodidad y calidad de atención que se merecen.

Por otro lado recalcamos que este estudio no se propone emitir juicios de valor alguno con respecto a los cuidados brindados en el nosocomio donde se realiza el estudio, sino llevar a cabo una investigación donde se pueda ver qué grado de conocimientos existe con respecto a este tema y poder aportar así la mayor cantidad de propuestas para mejorar la calidad de atención a los pacientes.

Índice general

Resumen.....	Pág IV
Prefacio.....	Pág V
Índice General.....	Pág VI
Índice de tablas y Gráficos.....	Pág VII
Capítulo I	
Introducción.....	Pág 1
Descripción de problema.....	Pág 2
Formulación del problema.....	Pág 4
Objetivos.....	Pág 5
Justificación.....	Pág 6
Marco teórico	
• Apartado I: El Cáncer.....	Pág 7
• Apartado II: Rol de Enfermería.....	Pág 26
Definición de Términos.....	Pág 42
Capítulo II	
Diseño metodológico.....	Pág 44
Operacionalización de variables.....	Pág46
Hipótesis.....	Pág 48
Capítulo III	
Análisis, Procesamiento y Presentación de datos y encuestas.....	Pág 49
Conclusiones.....	Pág 59
Propuestas.....	Pág 61
Bibliografía.....	Pág 62
Anexos	
Encuesta.....	Pág 63
Tabla Matriz.....	Pág 67

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

- Tabla y gráfico 1:** Personal de enfermería encuestado en el hospital Español, según el sexo. Pág. 49
- Tabla y gráfico 2:** Personal de enfermería encuestado en el hospital Español, según rasgo de edad. Pág. 50
- Tabla y gráfico 3:** Personal de enfermería encuestado en clínica médica y aislamiento del hospital Español, según el nivel de formación. Pág. 51
- Tabla y gráfico 4:** Personal de enfermería encuestado en clínica médica y aislamiento del hospital Español, según doble jornada laboral. Pág. 52
- Tabla y gráfico 5:** Personal de enfermería encuestado en clínica médica y aislamiento del hospital Español, según la capacitación en oncología. Pág. 53
- Tabla y gráfico 6:** Relación entre el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y aislamiento del Hospital Español, con el nivel de formación. Pág. 54
- Tabla y gráfico 7:** Relación entre el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y aislamiento del Hospital Español, con la rotación. Pág. 55
- Tabla y gráfico 8:** Relación entre el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y aislamiento del Hospital Español, con el servicio en el que proviene. Pág. 56
- Tabla y gráfico 9:** Relación entre el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y aislamiento del Hospital Español, con la antigüedad. Pág. 57
- Tabla y gráfico 10:** Relación entre el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y aislamiento del Hospital Español, con el uso del manual de procedimiento. Pág. 58

Capítulo I

Planteo de la Problemática

Introducción

El cáncer no es una enfermedad nueva. Papiros egipcios que datan de aproximadamente el año 1600 a.C. ya la describían. Se cree que fue el médico griego Hipócrates la primera persona en utilizar la palabra “carcinoma” (cangrejo) para denominar el cáncer.

Cuando la primera autopsia fue realizada por el anatomista italiano Giovanni Morgagni en 1761, se sentaron las bases para el estudio científico del cáncer, también conocido como “la oncología”.

En el siglo XVIII, John Hunter fue uno de los primeros en sugerir que se operara un tumor. Cuando el microscopio moderno fue inventado en el siglo XIX, se comenzó a estudiar el cáncer y así nació el “estudio patológico moderno de cáncer”.

Según la OMS el Cáncer es la segunda causa de mortalidad a nivel mundial; se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en el año 2008, es decir un 13% de la totalidad. Cifra a la que no se puede eludir con respecto a la Argentina donde la incidencia de Cáncer es de 217 casos nuevos por 100.000 habitantes por año.

Es así como desde ya hace tiempo conocemos la lucha contra el cáncer, esta enfermedad no es algo nuevo con el que se trabaja día a día, desde un centro de salud, una clínica u hospital.

Existen tratamientos, terapias, cuidados, medicación que va evolucionando con el tiempo, pero los cuidados básicos que un enfermero cuidador en cualquier área de salud debe tener en cuenta para poder brindarle a sus pacientes la mejor calidad de atención, no puede escapar a su labor, es por ello que se trata de ver en este estudio la importancia de poseer el conocimiento del cuidado al paciente oncológico, y ver más allá de su tratamiento para poder unificar estos cuidados y poder trabajar así en un área donde el cuidado al paciente oncológico sea de relevante importancia y no un paciente más al que se tienen internado.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

El tema a tratar en este estudio nace de la observación y experiencia en los servicios de clínica médica y quirúrgica en el hospital Español de Mendoza, con la problemática a la hora de atender a pacientes oncológicos internados. La gran deficiencia que hay sobre los conocimientos en los cuidados a prestar a estos pacientes sumado a la falta de un manual de procedimientos en los servicios para saber actuar a la hora de accionar de enfermería con los tratamientos y/o cuidados con estos pacientes.

El hospital Español consta de seis servicios de clínica médica y quirúrgica, y un servicio de aislamiento que tiene este último capacidad de cuatro pacientes, mientras que los anteriores mencionados se atiende pacientes de toda complejidad, patologías clínicas, cirugía general, oncológicos, ginecológicos y psiquiátricos, entre otros. Los pacientes ingresan de manera particular o por obras sociales, sabiendo que el poder adquirir una habitación exclusiva, adecuada para un solo paciente, conlleva a un mayor costo. Sin olvidar la procedencia de pacientes, que no siempre es cercano sino muy alejados del nosocomio.

Por este motivo el profesional de enfermería consideramos que debe tener un amplio conocimiento en estos pacientes en general, pero puntualmente queremos destacar el accionar de enfermería frente a pacientes oncológicos por el desconocimiento que tiene en prestar los cuidados.

El paciente oncológico implica un gran desafío para el equipo de salud y su familia; su supervivencia pone a prueba la eficiencia y la capacidad de los servicios; y la misma trae asociado al paciente problemas con los tratamientos, alimenticios, sociales, físicos, psicológicos, neurológicos, cardiacos, entre otros.

Cabe destacar que el personal de enfermería de este hospital no es fijo en un servicio, sino que se rota según la necesidad diaria de personal en el hospital. Es por ello que se trata de enfatizar sobre un manual o guía de procedimientos en cada servicio para el cuidado de los pacientes oncológicos. Ya que estos necesitan de cuidados, tratamientos y manejo de medidas de aislamientos y medicación específicos. Y ante deficiencia observada en los conocimientos en enfermeros para la atención de estos pacientes, consideramos esencial la necesidad de la capacitación adecuada

Lo que se intenta demostrar en este estudio son las dificultades que se presentan a la hora de atender a los pacientes oncológicos internados, bajo tratamiento y/o en estudios de diagnóstico. Es por ello que se intenta indagar y demostrar la necesidad de poder

realizar adecuadamente la atención de estos pacientes con la utilización de procedimientos de enfermería para la atención de estos y poder disminuir así el margen de error a la hora de atenderlos, disminuir también el estrés y tener una correcta atención a ellos.

PLANTEO DEL PROBLEMA:

¿Qué relación hay entre la eficiencia de los cuidados de enfermería a pacientes oncológicos y la rotación permanente del personal, en los servicios de Clínica Médica y Quirúrgica del Hospital Español, Mendoza 2014?

OBJETIVOS:

GENERAL:

Analizar la relación que hay entre la eficiencia en los cuidados de enfermería a pacientes oncológicos y la rotación permanente del personal.

ESPECIFICOS:

- Evaluar la eficacia de los cuidados de enfermeros a pacientes oncológicos.
- Indagar conocimientos de enfermería en cuidados a pacientes oncológicos.
- Caracterizar el rol de enfermería a pacientes oncológicos.
- Analizar si existen procesos de atención y como son aplicados.

JUSTIFICACION:

Estudios realizados e investigaciones abarcan solo recomendaciones para el tratamiento y manejo de estos pacientes, pero no hay específicamente manual de procedimientos que indiquen como manejarlos, es por ello la necesidad de indagar la eficacia en los cuidados de enfermería a estos pacientes ver que errores se presentan, inquietudes y/o complicaciones se presentan a la hora de atender a estos pacientes, como consecuencia del desconocimiento del manejo de citostáticos, de catéter, de medidas de aislamiento, medicación, manejo de emesis (vómito), perfil del enfermero y demás aspectos que abarca la atención tan especial de los pacientes oncológicos.

La investigación de este estudio va dirigida a todo el personal enfermero y jefes de servicio, para mejorar la atención a los pacientes oncológicos y unificar los conocimientos y la atención de ellos, ya que necesitan de cuidados específicos y especiales porque pasan un largo tiempo en internación y en los diferentes servicios según su patología y tipo de tratamientos, es por ello también la necesidad de indagar si afecta la atención de los pacientes la rotación permanente del personal, ya que al estar en constante cambios de servicio se modifica la forma de trabajo, los compañeros y los pacientes mismos.

APARTADO I

EL CÁNCER

El término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer¹ es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. Esta enfermedad puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen. Existen cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: *los sarcomas*, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo; *los carcinomas*, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata, estos incluyen algunos de los cánceres más frecuentes, los de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas y los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. Por último se encuentran las *leucemias* y *los linfomas*, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

“*Los tumores o neoplasias* son proliferaciones anormales de los ‘tejidos’ que se inician de manera aparentemente espontánea (no se conoce la causa), de crecimiento progresivo, sin capacidad de llegar a un límite definido, carente de finalidad y regulado por leyes propias más o menos independientes del organismo”². Las tres características principales de los tumores es que forman una masa anormal de células; poseen crecimiento independiente, excesivo y sin control y tienen la capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer la causa que lo provocó.

En las neoplasias es muy importante tener en cuenta que se pierden las capacidades de respuesta a los controles normales del crecimiento, ya que las células tumorales continúan proliferando de forma indiferente e independiente de ellos. Los tumores no son totalmente independientes, pues dependen del huésped para nutrirse e irrigarse.

¹ Natalia Gandur, “Manual de Enfermería Oncológica”, 2010.

² Barbacci S., “Manual de Enfermería Oncológica”, 2010.

La oncología es la ciencia que estudia los tumores y esta misma ciencia los diferencia en neoplasias benignas o malignas según el comportamiento clínico que posean: los *tumores benignos* son aquellos cuyas características microscópicas y macroscópicas no son graves; es decir, el tumor se encuentra en una zona bien localizada y se puede curar mediante una extirpación quirúrgica, ya que no ha dado lugar a implantes secundarios.

En cambio, los *tumores malignos* son aquellos que pueden infiltrar las estructuras adyacentes, destruyéndolas; o propagarse a lugares lejanos, dando lugar a implantes secundarios (metástasis) y ocasionando, así, una muerte casi segura.

Para que una célula normal cambie su fenotipo y se convierta en una célula neoplásica, se requieren varias mutaciones en varios genes, y eso ocurre a través de mucho tiempo, a veces de años, de estar expuesto a un agente carcinogénico.

El cáncer comienza en una célula, es decir que es de origen monoclonal. Esa célula pierde sus procesos de “control” y se vuelve “anárquica”, iniciando una generación de más “células anárquicas”, que, a su vez, pueden inducir a cambios similares en las células vecinas. Pero no sólo afectan a la célula las mutaciones inducidas por los carcinógenos sino que, a lo largo de cada división celular (pueden llegar a 50 divisiones), se producen errores espontáneos en cada duplicación y los mismos se van acumulando constituyendo un factor intrínseco de riesgo; aquí vale la pena señalar que los radicales libres son productos normales del metabolismo celular, pero un exceso de los mismos puede acarrear efectos genotóxicos. Éstos pueden actuar en una o en las tres etapas de la carcinogénesis: en la **Iniciación** que ocurre a nivel del genoma y las alteraciones pueden darse en los tumores benignos y malignos al igual que la segunda etapa, pero la tercera, o sea la de progresión, es exclusiva de la transformación maligna. Los agentes que actúan en la primera etapa pueden ser: *Físicos, Químicos o Virales*.

En la **Promoción**, etapa de crecimiento tisular con la formación del tumor. Participan los factores de crecimiento y los receptores a los factores de crecimiento, como así también la angiogénesis y degradación de las matrices extracelulares.

Y por último la **Progresión** implica la capacidad de invadir tejidos vecinos o a distancia por parte de la célula tumoral maligna. Esa capacidad está codificada también en los genes de la misma con modificaciones estructurales y funcionales.

En la llamada “cascada metastásica”, las células neoplásicas tienen incrementado su metabolismo y, por ende, requieren de mayor aporte de oxígeno; en las mismas existen genes que codifican factores que estimulan la angiogénesis tumoral, que es el primer requisito necesario para iniciar la cascada metastásica. Lo fundamental de esta etapa de progresión es comprender las dificultades que debe superar la célula maligna para

colonizar en un lugar distante de su sitio de origen. Sólo *una célula de entre diez mil* que logre introducirse al torrente sanguíneo o linfático podrá asentarse para desarrollar un foco metastático, para lo cual la célula maligna debe desprenderse de sus vecinas y “navegar” por el espacio intercelular y atravesar la membrana basal (*degradación de matrices*), luego debe introducirse al vaso sanguíneo o linfático (*migración celular*), allí debe sobrevivir al ataque de la respuesta inmune y lograr atravesar nuevamente la pared vascular y “anidar” en otro tejido que muchas veces no comparte su estirpe (*colonización metastásica*).

En el paciente oncológico la enfermedad invade un solo órgano inicialmente, donde se reproducen las células tumorales; luego, de este tumor se pueden desprender células que viajan por la sangre, o linfa, e invadir a distancia. Esas nuevas células que se forman en el nuevo órgano invadido tienen las características del tejido que lo originó. En el momento del diagnóstico, el 40% de los pacientes tienen anemia. Este porcentaje crece luego del tratamiento con

quimioterapia, lo que da una idea de la importancia del tratamiento de soporte; sin embargo, es probable que no requieran terapia transfusional.

El nivel de leucopenia, si bien está presente, no es tal como para requerir inmunoterapia que disminuya los tiempos de neutropenia, por lo tanto estos paciente son menos susceptibles a las infecciones. La anemia y el dolor son dos de los síntomas más comunes tras recibir tratamiento oncológico; esto releva la importancia del tratamiento del dolor oncológico en forma gradual y con un seguimiento especializado por un equipo especializado en el tema.

La astenia es tan importante como el propio dolor. En un 40% surge como consecuencia de la anemia, y hay que recordar que sólo el 38% de los anémicos enfermos de cáncer están tratados.

En el paciente *oncohematológico*, su enfermedad invade médula ósea o tejido linfático, por lo tanto, esta enfermedad está dispersa en todo el organismo.

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

Ciertos **factores** son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre estos factores se encuentran *la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y los traumas*. Los investigadores estudian cómo estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa.

Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario³: algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias como el cáncer de mama es un ejemplo de ello. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. Una forma de retinoblastoma sólo aparece cuando está ausente un gen específico. Estos genes, denominados genes *supresores tumorales o antioncogenes*, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.

Según el autor⁴ las *Sustancias químicas*, como el alquitrán de hulla y sus derivados se consideran altamente cancerígenas. Sus vapores en algunas industrias (por ej. refinerías) se asocian con la elevada incidencia de cáncer del pulmón entre los trabajadores. Hoy en día se sabe que el benzopireno –sustancia química presente en el carbón, provoca cáncer de la piel en personas cuyos trabajos tienen relación con la combustión del carbón. El arsénico se asocia con cáncer del pulmón, pues los trabajadores de minas de cobre y cobalto, fundiciones y fábricas de insecticidas presentan una incidencia de este tipo de cáncer mayor que lo normal. En los trabajadores de las industrias relacionadas con el asbesto, la incidencia es de hasta 10 veces más que lo normal. Una sustancia producida por el hongo *Aspergillus flavus*, llamada aflatoxina, y que contamina alimentos mal conservados, ocasiona cáncer de hígado en algunos animales. Se ha encontrado que, en países donde la contaminación de alimentos por mohos es frecuente, la incidencia de cáncer de hígado y de estómago es alta. El cigarrillo es otro agente cancerígeno; se ha determinado que la muerte por cáncer de pulmón es 6 veces mayor entre fumadores que entre no fumadores. El cigarrillo es tan pernicioso debido a las sustancias que contiene: nicotina, ácidos y óxidos de carbono y alquitrán. El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera

³ Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Información básica 2008.

⁴ Otto Shirley E. "Enfermería Oncológica", 3° edición, Ed Harcourt/Brace, 1999.

importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes.

Las Radiaciones, como las radiaciones ionizantes constituyen uno de los factores causales más reconocidos. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un período de latencia de varios años. Los rayos ultravioletas del sol y los rayos X aumentan la propensión a adquirir cáncer de piel y leucemia. La excesiva exposición a los rayos solares, por parte de personas de piel blanca, aumenta el riesgo.

Las Infecciones o virus, estudios indican que aquellas relacionadas como con los cánceres que aparecen en enfermos de SIDA o la relación que hay entre *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago, demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer. Los virus son la causa de muchos cánceres en animales. En el ser humano, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfocitomas, el virus de la hepatitis con el hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cérvix. Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN. El virus HTLV es del tipo ARN, o retrovirus, como la mayor parte de los virus asociados a tumores en animales produce una leucemia humana. En presencia de una enzima denominada transcriptasa inversa induce a la célula infectada a producir copias en ADN de los genes del virus, que de esta manera se incorporan al genoma celular. Estos virus del tipo ARN contienen un gen denominado oncogén viral, capaz de transformar las células normales en células malignas. Distintas investigaciones han demostrado que los oncogenes virales tienen una contrapartida en las células humanas normales: es el protooncogén, u oncogén celular. Los productos de los oncogenes (las proteínas que producen) son factores de crecimiento (o proteínas necesarias para la acción de tales factores de crecimiento), que estimulan el crecimiento de las células tumorales.

En *los Traumas* se consideran perjudiciales por la irritación mecánica producida sobre una porción de la piel y la fricción ejercida sobre lunares. El cáncer de labio en los fumadores de pipa se asocia con la irritación crónica producida por la pipa sobre un grupo de células en el labio. En la India, una alta incidencia de cáncer del abdomen y de la ingle se relaciona con la vestimenta (una especie de guayuco) de uso muy generalizado.

En los pilares del tratamiento se encuentra:

Tratamiento con radioterapia (RDT): esta constituye, junto con la cirugía y la quimioterapia, el tercer pilar básico entre los instrumentos disponibles para tratar el

cáncer. Consiste en la aplicación controlada de radiaciones ionizantes aplicadas de forma local, para lo que se utilizan diversos métodos y tecnologías.

La aplicación más conocida de las radiaciones ionizantes son las de los aparatos de rayos X, tanto en el diagnóstico (gammagrafía) como en el tratamiento (radioterapia en oncología) mediante el uso de fuentes (cobaltoterapia) o aceleradores de partículas.

Tratamiento con quimioterapia (QMT)⁵: La quimioterapia consiste en la administración de medicamentos antineoplásicos para tratar el cáncer. Es una de las cuatro modalidades de tratamiento que ofrecen curación, control o paliación. Los principios de la quimioterapia son:

Actuar sobre el Ciclo de generación celular donde la secuencia de sucesos cuyo resultado es la replicación del ácido desoxirribonucleico (DNA) con distribución igual en las células hijas; este proceso es llamado mitosis. Las células normales y las cancerosas pasan por el mismo ciclo de división.

Traspasar la Barrera hematoencefálica porque se compone de estructuras celulares que impiden la entrada de ciertas sustancias al cerebro o al líquido cefalorraquídeo. En muchos casos la barrera actúa como un tamiz, que protege al cerebro y al LCR de partículas o agentes dañinos. Su permeabilidad se vuelve inconstante ante la presencia de un tumor; tiende a ser mayor en el centro o cerca de él, en donde el riego sanguíneo por lo general es menor.

A partir de los pilares del tratamiento se debe tener en cuenta los factores que influyen en la selección de medicamentos, según las condiciones del paciente; el tipo celular del cáncer; la velocidad de absorción del medicamento; la localización del tumor (muchos medicamentos no cruzan la barrera hematoencefálica); la carga tumoral (los tumores más grandes por lo general responden menos a la quimioterapia); la resistencia del tumor a la quimioterapia (las células cancerosas pueden hacer mutaciones y producir varias células malignas distintas a las originales).

Es por ello que el tratamiento se complementa con otras terapias para intensificar la capacidad de destruir células cancerosas con un rango de toxicidad tolerado.

La elección de las combinaciones depende de:

- Efectividad como agentes únicos.
- Resultados de una mayor destrucción de la masa tumoral.
- Prolongación de supervivencia del paciente.
- Acción sinérgica.
- Diversos grados de toxicidad.

⁵ Lic. Adriana Vallejos y Lic. María Sáenz, "Manual de Enfermería Oncológica", 2010.

- Mecanismos variados de acción.
- Administración de cursos repetidos para minimizar los efectos inmunosupresores que de otra manera podrían presentarse.

En la administración de la quimioterapia⁶, la dosis se calcula según la superficie corporal (SC), tanto en niños como en adultos. Esta se prescribe en miligramos por metro cuadrado.

La preparación de la medicación debe realizarse con normas estrictas de seguridad para el operador y la solución, con técnica aséptica, en campanas con salida al exterior o bajo flujo laminar. Estos medicamentos pueden administrarse por diferentes vías como:

Los medicamentos *por vía oral*, aquellos que se pueden ingerir, vienen en diferentes formas orales (pastillas, comprimidos, cápsulas, líquido), las cuales pueden ser absorbidas por el estómago o sublingual.

Algunos medicamentos de terapia pueden estar envueltos en diferentes capas protectoras que se liberan en momentos diferentes en el sistema, lo que hace que la liberación del medicamento se demore en el tiempo, por lo que se denominan de liberación prolongada. Este método hace posible que los períodos de tiempo entre dosis sean más largos.

Los medicamentos de quimioterapia sublinguales se colocan debajo de la lengua, donde se disuelven y se absorben rápidamente por la circulación del cuerpo. Ésta es una forma rápida de introducir un medicamento en el organismo. Los medicamentos contra las náuseas (antieméticos) son particularmente eficaces cuando se administran de esta manera, dado que no se perderán si el paciente vomita.

¿Por qué no todos los medicamentos pueden ser orales? Algunos medicamentos no se pueden administrar oralmente debido a que los ácidos gástricos los destruyen. Hay medicamentos que no pueden ser absorbidos por el organismo del paciente a través de las paredes del estómago o el intestino. Si el fármaco no puede absorberse, éste pasa directamente a las heces o la orina y es ineficaz. Otros medicamentos pueden ser demasiado fuertes y podrían dañar las paredes del estómago.

En el tratamiento de quimioterapia con *inyección subcutánea*, la aguja se inserta en el espacio entre la piel y el músculo pero no tanto como para penetrar el tejido muscular. Estas utilizan comúnmente para algunos tipos de modificadores de la respuesta biológica y fármacos de apoyo de la quimioterapia.

Si el recuento de plaquetas del paciente es bajo, es menos probable que se provoque una hemorragia con inyecciones subcutáneas que con inyecciones intramusculares.

En la *vía Intramuscular*, el medicamento se deposita en el tejido muscular, la absorción del

⁶ Farreras; Rosman. Principios del tratamiento oncológico (Vol. II y III) Edit. Océano. Barcelona. 3° edición, 2003.

medicamento es más rápida que cuando se toma de forma oral, pero más lenta que cuando se administra por vía sublingual o intravenosa o mediante inyección subcutánea.

La inyección intramuscular es un método popular para los medicamentos antieméticos debido a que de esta manera el medicamento no pasa por el estómago ya irritado.

La mayoría de los fármacos de quimioterapia no se pueden administrar de forma intramuscular, ya que son químicos muy fuertes.

Cuando es posible, se evita administrar inyecciones intramusculares a pacientes con plaquetas bajas, ya que una hemorragia en el músculo puede constituir una complicación.

En la *administración intravenosa* de medicamentos de quimioterapia se permite su rápido ingreso en la circulación, donde el torrente sanguíneo se encarga de transportarla por todo el cuerpo. Éste es el método más común de administración de quimioterapia, dado que la mayoría de los fármacos de quimioterapia son fácilmente absorbidos a través del torrente sanguíneo. De todos los métodos actualmente disponibles, la administración intravenosa ofrece el menor tiempo de absorción y es el más versátil. Los métodos intravenosos también ofrecen una mayor flexibilidad en la dosificación del fármaco. Las dosis se pueden administrar en forma de bolo intravenoso, que puede durar desde unos pocos minutos hasta unas horas. Se pueden administrar infusiones continuas durante unos pocos días o hasta semanas por vez. Las bombas portátiles permiten administrar el medicamento a una velocidad lenta continua para que sea absorbido de forma intravenosa sin interrupciones. Los medicamentos intravenosos se introducen directamente en el torrente sanguíneo por medio de diversos métodos.

Se puede colocar un *angiocatéter* en una vena del brazo o de la mano y luego quitarlo una vez administrado el medicamento de quimioterapia. Éste es un dispositivo temporal de acceso venoso que inserta la enfermera antes del tratamiento y que luego retira una vez que éste ha finalizado. El tiempo de uso de los angiocatéteres generalmente varía de unos minutos a unos pocos días.

La Vía PICC, a pesar de que también se considera temporal, se puede insertar y utilizar por un período que va desde seis semanas hasta unos pocos meses antes de discontinuar su uso. La inserción de una vía PICC implica la colocación de un catéter plástico largo en una de las venas más grandes del brazo. Este procedimiento es ambulatorio y no quirúrgico. Una placa especial de rayos X, llamada fluoroscopia, confirmará que el catéter PICC se encuentra en el lugar adecuado. Esta opción es ideal para múltiples infusiones cortas o para infusiones continuas en un hospital o en el domicilio utilizando una bomba portátil.

Los catéteres no tunelizados o vía central, se insertan directamente a través de la piel en la vena yugular o subclavia y se dirigen por el vaso a la vena cava superior hasta el atrio derecho del corazón. Se pueden insertar en un ámbito no quirúrgico, al lado de la cama. Se debe realizar una placa especial de rayos X, llamada fluoroscopia, para asegurarse de que el catéter se encuentra en el lugar adecuado. Este tipo de catéteres se usan comúnmente a corto plazo o en situaciones de emergencia, ya que su uso a largo plazo está asociado a la posibilidad de contraer una infección por donde pasa el catéter. La mayoría hace referencia a este tipo de catéteres como "yugulares" o "subclavios" debido a la vena en la que se insertan. Estos catéteres requieren cambios de los vendajes y un cuidadoso mantenimiento.

Los catéteres tunelizados se colocan a través de la piel en medio del pecho. Se tunelizan a través del tejido subcutáneo (la capa de tejido entre la piel y el músculo) y se insertan en la vena cava superior en el atrio derecho del corazón. Hay un manguito de dacrón a aproximadamente dos pulgadas del punto de salida del catéter en la piel del pecho. Se forma tejido cicatricial alrededor del manguito para mantener el catéter en su lugar. Estos catéteres se insertan como parte de un procedimiento quirúrgico ambulatorio y se debe realizar una placa de rayos X, para asegurarse de que el catéter se encuentra en el lugar adecuado. Se pueden dejar en el lugar durante meses o años con una baja incidencia de infección. Se requiere cambio del vendaje y mantenimiento. Estos catéteres pueden tener múltiples lúmenes (entradas) para infundir medicamentos o extraer sangre. Un lumen sencillo tiene una sola entrada para medicamentos, un lumen doble tiene dos entradas y un lumen triple (el más disponible) tiene tres entradas. Los catéteres tunelizados se utilizan con mayor frecuencia para los regímenes de quimioterapia múltiples, tales como los procedimientos de trasplante de médula ósea. Los catéteres tunelizados generalmente son llamados por sus nombres comerciales: Broviac, Groshong y Hickman. El catéter Hickman, al igual que el Broviac, tiene una vía abierta a ambos lados dentro de la vena. En cambio, el catéter Groshong posee aberturas pequeñas, similares a las de una válvula, en el extremo de la vía.

El Port-a-Cath. Una opción más permanente implica la colocación de un Port-a-Cath. Que se coloca debajo de la piel del pecho. Luego, el catéter se inserta en la vena cava superior en el atrio derecho del corazón. Este catéter se puede implantar en radiología con la intervención de un radiólogo especializado o en una sala de operaciones con la intervención de un cirujano. Es un procedimiento de aproximadamente una hora. El tiempo de vida útil de un Port-a-Cath puede ser hasta de tres a cinco años. El Port-a-Cath

puede sentirse debajo de la piel y la enfermera puede encontrar la entrada localizando los extremos del Port-a-Cath e insertando (canulando) una aguja especial (denominada aguja Huber) en la sección blanda en el medio. A través del Port-a-Cath pueden administrarse medicamentos y hacerse extracciones de sangre, lo que elimina la necesidad de realizar las extracciones de sangre en el brazo. La utilización de una bomba portátil y un Port-a-Cath permite administrar la medicación durante varios días en el domicilio del paciente, en lugar de tener que hospitalizarlo. No hace falta hacer cambios de vendajes, aunque sí requiere cierto mantenimiento.

La *quimioterapia intratecal o intraventricular* se emplea cuando es necesario que los fármacos lleguen al líquido cefalorraquídeo (LCR), el fluido que se encuentra en el cerebro y la médula espinal. La barrera hematoencefálica del cuerpo impide que los fármacos de quimioterapia de administración sistémica (a través de todo el cuerpo) lleguen al LCR. Existen dos maneras de administrar la quimioterapia al LCR:

Por Punción lumbar (intratecal). En este caso, se inyecta una pequeña cantidad de quimioterapia durante la punción lumbar, directamente al LCR. Después de administrar el fármaco, se quita el catéter.

Reservorio Ommaya (intraventricular). Es un pequeño dispositivo con forma de domo provisto con un catéter. Se coloca en el tejido subcutáneo del cuero cabelludo. El catéter se inserta en el ventrículo lateral (externo) del cerebro. Una enfermera o enfermero, o un médico, con capacitación específica en este método de administración de quimioterapia, insertarán una pequeña aguja a través de la piel del cuero cabelludo en el reservorio Ommaya para inyectar la quimioterapia.

Este procedimiento se utiliza con mayor frecuencia en casos de leucemias agudas pero también puede utilizarse en otras situaciones.

Los *Tratamientos de quimioterapia intraperitoneal*, se administran directamente en la cavidad abdominal. Se coloca un catéter a través de la pared abdominal de manera tal que drene a la cavidad abdominal. El catéter drena hacia la cavidad que rodea a los órganos, no hacia el estómago ni a ninguno de los demás órganos. Luego, se infunde la quimioterapia directamente hacia esta cavidad. Se recomienda al paciente cambiar de posición de un lado al otro, y sobre su espalda, para facilitar el movimiento del medicamento. En algunos casos, el medicamento se drena hacia afuera después de unas horas. En otros casos, se deja adentro, donde se absorbe gradualmente. Este método permite que los órganos se impregnen con el medicamento, que luego es lentamente

absorbido hacia el sitio del tumor. Este tipo de quimioterapia se basa en que el tumor quedará expuesto a mayores concentraciones de medicación sin exponer el resto del cuerpo a la toxicidad. Este tipo de tratamiento es algo polémico, debido a que a pesar de que las concentraciones del medicamento en el tumor son mayores, no se ha demostrado una disminución del cáncer.

Los tratamientos *intrarteriales* se realizan con fármacos que se administran en la arteria que suministra sangre al tumor. Para ubicar las arterias que suministran sangre al tumor se utiliza una angiografía, un sistema especial de rayos X que utiliza líquido de contraste para poder ver los vasos sanguíneos.

Este tipo de terapia se ha utilizado con más frecuencia en casos de cáncer de colon diseminado al hígado. Sin embargo, también se ha utilizado en cánceres en la cabeza y cuello, sarcoma en las extremidades, melanoma en las extremidades, cáncer gástrico, cáncer pancreático y otros.

Este tipo de tratamiento se basa en que el tumor tendrá una alta exposición al fármaco sin la toxicidad asociada a estas dosis administradas sistémicamente (a través de todo el cuerpo). A pesar de que las respuestas locales del tumor han sido mejores con esta terapia, hasta la fecha no se han registrado beneficios en términos de supervivencia.

Los tratamientos de *quimioterapia intravesicular* se administran a través de un catéter urinario directamente a la vejiga. La medicación se inyecta en el catéter, que luego se bloquea. De esta forma se permite que el medicamento permanezca en la vejiga.

Se recomienda al paciente rodar sobre sus costados y permanecer recostado sobre la espalda para ayudar a que el medicamento llegue a todas las áreas de la vejiga.

Después de un tiempo predeterminado, se desbloquea el catéter y se drena el líquido. A continuación, se extrae el catéter.

Este método se emplea con frecuencia en personas con cáncer de vejiga superficialmente invasivo (cáncer en la superficie de la vejiga que no se puede extirpar).

En los tratamientos de *quimioterapia intrapleural* la quimioterapia se puede administrar en la cavidad pleural (el espacio entre el pulmón y su pared). Esta se utiliza para controlar las efusiones pleurales malignas. Una efusión pleural maligna es una acumulación de líquido canceroso en la cavidad pleural. El líquido puede provocar el colapso del pulmón y dificultar la respiración. Drenar el líquido servirá de ayuda, pero éste usualmente volverá a acumularse a menos que se administre quimioterapia intrapleural. Este procedimiento también se conoce como pleurodesis, donde se inserta una sonda pleural o torácica en la cavidad pleural. Se drena el líquido (esto puede llevar varios días). Se introduce la

quimioterapia en la sonda pleural o torácica. Esta quimioterapia hace que el pulmón se adhiera a la pared pleural, lo que permite que éste se vuelva a distender y se mantenga expandido.

También hay tratamientos de *quimioterapia tópica* donde algunas cremas de quimioterapia se aplican directamente sobre la piel para tratar determinados casos de cáncer de piel. La crema es absorbida por la piel directamente hacia la lesión cancerosa. El uso de preparaciones tópicas es muy limitado para el tratamiento del cáncer.

Tratamiento con terapias biológicas

Desde 1980, la bioterapia o terapia biológica, que incluye la inmunoterapia, se ha convertido en otra modalidad del tratamiento. Incentiva a los glóbulos blancos (GB) a la respuesta inmunológica contra el cáncer.

La bioterapia se define⁷ como el tratamiento con agentes derivados de fuentes biológicas, que afectan las respuestas orgánicas. Esta actúa sobre los glóbulos blancos, siendo estimulados de varias maneras para incentivar la respuesta inmune del cuerpo al cáncer, con poco o ningún efecto sobre los tejidos sanos. La inmunoterapia se usa también para disminuir los efectos secundarios de otros tratamientos anticancerosos.

Tratamiento con cirugía

En los tratamientos quirúrgicos, la cirugía constituye la modalidad terapéutica más frecuentemente utilizada, ya sea en forma aislada o, bien, en combinación con otros métodos. Por otra parte, hoy en día se sostiene que la cirugía es el procedimiento que más éxitos definitivos produce en el tratamiento de los tumores. La cirugía oncológica desempeña un papel insustituible en el tratamiento del tumor primario y, en algunas localizaciones metastásicas, la adecuada terapéutica primaria con un definitivo tratamiento quirúrgico y el manejo de otras estrategias esenciales permiten el control del tumor y mejorar la calidad de vida del paciente.

Los diferentes tipos de cirugías oncológicas son:

Cirugía Diagnóstica, que trata de establecer el diagnóstico histológico mediante la toma de una biopsia con diferentes técnicas, muchas veces guiadas por estudios por imágenes como la ecografía o la tomografía axial computada (TAC).

La cirugía radical o curativa es la extirpación total y definitiva de un tumor localizado y de su drenaje linfático regional.

Cirugía Paliativa que está dirigida a solucionar complicaciones provocadas por tumores irreseccables, como pueden ser algunos cuadros dolorosos o compresivos, estas tienen como objetivo aliviar el dolor, síntoma tan frecuente en muchas neoplasias, sobre todo

⁷ Lic. Constanza Celano y Lic. Silvina Estrada, "Manual de Enfermería Oncológica". 2010

avanzadas; se puede intentar su alivio mediante técnicas neuroquirúrgicas.

De las recidivas, utilizada en casos en los que se desea saber la naturaleza de una nueva lesión, para realizar estudios específicos como, por ejemplo, receptores hormonales o extirpar masas recidivantes de crecimiento lento, ante sospecha de recidivas.

De las metástasis: indicada sólo en ciertos tipos de tumores que presentan metástasis accesible quirúrgicamente.

*Cuando hablamos de conceptos de operabilidad y resecabilidad*⁸ podemos definir que un paciente es operable cuando puede ser sometido a una intervención quirúrgica, no existiendo contraindicación absoluta para la realización de ésta.

El concepto de resecabilidad va asociado al propio tumor. Un tumor es resecable cuando puede ser extirpado. En ocasiones, puede ocurrir que, dada la indicación quirúrgica en un paciente operable, la tumoración sea irresecable por su extensión a otros órganos o por la generalización del tumor.

En el Concepto de recidiva y recurrencia: la recidiva de un tumor es la reproducción de éste en la misma localización en la que fue extirpado. La recurrencia se refiere a la reaparición de la enfermedad después de un período de remisión. Esta recurrencia puede ser local y, por lo tanto, sinónimo de recidiva, o a distancia en forma de metástasis.

⁸ Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica, 10° edición.

ESTADISTICAS DE CANCER EN ARGENTINA

Incidencia

La Argentina se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta (172.3-242.9 x 100000 habitantes); de acuerdo a las estimas realizadas por la IARC (Agencia Internacional para la investigación del Cáncer), para el año 2012. Esta estimación corresponde a más de 100.000 casos nuevos de cáncer en ambos sexos por año, con porcentajes similares tanto en hombres como en mujeres. Con estos números, la IARC ha estimado para la Argentina una incidencia en ambos sexos de 217 casos nuevos por año cada 100.000 habitantes, basándose en datos provenientes de RCBP (Registros del Cáncer de Base Poblacional) del país y otros que pertenecen a países de la región.

En magnitud, el volumen más importante de casos estimados corresponde al cáncer de mama con más de 18.700 casos nuevos por año (18% del total y 36% del total de casos en mujeres).

El cáncer de mayor incidencia sería el de mama en mujeres con una tasa de 71 casos por cada 100.000 mujeres, seguido por los cánceres masculinos de próstata (44 x 100.000 hombres) y pulmón (32,5 x 100.000 hombres).

En cuanto a Mortalidad:

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son en la actualidad la principal causa de mortalidad mundial. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en 2008 en todo el mundo, 36 millones –casi las dos terceras partes- se debieron a ENT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. El cáncer, como segunda causa de estas defunciones, fue responsable de 7.6 millones de muertes – más de las dos terceras partes de las cuales ocurrieron en países de ingresos bajos y medios.

Un gran porcentaje de ENT son prevenibles y comparten los mismos factores de riesgo. Se estima que los cinco principales riesgos para la salud están relacionados con el comportamiento y la alimentación: índice alto de masa corporal, bajo consumo de frutas y hortalizas, inactividad física, consumo de tabaco e ingesta excesiva de alcohol.

Estos factores causan el 30% de las muertes por cáncer. Aunque la edad es un factor de

riesgo importante, el consumo de tabaco es el más importante: causa 22% de las muertes mundiales por cáncer en general y 71% de las muertes por cáncer de pulmón. Los cánceres causados por infecciones víricas, como el virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por el Virus Papiloma Humanos (VPH), son responsables de hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios.

En Argentina, las ENT son responsables de más del 60% del total de las defunciones que se producen anualmente en el país, 20% de las cuales corresponden a tumores. Esto representa aproximadamente 60.000 muertes por año, de las cuales más del 90% se produce en personas mayores de 44 años de edad.

En el año 2012 murieron por cáncer casi 62000 hombres y mujeres en Argentina. La región Centro, al ser la más poblada, registró más del 70% de estas defunciones. El cáncer de pulmón se observa en primer lugar de importancia en todas las regiones menos en Cuyo en la que encontramos el cáncer de mama. Le siguen en orden de frecuencia el cáncer colorrectal y el de mama; excepto en NOA y Sur donde se observa en tercer lugar al cáncer de próstata y estómago, respectivamente. El cáncer de cérvix (útero/cuello) que no se registra dentro de los diez primeros a nivel país, se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte por cáncer más importantes de la región NEA; mientras que en la región Centro desaparece del ranking seleccionado.

Para medir el impacto de esta enfermedad y sin discriminar por sexos, es necesario resaltar que el cáncer de pulmón fue responsable del 14,9% de estas muertes, con 9.230 defunciones que representan el 86,6% de los casos nuevos que se estiman por año; seguido por el de colon y recto y el de mama, con letalidades estimadas del 59,7% y 27,8% respectivamente.

Tabla 1: Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por la IARC para Argentina en 2012 según localizaciones tumorales más frecuentes.

Sitio tumoral	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	Promedio anual de casos	(%)	Promedio anual de casos	(%)	Promedio anual de casos	(%)
Mama	19386	16.8			19386	32.2
Colon-recto	13558	11.8	7237	13.2	6321	10.5
Pulmón	11244	9.8	7690	14.0	3554	5.9
Próstata	11202	9.7	11202	20.4		
Cérvix	4956	4.3			4956	8.2
Riñón	4068	3.5	2650	4.8	1418	2.4
Páncreas	3988	3.5	2650	4.8	2034	3.4
Estómago	3738	3.2	2374	4.3	1364	2.3
Vejiga	3546	3.1	2701	4.9	845	1.4
Linfoma No-Hodgkin	3039	2.6	1615	2.9	1424	2.4
Leucemias	2372	2.1	1369	2.5	1003	1.7
Ovario	2274	2.0			2274	3.8
Esófago	2263	2.0	1493	2.7	770	1.3
Otros	29528	25,6	13972	25,4	14860	24,7
TOTAL *	115162	100.0	54953	100.0	60209	100.0

Fuente: Elaborado por SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, enero 2014.

APARTADO II

ROL DE ENFERMERIA

Valoración y plan de cuidados en el paciente oncológico.

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

¿Qué valorar en cada paciente? Sus necesidades básicas y esenciales para su bienestar y confort:

Piel y mucosas: turgencia, hidratación, lesiones y accesos venosos. Para ello el enfermero debe educar sobre la importancia de la hidratación de la piel; cómo preservar los accesos venosos; curar lesiones si las hubiera.

Estado nutricional: evaluar el estado nutricional, su dentición, los hábitos nutricionales, capacidad deglutoria, tolerancia. Para ello se debe educar sobre una alimentación balanceada, sugerir alimentos de su preferencia y de fácil tolerancia.

Eliminación: diuresis y catarsis, su frecuencia y características, informar sobre la importancia de una *adecuada* eliminación y alertar en caso de presencia de anormalidades en la eliminación, como presencia de sangre en heces, incontinencia, anuria, etc. .

Higiene: higiene corporal, bucal, limpieza domiciliaria. Enseñar cómo debe cuidar su higiene corporal y bucal, como así la importancia de mantener la limpieza en el hogar. Enseñar un correcto lavado de manos, cuidado y limpieza de los alimentos.

Dolor: evaluar su intensidad, el plan analgésico, el conocimiento sobre el manejo de la medicación. Para ello hay que explicar y enseñar cómo debe manejar su medicación y cuál es su importancia para mantener el dolor controlado.

Estos aspectos básicos anteriormente mencionados son los que deben mantenerse alerta, junto al cuidado y evaluación de los efectos secundarios producidos por cada tipo de tratamiento. Es por ello que se debe conocer que efectos producen cada uno de ellos:

Radioterapia

Sus efectos secundarios generales son:

El Cansancio (astenia): este síntoma puede ser consecuencia del propio tratamiento, de otros tratamientos asociados y del desplazamiento diario al hospital.

Esta sensación de cansancio es temporal y desaparece algún tiempo después de finalizar la radioterapia. Aunque algunas personas continúan realizando sus tareas normales, es aconsejable que descanse unas horas tras recibir la sesión de radioterapia.

Existen también Reacciones en la piel que a lo largo del tratamiento, la piel de las áreas tratadas puede sufrir alteraciones muy similares a una quemadura solar. Tras dos o tres semanas de radioterapia aparece una coloración rojiza (eritema) en la piel de la zona en tratamiento. Según avanza el mismo, esa área va adquiriendo una coloración más pigmentada y oscura, que desaparecerá en uno o dos meses tras finalizar la terapia.

En algunas ocasiones y, generalmente debido a la susceptibilidad individual y la zona de la piel (pliegues), la radioterapia puede dar lugar a dermatitis más severas que requieran tratamiento específico por parte del personal sanitario.

La radioterapia destruye el folículo piloso, por lo cual aproximadamente a las dos o tres semanas de iniciar el tratamiento se aprecia, exclusivamente en la zona irradiada, una caída de pelo. Esta caída puede ser reversible (si se han administrado dosis bajas de radioterapia), aunque el pelo saldrá más débil y en

menor cantidad. Cuando se alcanzan dosis altas, esta pérdida de pelo suele ser definitiva. Con respecto a las Mucositis, inicialmente se observa un enrojecimiento de la mucosa de la boca que ocasiona ligeras molestias. Según aumenta la dosis recibida, comienzan a aparecer pequeñas heridas en la mucosa (aftas), generalmente muy molestas y que pueden requerir un descanso en el tratamiento. Estas alteraciones desaparecen tras finalizar la radioterapia.

En la **Quimioterapia** se debe tener en cuenta para su administración:

- Utilizar los 5 correctos: paciente, medicación, dosis, vía, día y fecha.
- Verificar antecedentes de alergia del paciente.

Al igual con la **Manipulación de agentes quimioterapéuticos**, muchos de los agentes quimioterapéuticos son carcinogénicos, mutagénicos, teratogénicos, o cualquier combinación de los tres. La exposición puede ocurrir por inhalación, absorción o digestión. Lo que hay que tener en cuenta durante la manipulación de la medicación es la preparación de la medicación y sus cuidados correspondientes; la administración de los medicamentos; la correcta eliminación de los artículos y medicamentos no utilizados; el cuidado de enfermería con los pacientes que reciben quimioterapia; la enseñanza al

paciente sobre los cuidados que debe tener; las prácticas de uso relacionadas con la salud reproductora por los riesgos que surgen al manipular la medicación.

En las instituciones donde enfermería prepara la quimioterapia, hay que tener en cuenta realizarla bajo flujo laminar u otro sistema con ventilación al exterior, antiparras protectoras, guantes de látex, camisolín. Los guantes deben cambiarse entre la preparación y la administración del medicamento, primando en todos los casos la higiene de las manos.

Las Recomendaciones básicas que se debe tener en cuenta al preparar la medicación son:

Lavarse las manos antes y después de la manipulación de los medicamentos; restringir la permanencia en el lugar donde se preparan las medicaciones; manejo de la medicación con guantes; utilizar técnica aséptica para la preparación de la medicación; mantener la mesada para la preparación de los medicamentos limpia, seca y libre de objetos innecesarios; limpiar la mesada con alcohol al 70% antes de colocar la medicación para su preparación; rotular los medicamentos.

En la Administración de medicación:

- Usar guantes.
- Transportar la medicación en bandeja, o similar, con gasas.
- Utilizar antiséptico para limpiar o aislar puerto de colocación de la misma.
- Informar al paciente sobre el procedimiento.
- Desechar insumos o medicación no utilizada en office de Enfermería o lejos de la unidad del paciente.

Es por ello que siempre el personal de enfermería debe capacitarse para conocer beneficios, riesgos reales y potenciales de la quimioterapia, manejo de los fármacos, preparación, toxicidad y efectos secundarios, garantizando así el cumplimiento del tratamiento.

En el Manejo de extravasación, que es la fuga accidental de un medicamento que causa dolor, necrosis o formación de escaras en el tejido subcutáneo. Las lesiones que pueden aparecer son:

- Escaras en el tejido.
- Infección.
- Dolor.
- Pérdida de la movilidad en una extremidad.

El deterioro tisular se relaciona con:

- El potencial vesicante de la medicación.

- El tiempo de exposición tisular.
- El lugar y el dispositivo usado para la venopunción.
- La técnica para insertar la aguja.
- El tipo de respuestas tisulares del paciente.
- La concentración de la medicación.

La lesión producida por extravasación sería retrasada cuando se produce 48hs. después de la administración de la medicación. La lesión por extravasación puede ser sutil y progresiva. Los primeros síntomas incluyen dolor o ardor en el lugar de la venopunción, eritema, edema y esfacelación de la piel superficial. Puede ocurrir que la necrosis tisular se desarrolle luego de una o cuatro semanas después de la extravasación.

Para Prevención de la extravasación se debe conocer fármacos vesicantes antes de su administración; comprobar permeabilidad y retorno venoso de la vía periférica antes, durante y después de la medicación; informar a los pacientes los síntomas que provoca una vía infiltrada para que el personal pueda detectarla tempranamente; identificar factores de riesgos, como venopunciones múltiples, tratamientos previos, etc.; considerar acceso venoso central en pacientes con vías periféricas difíciles o con sensibilidad; verificar cuidadosamente el ritmo de goteo y el tiempo de administración de los citostáticos; administrar el fármaco en un lugar seguro y tranquilo; observar el sitio de punción y extremidad durante la infusión; observar la presencia de *signos clínicos de extravasación: dolor, quemazón, tumefacción, duda o ausencia del retorno sanguíneo.*

Elegir, en primera instancia, venas distales que permitan, luego, utilizar venas principales; administrar fármacos vesicantes mediante una conexión en "Y" a una perfusión de suero fisiológico, al administrar más de un fármaco, el vesicante se administrará en último lugar.

Ante una extravasación, se deben conocer los protocolos institucionales para su manejo, contar con antídotos aprobados para ser utilizarlos inmediatamente luego de que se produzca o se sospeche la misma.

Ante la aparición de los signos y síntomas se debe detener la infusión inmediatamente, no extraer la aguja, ni el catéter; aspirar el residuo del fármaco; administrar antídoto (corticoides, dimetil-sulfóxido); retirar la aguja o el catéter si fracasa la aspiración del residuo del fármaco en la sangre; no presionar la zona de extravasación; aplicar compresas frías o calientes según las indicaciones; elevar la extremidad; registrar, en la hoja de enfermería, la medicación infiltrada, el sitio y las respuestas o los efectos desfavorables al tratamiento.

En otra complicación como es la Anafilaxis, el personal de enfermería debe estar alerta y preparado. Debe conocer los medicamentos que pueden causar la misma y anticiparse con la preparación de la medicación necesaria para las intervenciones pertinentes.

Los suministros y medicamentos de urgencia para manejar la anafilaxis incluyen:

- Aminofilina inyectable, clorhidrato de defenhidramina, dopamina, epinefrina, heparina, hidrocortisona.
- Oxígeno, dispositivos para su administración (bolsa de reanimación, mascarillas) y equipo para vía aérea artificial (laringoscopio, tubo endotraqueal).
- Equipo para aspiración de secreciones.
- Solución isotónica.
- Equipo para accesos venosos periféricos y centrales.

Signos y síntomas de la anafilaxis:

- Ansiedad, hipotensión, urticaria, cianosis, dificultad respiratoria, calambres abdominales, enrojecimiento y escalofríos.

Cuidados de enfermería ante la anafilaxis son:

- Detener la infusión.
- Mantener una solución intravenosa con solución isotónica.
- Colocar al paciente con la cabecera elevada.
- Avisar al médico.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Administrar medicación según indicación médica.
- Registrar episodio en la hoja de enfermería.
- Seguimiento del paciente.

Las Náuseas y vómitos: se producen por la administración de la quimioterapia. Enfermería debe evitar o aliviar situaciones que la produzcan. Generalmente se administra antieméticos 30 minutos antes de la alimentación de manera habitual durante los días posteriores al protocolo. Los cuidados que se deben realizar son:

- Administrar antieméticos antes, durante y luego del tratamiento según prescripción médica.
- Reconocer y disminuir los factores que contribuyen o aumentan las náuseas o vómitos.
- Interrogar al paciente sobre sus gustos alimentarios.
- Evitar alimentos condimentados.
- Ofrecer la alimentación a temperatura ambiente o fría.
- Promover la alimentación fraccionada, líquida o semilíquida.

- En caso de vómitos abundantes, suspender la alimentación y avisar al médico.
- Enseñar al paciente estrategias para que no se produzcan.
- Realizar control de peso diario.
- Fomentar y facilitar la ingesta de alimentación agradable para el paciente.
- Evitar los alimentos grasos, los muy dulces y los caramelos.
- Considerar las actividades de entretenimiento.
- Monitorizar estado de los líquidos y de los electrolitos.

Los agentes antieméticos EV son:

- Metoclopramida: 30 minutos antes y después de la quimioterapia. Puede administrarse luego cada cuatro a seis horas.
- Dexametasona: 30 minutos antes de la quimioterapia.
- Lorazepan: 30 minutos antes de la quimioterapia.
- Defenhidramina: 30 minutos antes de la quimioterapia.
- Ondasetrón: 30 minutos antes de la quimioterapia, cuatro a ocho horas después o por infusión continúa.

Las dosis y horarios dependen de la gravedad del episodio emético.

En la Estomatitis, los cuidados de enfermería son:

- Resaltar la importancia del uso de enjuagues e higiene bucal, como mínimo cuatro veces al día.
- Valorar la mucosa bucal diariamente para detectar signos de alarma.
- Reconocer riesgos potenciales.
- Recomendar el uso de cepillos de dientes con cerdas suaves y la aplicación frecuente de lubricantes en los labios.
- Evitar alimentos muy calientes, ácidos y picantes.
- Reducir la ingesta de café, tabaco y alcohol.
- Utilizar enjuagues bucales con analgesia, antiséptico y protector gástrico.
- Utilizar antimicóticos orales.
- Utilizar dentaduras postizas sólo durante la alimentación.
- Sustituir alimentos sólidos por puré o líquidos.
- Mantener un buen aporte nutricional.

La Mucositis rectal: los síntomas pueden aparecer cinco días después de la quimioterapia. Los cuidados q se deben tener:

- Valorar las características de las heces.
- Aumentar los alimentos con bajo residuo y fáciles de digerir.

- Aumentar el consumo de líquidos.
- Explicar la importancia de lavar el área rectal después de cada deposición, secarla con golpes suaves o dejar que se seque sola.
- Colocar crema protectora si está indicada.

Mucositis vaginal:

- Informar al médico cualquier anomalía que pueda observar en la zona vaginal.
- Realizar baños de asiento, según protocolo de la institución (con agua tibia y sal o con medicación utilizada para aliviar el prurito vaginal y el dolor).
- Evitar colocar protectores con perfume, ropa interior de lycra (utilizar sólo de algodón).

Alteración del gusto, es habitual que los pacientes que reciben quimioterapia refieran un sabor metálico e insípido en los alimentos. Para ello:

- Informar sobre la posibilidad de que aparezca este problema.
- Tomar medidas para disminuir la alteración del sabor: mantener una buena higiene bucal, sustituir alimentos que puedan tener sabor desagradable, ingerir alimentos fríos o templados, evitar café, ajo, etc.
- Disminuir estímulos ambientales que puedan provocar trastornos sensoriales.

Estreñimiento: es la alteración en la eliminación de las heces con un intervalo mayor a 48hs, que puede estar causado por algunas quimioterapias. Para ello se debe:

- Ofrecer abundante líquido y alimentos no fermentables para estimular la movilización gástrica.
- Ofrecer alimentación a base de fibra.
- Realizar movilización frecuente del paciente, según posibilidad.
- Complicaciones posibles: íleo paralítico, fisuras anales y hemorroides.

Alopecia, los cuidados a tener en cuenta son:

- Brindar información, anticipada, sobre la caída del cabello.
- Aconsejar el uso del pañuelo, gorro o pelucas previo a la alopecia.
- Recomendar la utilización de cepillos con cerdas suaves.
- Explicar que la alopecia es reversible.
- Evitar lavar el cabello diariamente.

Cambios de la piel

- Realizar higiene, en lo posible con jabón hidratante.
- Usar preparaciones tópicas para minimizar el prurito, como las cremas o lociones que contienen vitaminas A, D o E.
- No utilizar perfumes ni lociones corporales.
- Evitar ropa de lana o pana, y la ropa muy ajustada.

- Evitar la diaforesis que exacerba el prurito.

Proceso de atención de enfermería en el tratamiento quirúrgico

Todo acto operatorio conlleva riesgos para la vida del paciente que deben ser perfectamente evaluados antes de la intervención quirúrgica. Por lo tanto, es necesario que el paciente deba ser informado de manera adecuada acerca de dichos riesgos, de lo que se pretende conseguir con la cirugía, de los resultados esperados y de las posibles consecuencias o secuelas.

Los pacientes que padecen cáncer quieren una información satisfactoria, adaptada a lo que quieren saber, que sirva para organizar su futuro personal y lograr un restablecimiento de la salud más rápido, hábitos de vida más saludables y una rehabilitación más pronta. Lógicamente, lo que más quieren es curarse; por lo que, en primer lugar, nos reclaman seguridad y eficacia en la aplicación de las pruebas diagnósticas y en los tratamientos. Por ello, exigen una atención oncológica que incluya todos los componentes científicos y tecnológicos actuales para seguir luchando con esperanza y poder seguir viviendo lo más parecido posible a cómo vivían antes, “con calidad de vida”.

Todo paciente que se somete a cirugía por cáncer requiere de los cuidados generales perioperatorios de enfermería, además de aquellos específicos relacionados con el tipo de cirugía y el estado general del paciente.

El período más crítico que atraviesa el paciente quirúrgico comprende desde la inducción anestésica hasta las primeras 48 horas. Durante este período se pueden producir complicaciones graves por fallo en el mantenimiento ventilatorio, aspiración del contenido gástrico, arritmias cardíacas, depresión miocárdica por fármacos e hipotensión progresiva debida a hemorragia, entre otras. Para disminuir en lo posible estos riesgos, resulta indispensable una correcta preparación preoperatoria. Los cuidados deben orientarse a mejorar el estado general del paciente, corregir el déficit, mantener y/o recuperar el estado nutricional, prevenir la infección. Asimismo deben ser evaluadas sus enfermedades asociadas y proponer la realización de una serie de medidas que contribuyan a disminuir los riesgos en el posoperatorio: fisioterapia respiratoria, nutrición parenteral o enteral complementaria, educación específica sobre algunos cuidados a realizar, como, por ejemplo, el manejo de drenaje pleural. Es común que el paciente, previo a la cirugía, presente ansiedad e incertidumbre, por lo cual la intervención no sólo estará orientada a la preparación física,

sino también a aliviar los síntomas que generan ese malestar.

Una vez que el paciente se transfiere al quirófano, las intervenciones de enfermería se orientan a mantener un ambiente aséptico, asegurar el funcionamiento adecuado de equipos que se necesitarán al regreso del paciente y apoyar emocionalmente a la familia.

El regreso del paciente a la unidad implica el comienzo del posoperatorio, la intervención de enfermería estará orientada a establecer el equilibrio fisiológico del paciente y la prevención de complicaciones.

En este sentido podríamos plantear algunas prioridades generales para poder establecer una intervención rápida y eficaz:

- 1 - Riesgo de deterioro de la ventilación.
- 2 - Riesgo de obstrucción de vías respiratorias.
- 3 - Riesgo de deterioro de la función neurológica.
- 4 - Riesgo de déficit del volumen de líquidos y de la sangre.
- 5 - Riesgo de formación de trombos.
- 6 - Dolor.

Intervenciones de enfermería frente al riesgo de deterioro de la ventilación

Se persigue el objetivo de conservar la ventilación pulmonar para prevenir la hipoxemia. Por ende, el uso de oxímetros se debe controlar las características de la respiración; este parámetro revela alteraciones como atelectasia, obstrucciones bronquiales, tromboembolismo, depresión respiratoria posanestésica o medicamentosa, modificaciones del medio interno. En algunos casos suele indicarse oxigenoterapia.

La cirugía obliga a los pacientes a cierto estado de rigidez y les impide toser y respirar profundamente. Por otra parte la morfina y ciertos analgésicos son depresores del centro respiratorio. Por ello, es conveniente recordarle con frecuencia que tosa y respire profundamente. La movilización y la deambulación temprana son efectivas si no están contraindicadas.

Intervenciones de enfermería frente al riesgo de obstrucción de vías respiratorias

Se persigue el objetivo de mantener las vías aéreas permeables a los efectos de facilitar el intercambio de gases. Es importante estimular la tos, fluidificar y aspirar secreciones si es necesario. En casos de cirugía radical de laringe es frecuente que nos encontremos con una traqueostomía, por lo que debemos controlar la cánula y tomar precauciones para evitar la infección de la vía aérea.

Intervenciones de enfermería frente al riesgo de deterioro

de la función neurológica

Como primera medida hay que valorar el nivel de conciencia y la orientación témporo-espacial, formulando preguntas sencillas. En algunos servicios se aplica la escala de Glasgow; es una escala neurológica diseñada para evaluar el nivel de conciencia de los pacientes, al valorar tres parámetros: apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal. Al despertarse, algunos pacientes pueden presentar cuadros similares al delirio, lo que puede estar relacionado con hipoxia; ante este cuadro es conveniente valorar el estado de las vías aéreas y el movimiento respiratorio. Otro parámetro a controlar es la contracción de las pupilas, un reflejo de normalidad es que se contraigan ante la luz. La dilatación es signo de daño neurológico.

Intervenciones de enfermería frente al riesgo de déficit del volumen de líquidos y de la sangre

El déficit de volumen de líquidos está relacionado al tipo de cirugía, a la permanencia de sondas (NSG - Vesical), a las náuseas y vómitos, al ayuno prolongado, a la presencia de drenajes. Surge la necesidad de realizar balance hidroelectrolítico, control estricto de ingresos y egresos por todas las vías. Es conveniente buscar signos de deshidratación valorando estado de mucosas y turgencia de la piel. La disminución de la volemia en general se relaciona con hemorragia, en este caso cobra vital importancia el control de drenajes y vendajes valorando cantidad y calidad de las pérdidas. Al ingreso del paciente hay que localizar e identificar todos los sistemas de drenajes. Si hay varios es conveniente identificarlos rotulando cada uno de acuerdo a su origen. Controle la ubicación y correcto funcionamiento de todos los drenajes, verifique la permeabilidad de cada uno, asegurando que no están acodados o pinzados y que drenen convenientemente en sus respectivas bolsas.

Otra medida importante es explorar todos los vendajes buscando signos de sangrado anormal, si detecta un derrame abundante o sangre color rojo brillante hay que informar inmediatamente, ya que puede ser indicio de

hemorragias. Asimismo, es necesario controlar el estado de piel, de las mucosas, el pulso y la TA, ya que la palidez de piel y mucosas, acompañada de sudoración e hipotensión arterial, podría estar señalando colapso vascular, característico de shock. También la hipotensión posoperatoria puede deberse al uso de agentes anestésicos, a una dosis excesiva posoperatoria de algún medicamento, ventilación pulmonar insuficiente, cambios bruscos de posición y dolor.

Intervenciones de enfermería frente al riesgo de formación de trombos

La permanencia en cama y la injuria quirúrgica son factores de riesgo de formación de trombos y émbolos que pueden complicar al paciente en el posoperatorio, es así que la movilización debe intentarse lo más precozmente posible ya que es el mejor profiláctico para estas complicaciones. La ambulación precoz favorece el retorno de las actividades fisiológicas normales, reduce las complicaciones respiratorias y circulatorias, mejora el tono muscular y la recuperación del peristaltismo. Es conveniente que se levanten acompañados por la eventual posibilidad de una lipotimia.

Intervenciones de enfermería frente al dolor

En general suele ser intenso en las primeras horas cuando ha desaparecido el efecto de la anestesia; suele ser tolerable en los primeros días que siguen a la operación. Después de las 48-72 horas el dolor disminuye.

La valoración debe incluir la determinación entre el dolor agudo y el que está relacionado con su padecimiento, se estima que el 75% de los pacientes con cáncer sufren dolor.

CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos surgieron del pedido de un paciente a la enfermera Cicely Saunders: "Necesito lo que hay en tu mente y en tu corazón".

Definición: "una propuesta que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, frente a los problemas generados por enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento. Implica la identificación temprana, la evaluación precisa y el tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales"⁹.

Los principios y objetivos que incorporan como elementos esenciales son: atención integral y holística; paciente y familia como unidad de tratamiento; facilitar una buena comunicación: control adecuado de los síntomas; alivio del sufrimiento emocional y espiritual; mejorar la calidad de vida; respeto de la dignidad y autonomía de las personas; trabajo en equipo multiprofesional e interdisciplinario.

Para la OMS los objetivos del tratamiento paliativo son: reafirmar la importancia de la vida, considerando la muerte como un proceso normal; establecer un cuidado que no acelere la llegada de la muerte, ni tampoco la posponga artificialmente; proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes; integrar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y

⁹ (www.oms.org/cancer)

espirituales en el tratamiento del paciente; facilitar que el enfermo lleve una vida tan activa como sea posible; ofrecer un sistema de apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el periodo de duelo.

Medidas prioritarias para la asistencia paliativa según los recursos disponibles

Todos los países deben poner en práctica programas integrales de asistencia paliativa con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la mayoría de los pacientes con cáncer u otras afecciones en potencia mortales y de sus familias. Estos programas deben proporcionar alivio del dolor, control de otros síntomas y apoyo psicosocial y espiritual. Todos los países deben promover la concientización del público y de los profesionales del área de que el dolor canceroso puede evitarse y hay que asegurar la disponibilidad de morfina para administración oral en todos los entornos de atención de salud¹⁰.

En los entornos de escasos recursos, es importante asegurar que se adopten progresivamente normas mínimas para el alivio del dolor y los cuidados paliativos en todos los niveles de la atención en las áreas beneficiarias, y que haya una cobertura alta de los pacientes mediante los servicios proporcionados principalmente por la asistencia domiciliaria. Esta asistencia es en general la mejor manera de lograr atención de buena calidad y amplia cobertura en los países donde existe un decidido apoyo familiar y es deficiente la infraestructura sanitaria.

Los países con medianos recursos deben asegurar que se adopten progresivamente normas mínimas para el alivio del dolor canceroso y los cuidados paliativos en todos los niveles de atención, y que, en toda la nación, aumente la cobertura de los pacientes mediante los servicios proporcionados por los trabajadores de atención de salud y la asistencia domiciliaria.

Los países con muchos recursos deben cerciorarse de que se adopten normas nacionales para el alivio del dolor y la asistencia paliativa en todos los niveles de la atención y que, en todo el país, haya una cobertura alta de los pacientes mediante una variedad de opciones, incluida la asistencia domiciliaria.

Proceso de atención de enfermería en cuidados paliativos

Para la **Valoración** del paciente con enfermedad en etapa terminal, se inicia al identificar la causa y el grado de malestar que presentan, utilizando diferentes escalas de medición; se recopilan datos con la finalidad de detectar problemas y necesidades reales y potenciales en las áreas: física, psicoemocional, social y espiritual. Se deben explorar las estrategias de afrontamiento y recursos propios que poseen tanto el paciente como su familia. Se solicita al paciente que identifique lo que más le preocupa en el momento de

¹⁰ López Imedio, E. Enfermería en cuidados Paliativos. Ed. Médica Panamericana. Barcelona, 1998.

realizar la valoración, y se considera su respuesta para planificar y establecer prioridades en la atención.

El **Diagnóstico de enfermería** consiste en detectar el grado de alteración del bienestar en relación con el impacto del proceso de la enfermedad avanzada. Se elabora un diagnóstico de la situación real del paciente y su familia, se identifican necesidades y problemas y se definen objetivos simples, concretos y a corto plazo. Como objetivo general el aliviar el sufrimiento ayuda al paciente a lograr una mejor calidad de vida, respetando su dignidad, su autonomía, sus valores, preferencias, elecciones y deseos.

Al **Planificar los cuidados** se determinan las acciones a implementar respondiendo a los objetivos planteados y en relación a los recursos disponibles. La elaboración del plan de cuidados de forma conjunta implica la participación de todo el equipo interdisciplinario, incluidos el paciente y la familia –cuidadora principal en el domicilio.

En la **Ejecución** de lo propuesto, se implementa la provisión de los cuidados que ayuden a satisfacer las necesidades del paciente y la familia, y así lograr los objetivos propuestos a través de un plan de acción individualizado. Se deben fijar las prioridades diarias y garantizar continuidad en la atención, independientemente del lugar en el que permanezca el paciente, ya sea el hospital o el domicilio.

En la **Evaluación** del plan, la unidad de tratamiento es el paciente y la familia, por lo cual el proceso evaluativo incluye a ambos, en una visión global de cómo se están llevando a cabo los cuidados, del resultado que se obtiene y de la percepción de mejoría. Las respuestas satisfactorias hacia las intervenciones del equipo se ponen de manifiesto a través de un proceso de muerte digna, en el lugar y la forma que el paciente haya elegido. Es necesario realizar reevaluaciones continuas, ya que se trata de un paciente plurisintomático y multicambiante.

La intervención de enfermería en cuidados paliativos responde a la incorporación de competencias innovadoras para la profesión y abarca funciones en el área asistencial, de gestión, docencia e investigación, así como diferentes modalidades de implementación: enfermero coordinador de cuidados integrales, gestor de casos y procesos de cuidados, coordinador de equipos, consultor especializado y referente institucional. Los lugares de trabajo incluyen el hospital, el hospice y la comunidad, ya sea en centros de salud o en el domicilio del paciente, así como en los ámbitos académicos y sociedades científicas. Esto implica la necesidad de capacitación y actualización de conocimientos, y la inclusión de los cuidados paliativos en todos los niveles de formación de enfermería: el pregrado, el posgrado y la educación continua e incidental en los diferentes niveles de atención y en instituciones de salud pública y privadas.

Definición de términos

Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Enfermería: Se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud. Desde otra perspectiva, puede suplir o complementar el cuidado de los pacientes desde los puntos de vista [biopsicosocial](#) y [holístico](#).

Enfermería oncológica: Es un especialista en el cuidado de las personas con alteraciones oncológicas. De manera independiente e interdependiente realiza la valoración, el diagnóstico y tratamiento de los pacientes; participa con el uso de la tecnología que se requiere para la atención médica o quirúrgica y en las intervenciones para la administración de la radioterapia y la quimioterapia. Así, también realiza la identificación y tratamiento del dolor y brinda cuidados paliativos dirigidos a pacientes y familiares.

Cáncer: Es una enfermedad provocada por un grupo de [células](#) que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros [tejidos](#). En general, tiende a llevar a la [muerte](#) a la persona afectada, si no se trata adecuadamente. Se conocen más de 200 tipos diferentes de cáncer, los más comunes son los de [piel](#), [pulmón](#), [mama](#) y [colorrectal](#).¹

Eficiencia de los cuidados: Se refiere a la obtención de un objetivo que precisamente a de tratarse en brindar el mejor de los cuidados.

Quimioterapia: Es el tratamiento del cáncer con un medicamento antineoplásico o una combinación de dichas drogas en un régimen de tratamiento estándar.

Mortalidad: Es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida.

Mucositis: Es una inflamación y penetración dolorosa de las membranas reproductoras del revestimiento del tracto gastrointestinal (GI). Normalmente se trata de un efecto adverso de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia del cáncer.

Anafilaxis: La anafilaxia es una reacción alérgica grave en todo el cuerpo a un químico que se ha convertido en alérgeno. Después de estar expuesto a una sustancia como el veneno de la picadura de abeja, el sistema inmunitario de la persona se vuelve sensible a ésta.

Estomatitis: Es una inflamación de la membrana mucosa de cualquiera de las estructuras de la boca

Alopecia: Es la pérdida anormal o rarefacción del cabello, por lo que el término se considera un sinónimo de calvicie. Puede afectar al cuero cabelludo o a otras zonas de la piel en la que existe pelo, como las pestañas, axilas, región genital y barba.

Capítulo II

Diseño metodológico

CAPITULO II

-

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio.

Es un estudio cuantitativo y transversal, ya que la representación de la información obtenida a través de la observación de los cuidados brindados y las entrevistas a los enfermeros nos permitirá obtener una medición y análisis estadísticos, que interpretaremos.

Nivel o tipo de Investigación.

De campo, ya que se medirá en el área de Clínica médica y quirúrgica, y Aislamiento del Htal. Español.

Aplicada, porque tiene como propósito la solución de un problema y la aplicación de propuestas de acción.

Transversal, por un periodo de tiempo, Agosto - Octubre correspondiente al año 2014.

Microsociológica, por su amplitud de un grupo reducido, la muestra.

Descriptiva, para caracterizar el rol de enfermero y establecer su comportamiento.

Inductiva, se analizará la muestra y se concluirá de forma general el comportamiento de los enfermeros en el área de estudio.

Aplicada, con una respuesta de necesidad del servicio.

Orientada a conclusiones (cuantitativa),

Descriptiva: Descripción de la forma de trabajo de los enfermeros en esta área basada en la observación

Área de Estudio: Servicio de Clínica médica-quirúrgica (pabellón 8B) y Aislamiento del Hospital Español de Mendoza. Ubicado en La calle San Martín 965, Godoy Cruz-Mendoza.

Técnica de recolección de datos: Entrevista.

Instrumento de recolección de Datos: Encuesta estructurada.

Población: 25 enfermeros seleccionados al azar presentes en el área de estudio seleccionada

Muestra: 25 enfermeros encuestados

Análisis y presentación de Datos: cada una de las encuestas realizadas a los enfermeros en estudio.

Operacionalización de Variables

Variable Dependiente: cuidados de enfermería a pacientes oncológicos.

Variable Independiente: rotación permanente del personal.

Variables teóricas	Dimensiones	Indicadores
características del personal de enfermería	Sexo	Femenino-masculino
	Edad	20 a 30 años 31 a 40 años +de 40 años
	Antigüedad	1 a 5 años 6 a 10 años +de 10 años
	Nivel de formación	Auxiliar en enfermería Enf. Profesionales. Enf. Universitarios. Licenciado en enfermería
	Otro trabajo	Si-no
Características de los pacientes oncológicos	Edad	15 a 25 años 26 a 35 años + de 35 años
	Tratamiento	Ambulatorio Internación para estudios diagnóstico Internación para cirugía Internación por tratamiento medicamentoso. Otros
	Tipo de Ca	CA aparato reproductivo CA aparato digestivo LE

		CA mama CA pulmón Otros
Intervenciones del personal de enfermería	Lavado de manos	Enumerar de 1 al 5 los pasos...
	Manejo de catéter	Marcar lo incorrecto...
	Manejo de medicación	Verdadero o falso...
	Manejo de medidas de aislamiento	Verdadero o falso...
Rotación del personal de enfermería.	Servicio del que provienen	Clínica médica y quirúrgica. Pediatría Maternidad UTI, UCO Otros
	Conocimiento del paciente oncológico	Marcar V o F....
	Capacitación al personal	Si No A veces Nunca

HIPOTESIS

“La rotación permanente del personal de enfermería influye en el conocimiento y desempeño en los cuidados de enfermería hacia los pacientes oncológicos”.

Capítulo III

Resultados

Discusión

Propuestas

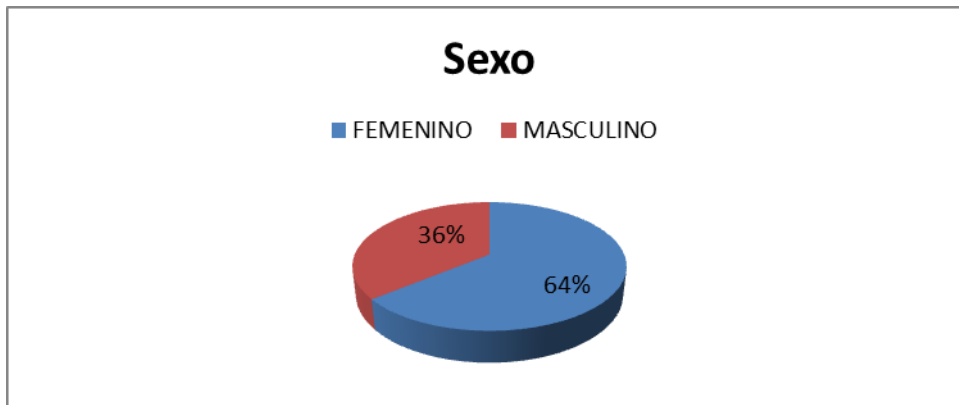
ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS DE ENCUESTAS

TABLA 1: Personal de enfermería encuestado en hospital Español, según sexo.

Sexo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
FEMENINO	16	64
MASCULINO	9	36
TOTAL	25	100

FUENTE: Datos obtenidos por los autores por medio de encuestas. Mendoza 2014.

GRÁFICO 1



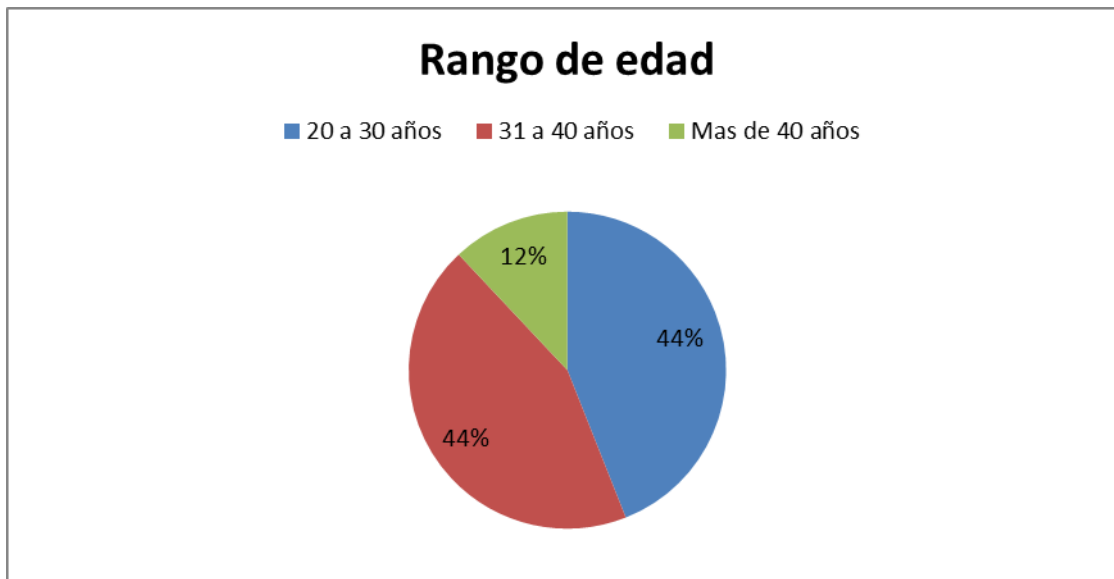
Comentario: la mayoría del personal encuestado (64%) resultaron ser mujeres y solo el (36%) fueron hombres, lo que demuestra que mayormente mujeres se eligen, además de ser la enfermería una de las carreras o profesión elegida por las mujeres mayormente.

TABLA 2: Personal de enfermería encuestados en el hospital Español, según rangos de edad.

Edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
20 a 30 años	11	44
31 a 40 años	11	44
Más de 40 años	3	12

Fuente: Datos obtenidos por las autoras por medio de encuestas, Mendoza 2014.

GRAFICO 2



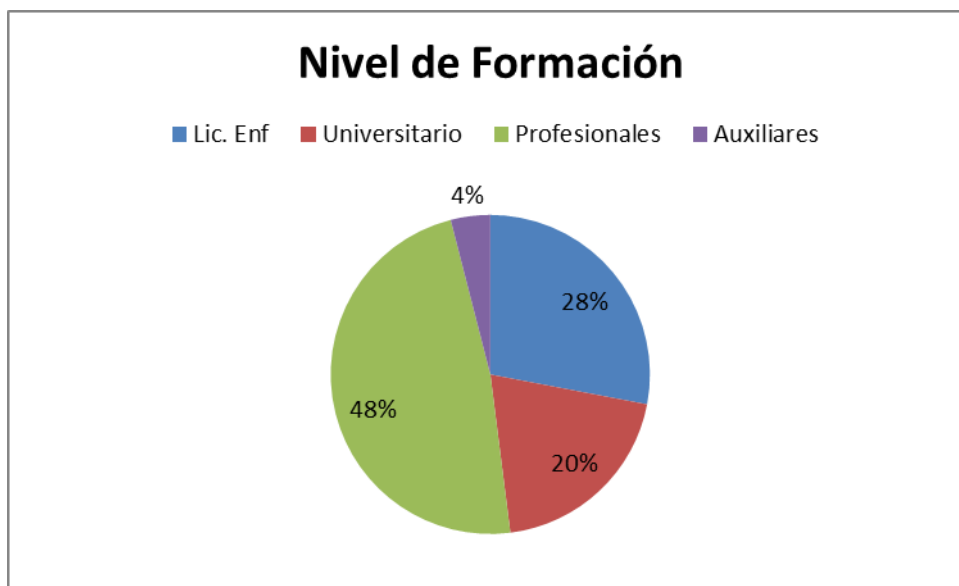
Comentario: con un 44% predomina en los servicios una población de 20- 30 años así como también de 31-40 años. Y con el 12% restante con una población de más de 40 años. Esto demuestra que en el área de clínica y aislamiento predomina una población relativamente joven para el desempeño de sus actividades dentro de los servicios encuestados, Mendoza 2014.

TABLA 3: Personal de enfermería encuestado de clínica médica y aislamiento del hospital español, según nivel de formación.

Nivel de formación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
Lic. en Enfermería	7	28%
Enfermeros universitarios	5	20%
Enfermeros profesionales	12	48%
Auxiliares de enfermería	1	4%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores mediante encuestas, Mendoza 2014.

GRÁFICO



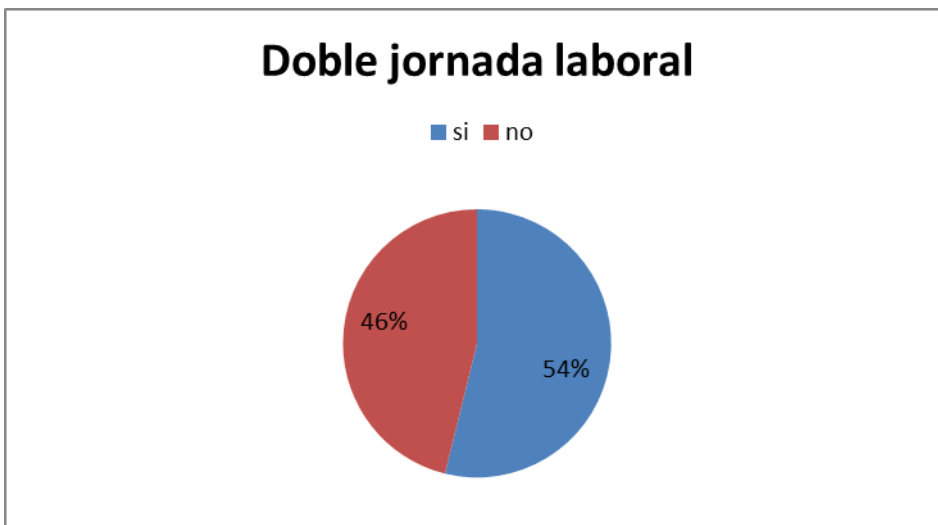
Comentario: el 48% son enfermeros profesionales, el 20% son universitarios, solo el 28% son Licenciados en Enfermería y un 1% Auxiliar de enfermería. Por lo que se observa un grupo de formación apto para esta especialidad ya que son profesionales titulados.

TABLA 4: Personal de enfermería encuestados en clínica médica y aislamiento del hospital Español, según doble jornada laboral.

Doble jornada laboral	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
SI	14	54
NO	12	46
TOTAL	26	100

Fuente: Datos obtenidos por los autores mediante encuesta 2014.

GRAFICA 4



Comentarios: el 54% son enfermeros que realizan doble jornada laboral mientras el 46% no lo realiza.

TABLA 5: Personal de enfermería encuestados en clínica médica y aislamiento del hospital Español, según la capacitación en oncología.

Capacitación en Oncología	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
SI	9	36%
NO	16	64%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores mediante encuesta 2014.

GRAFICO 5



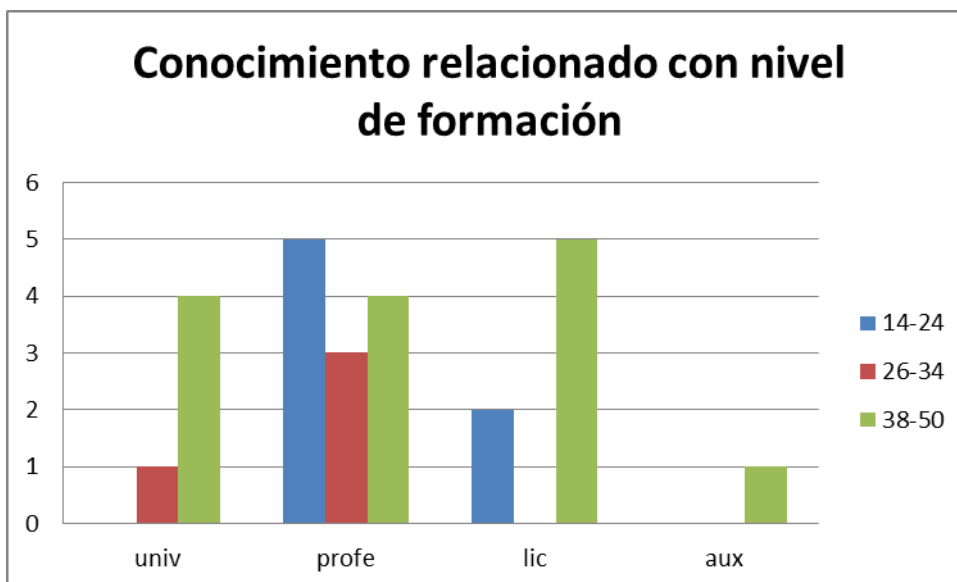
Comentario: Se puede observar que el 64% no realiza capacitación en oncología mientras el 36% si lo hace.

TABLA 6: Relación entre el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y aislamiento del Hospital Español, con el nivel de formación.

Nivel de Formación Puntaje	Licenciados	Universitarios	Profesionales	Auxiliares
14-24 pts.	2	0	5	0
26-34 pts.	0	1	3	0
38-50 pts.	5	4	4	1

Fuente: datos obtenidos de los autores mediante encuesta

GRAFICO 6: Relación entre el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y aislamiento del Hospital Español, con el nivel de formación.



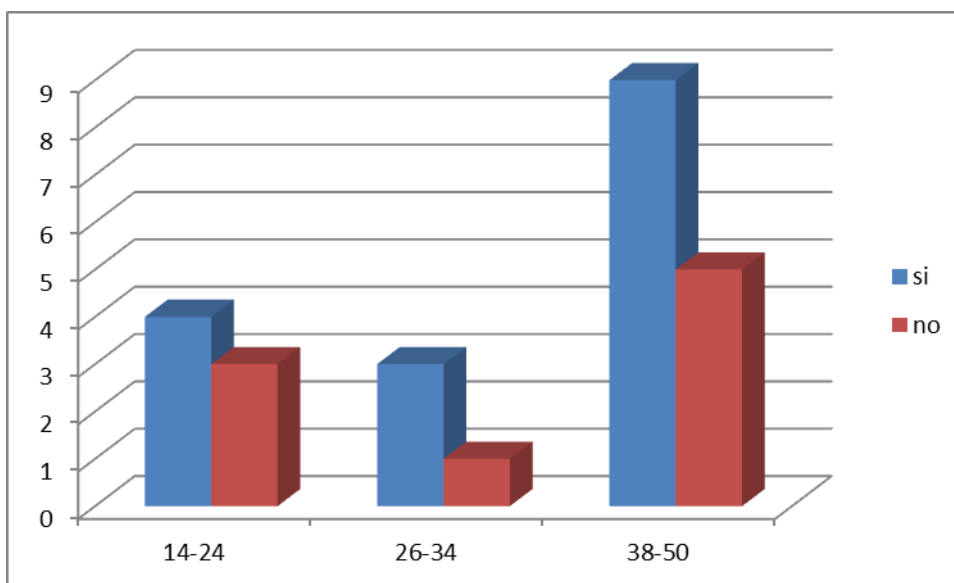
Comentario: en este grafico podemos observar que los Enf. Universitarios obtienen puntaje bueno y muy bueno, los Enf. Profesionales obtienen puntajes variables entre regular, bueno y muy bueno, los Licenciados en Enf. Obtienen mayormente puntaje muy bueno y menor medida puntaje regular, y por último el Enf. Auxiliar obtiene un puntaje muy bueno.

TABLA 7: Relación entre el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y aislamiento del Hospital Español, con la rotación.

Rotación	SI	NO
Conocimiento		
14-24 puntos	4	3
26-34 puntos	3	1
38-50 puntos	9	5

Fuente: datos obtenidos de los autores mediante encuesta

GRAFICO 7



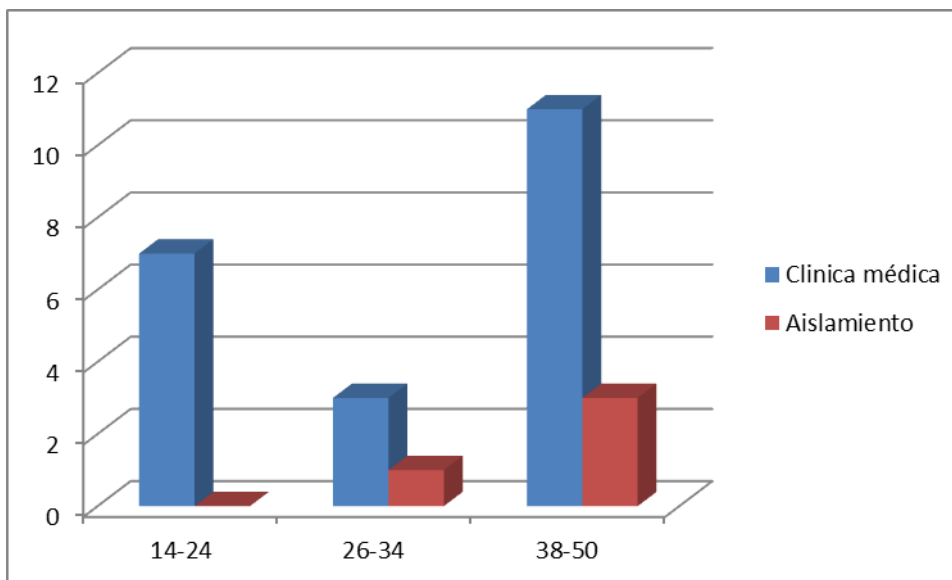
Comentario: Se puede llegar a la conclusión que del total de la población encuestada se obtiene como dato importante que 16 enfermeros de los 25 en total son los que rotan y por otro lado son quienes adquieren mayor puntaje en conocimiento.

TABLA 8: Relación entre el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y aislamiento del Hospital Español, con el servicio del que proviene.

Servicio	Clínica médica	Aislamiento
Conocimiento		
14-24 puntos (regular)	7	0
26-34 puntos (bueno)	3	1
38-50 puntos (muy bueno)	11	3

Fuente: datos obtenidos de los autores mediante encuesta.

GRAFICO 8



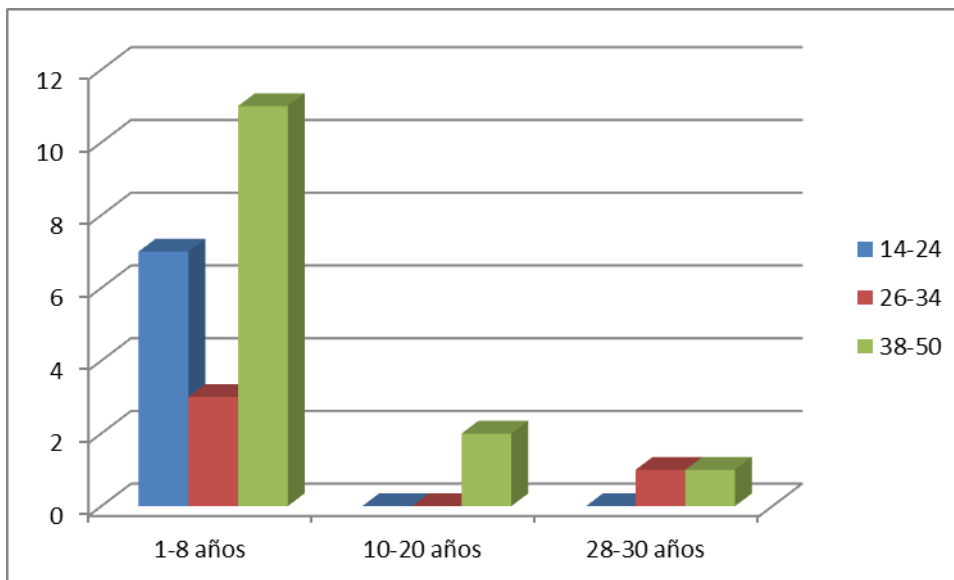
Comentario: Se puede observar que, de 21 enfermeros de clínica médica sacan un puntaje muy bueno 11 de ellos, 7 un puntaje regular y 3 bueno. De aislamiento de 4 enfermeros encuestados sacan puntaje muy bueno 3 y solo uno puntaje bueno.

TABLA 9: Relación entre el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y aislamiento del Hospital Español, con la antigüedad.

Antigüedad	1-8 años	10-20 años	28-30 años
Conocimiento			
14-24 puntos (regular)	7	0	0
26-34 puntos (bueno)	3	0	1
38-50 puntos (muy bueno)	11	2	1
Total	21	2	2

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta

GRAFICO 9

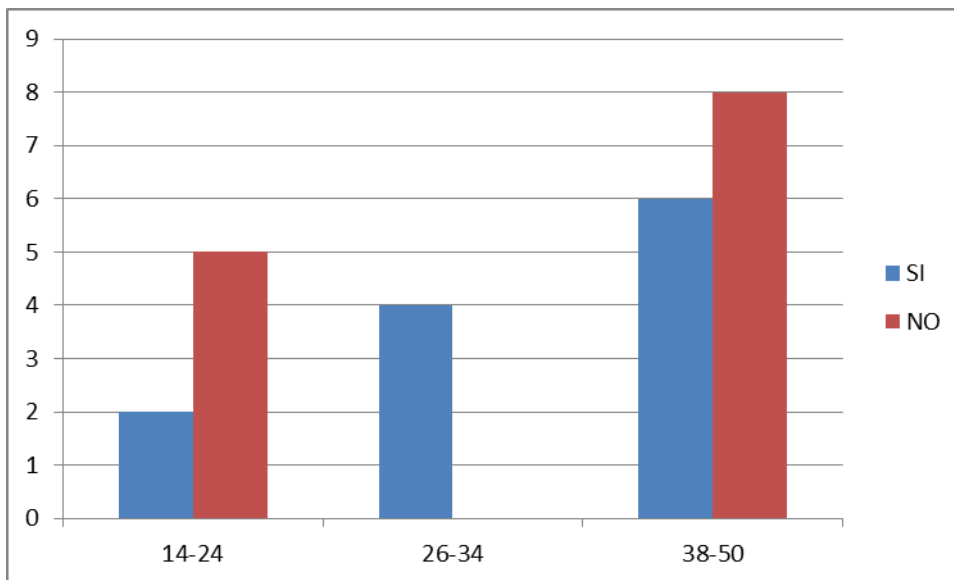


Comentario: Podemos mencionar que de los 25 encuestados, 21 tienen entre 1- 8 años de antigüedad y además obtuvieron un puntaje muy bueno 11 de ellos, 7 obtuvieron uno regular y 3 uno bueno. De los demás encuestados 2 de ellos tienen entre 10-20 años de antigüedad y obtienen un muy bueno de puntaje, y de los 2 enfermeros más antiguos (entre 28-30) años obtienen un puntaje bueno y muy bueno.

TABLA 10: Relación entre el conocimiento del personal de enfermería del servicio de clínica médica y aislamiento del Hospital Español, con el uso del manual de procedimiento.

Uso del manual de enfermería	SI	NO
Conocimiento		
14-24 puntos (regular)	2	5
26-34 puntos (bueno)	4	0
38-50 puntos (muy bueno)	6	8
Total	12	13

GRAFICO 10



Comentario: se puede observar en este gráfico que 12 enfermeros utilizan un manual de procedimientos y obtienen un nivel de conocimiento muy bueno 6 de ellos, uno bueno 4 de ellos y solo 2 uno regular. De los 13 enfermeros q no utilizan un manual de procedimientos, 8 de ellos obtienen un puntaje muy bueno, y 5 uno regular.

CONCLUSIONES

Podemos mencionar que en las encuestas realizadas y la investigación llevada a cabo con respecto al conocimiento y su relación con las diferentes variables tenidas en cuenta, es indicadora de que a nivel de conocimiento en temas básicos para la atención a los pacientes oncológicos no hay deficiencias aparentes. Este nivel de conocimiento no se relaciona directamente con el nivel de formación de los profesionales donde se obtienen puntajes muy variados de conocimiento, pero si podemos destacar que del personal encuestado el 99% son profesionales matriculados y sólo 1 es auxiliar, sin embargo obtiene un puntaje muy bueno en la encuesta realizada, esto podría estar relacionado con la antigüedad y la experiencia en el área.

Por otro lado, en cuanto a la capacitación en temas de oncología podemos ver que el 64% del personal no realiza capacitación, estos datos podemos relacionarlos con el 54% del personal que realiza doble jornada laboral, por lo que una persona con dos trabajos tiene escaso tiempo de realizar capacitación fuera de los horarios de trabajo.

En cuanto a la rotación del personal podemos concluir que a pesar de que el 64% de los enfermeros mantienen una rotación permanente en los servicios, estos obtienen puntajes muy buenos en las encuestas realizadas para valorar el conocimiento. Es decir que esta rotación beneficia en cuanto al conocimiento sobre cuidados de enfermería. Estos enfermeros son 21 del servicio de clínica médica y quirúrgica y obtienen buen puntaje en las encuestas 11 de ellos, 3 un puntaje bueno y 7 uno regular, siendo variable el nivel de conocimiento que ellos obtienen. En el servicio de aislamiento sólo 4 enfermeros presentes en las encuestas obtienen un puntaje muy bueno 3 de ellos y sólo uno, un puntaje bueno, lo que podemos llegar a deducir que están capacitados para desempeñar su rol como enfermeros en temas de oncología.

En cuanto a la antigüedad que los enfermeros llevan en el hospital, 21 de ellos (84%) llevan entre 1 y 8 años de experiencia, lo que denota un personal relativamente joven en cuanto a experiencia en el campo de la enfermería y obtienen puntajes variables en las encuestas. Los demás enfermeros llevan entre 20 y 30 años de antigüedad y no obtienen puntajes regulares en las encuestas por lo que resalta la experiencia en el campo de la enfermería.

Con respecto al uso de un manual de procedimientos de enfermería el 48% utiliza uno y obtienen puntajes variables de conocimiento, pero el 52% que no utiliza y obtienen muy buen puntaje en su mayoría (8 enfermeros de 13), por lo que podemos ver que no modifica el uso o no de un manual de procedimientos en los conocimientos de enfermería oncológica.

RECOMENDACIONES

A modo de recomendación en la problemática planteada en el Hospital Español, en el año 2014, podríamos enfocarnos en capacitar al personal para la atención de los pacientes oncológicos ya que estos, dependiendo de los tratamientos que van a realizarse, necesitan de distintos planes de atención en enfermería. Por lo tanto podríamos mencionar la capacitación permanente de los profesionales en el tema con actualizaciones e innovaciones en los tratamientos para que los enfermeros puedan estar en condiciones de atender correctamente a sus pacientes, estas capacitaciones podrían llevarse a cabo en los horarios de trabajo dentro del nosocomio para no perturbar la organización de los horarios de los enfermeros.

Por otro lado podríamos recomendar un manual de procedimientos que unifique la atención a los pacientes oncológicos para no fallar en los pasos de su atención, trabajando en conjunto con los jefes de servicio para poder diseñar un manual de procedimientos común para todos los servicios y que esté disponible para todo el personal y que se de en conocimiento cada vez que ingrese personal nuevo. Este manual de procedimientos tendría como fin guiar a los enfermeros en su labor y unificar la atención de los pacientes en todos los servicios.

BIBLIOGRAFIA

- Anónimo; compilado por Ariana Goldman. “Nuevo manual de enfermería oncológica”, 1º ed. Instituto Nacional de Cáncer, 2014.
- <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/estadisticas>
- Vicenta Garcés Honrubia, María Soler Gómez e Isabel Zorrilla Ayllon, “El paciente con Cáncer: estrategias terapéuticas”, Madrid año 2007.
- Compilado por Dr. Aníbal E. Villa Real-Cruz, “Manual de Normas y Procedimientos Hospitalarios”, Instituto Oncológico Nacional, Panamá, 2007.
- Ministerio de Salud de la Nación. Normas de organización y funcionamiento de los cuidados paliativos. Resolución 934/2001 (disponible en www.aamygp.org.ar/docs).
- López Imedio, E. Enfermería en cuidados Paliativos. Ed. Médica Panamericana. Barcelona, 1998.
- www.oms.org/cancer.
- Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirurgica. 10º Edición.
- Otto Shirley E. Enfermería Oncológica. 3º edición. Ed. Harcourt/Brace, 1999.
- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas Vitales. Información básica. 2008.
- Farreras Rosman. Principios del Tratamiento Oncológico (Vol. II y III). Edit. Océano. Barcelona. 3º Edición. 2003.
- Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de control del cáncer y Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. (disponible en www.nci.nih.gov/español).
- Ellis, E. Silvina. La Enfermería en el Paciente Oncológico. Buenos Aires, 1999.

Apéndices y Anexos

ANEXOS

ENCUESTA

Esta encuesta va dirigida a los enfermeros de los servicios del Hospital Español con el fin de investigar la eficacia en los cuidados de enfermería a los pacientes oncológicos.

Anónima

A- Características del personal de Enfermería.

Sexo	F – M	Edad	20 a 30 años 31 a 40 años +40 años
Nivel de formación: Auxiliar de Enfermería Enfermero Profesional Enfermero Universitario Lic. en Enfermería			
¿Posee otro trabajo? Si – No			
Antigüedad en el hospital: menos de un año 1 a 5 años 5 a 10 años Más de 10 años			

B- Rotación del Personal:

1. ¿De qué servicio proviene?
2. ¿Capacitan al personal de Enfermería sobre temas de oncología o temas relacionados? Si..... ¿asistió?.....
No.....
3. ¿Se capacita fuera del hospital? No.....
Si..... ¿sobre qué temas?
4. ¿Conoce si hay algún manual de procedimientos en los pabellones?
No.....
Si..... ¿Cuál?
5. ¿Influye en su actuar de enfermería la rotación a otro pabellón?
No.....
Si..... ¿Cómo?.....
6. ¿Con que frecuencia rota de servicio?
Una vez a la semana
Todos los días
Al menos tres veces a la semana

C-Intervenciones del personal de enfermería

- 1- Enumere del 1 al 5 los 5 momentos del lavado de manos
Antes de realizar una tarea aséptica
Después de tocar a un paciente
Antes de tocar a un paciente

Después del riesgo de exposición a fluidos corporales

Después de tocar el entorno del paciente

2- Marque lo incorrecto sobre manejo de catéter:

La extravasación es la fuga accidental de un medicamento que causa dolor, necrosis o formación de escaras en el tejido subcutáneo.....

Para prevenir la extravasación se debe comprobar la permeabilidad y retorno venoso de la vía antes, durante y después de medicar...

Extraer la aguja y/o el catéter inmediatamente si aparece algún signo de irritación y/o extravasación.....

3- Coloque V o F sobre las medidas de aislamiento:

Para las precauciones estándar incluye el lavado de manos, uso de guantes, gafas, blusón y lavado de manos....

El aislamiento respiratorio se produce por diseminación de gotitas de flugge o partículas de polvo q contienen el agente infeccioso...

Para el aislamiento de contacto no es necesario preparar la medicación dentro de la habitación del paciente.....

4- Coloque V o F con respecto al manejo de la medicación:

Ante síntomas de anafilaxis se debe detener inmediatamente la infusión...

Los medicamentos quimioterapéuticos se deben manipular con guantes, gafas, blusón y utilizar sistemas de flujo laminar.....

Se puede preparar la medicación quimioterapéutica junto con la medicación de otros pacientes internados.....

5- ¿Brinda contención e información a los pacientes y sus familiares?

Siempre....

A veces....

Nunca....

C- Características de los pacientes oncológicos

6-¿Cuántos pacientes oncológicos tienen internados en este momento en su servicio?

7-¿Cuáles son sus tratamientos?

Ambulatorio

Para estudios diagnósticos

Para cirugía

Para tratamiento medicamentoso

Otros...

8-¿Qué tipo de Ca tienen?

Ca pulmón

Ca cuello uterino

Ca mama

Ca colon

Otro...

9-¿Edad aproximada de los pacientes?

15 a 25 años

26 a 35 años

+35 años

Números de entrevistados	Sexo	Edad	Nivel	Doble salario	Antigüedad	Servicio	Capacitación en oncología	Capacitación fuera del hospital	Manual de procedimiento	Rotación	Frecuencia de rotación	1	2	3	4	5	total
1	F	45	Unv	NO	4	Clinica	SI	SI	SI	SI	1 Día por sem	10	10	10	10	10	50
2	F	28	Prof	NO	1	Clinica	NO	NO	NO	SI	1 Día por sem	5	0	10	0	8	23
3	F	35	Prof	SI	2	Clinica	NO	NO	NO	SI	1 Día por sem	5	0	0	0	10	15
4	F	28	Lic	SI	2	Clinica	SI	SI	SI	NO	NO	10	10	10	10	10	50
5	F	35	Prof	SI	2	Clinica	NO	NO	NO	SI	1 Día por sem	6	0	10	10	10	32
6	M	26	Prof	NO	4	Clinica	SI	SI	SI	NO	NO	5	0	0	10	8	23
7	F	30	Prof	NO	2	Clinica	NO	NO	NO	SI	Todo los días	8	10	10	0	10	38
8	F	27	Prof	NO	1	Clinica	NO	NO	NO	SI	1 Día por sem	6	0	10	0	10	26
9	M	35	Lic	SI	3	Clinica	NO	NO	NO	NO	NO	4	0	0	10	10	24
10	F	26	Prof	NO	1	Clinica	SI	SI	SI	SI	1 Día por sem	8	0	0	0	10	18
11	F	39	Lic	SI	5	Clinica	NO	NO	NO	NO	NO	6	0	0	0	8	14
12	F	29	Prof	SI	2	Clinica	NO	NO	NO	SI	1 Día por sem	8	10	10	10	10	48
13	M	30	Unv	SI	3	Clinica	SI	SI	SI	NO	NO	10	10	10	10	10	50
14	F	26	Lic	NO	6	Clinica	SI	SI	SI	NO	NO	10	10	10	0	10	40
15	F	28	Prof	SI	3	Clinica	NO	NO	NO	SI	3 Veces a la semana	8	10	10	10	10	48
16	F	27	Prof	NO	4	Clinica	NO	NO	NO	SI	1 Día por sem	5	0	0	10	8	23
17	M	30	Unv	SI	10	Clinica	SI	SI	SI	NO	NO	8	10	10	0	10	38
18	M	53	Lic	SI	28	Clinica	NO	NO	NO	SI	1 Día por sem	10	10	10	10	10	50
19	F	33	Aux	NO	8	Clinica	NO	NO	NO	NO	NO	8	10	10	10	10	48
20	F	55	Unv	SI	30	Clinica	NO	NO	NO	NO	NO	6	0	10	0	10	26
21	M	29	Lic	NO	2	Clinica	NO	NO	NO	SI	3 Veces a la semana	10	10	10	10	10	50
22	F	28	Unv	SI	2	Aislamiento	SI	SI	SI	SI	3 Veces a la semana	10	10	10	0	10	40
23	M	56	Prof	SI	20	Aislamiento	NO	NO	NO	SI	3 Veces a la semana	8	10	10	0	10	38
24	F	36	Lic	SI	8	Aislamiento	SI	SI	NO	SI	3 Veces a la semana	10	10	10	10	10	50
25	F	34	Prof	NO	4	Aislamiento	NO	NO	NO	SI	3 Veces a la semana	6	0	10	10	8	34