

Mayer, Nadia Andrea

# “Valoración de los cuidados Pediátricos en el tratamiento oncológico”

2021

*Instituto: Ciencias de la Salud*

*Carrera: Licenciatura en Enfermería*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución - No Comercial - Compartir Igual 4.0  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Mayer, N. A. (2021) *Valoración de los cuidados Pediátricos en el tratamiento oncológico* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

-TRABAJO FINAL DE CARRERA-

TEMA

"VALORACION DE LOS CUIDADOS  
PEDIATRICOS EN EL TRATAMIENTO  
ONCOLOGICO"

AUTORA: MAYER, Nadia

DIRECTOR: Prof.Lic.Lujan, Jorge

FLORENCIO VARELA, JULIO DEL 2021

## INDICE:

Tema.....	3
Relevancia.....	4
Problema .....	4
Objetivos .....	4-6
Marco Teórico .....	7
Cuidados de Enfermería.....	10
Cáncer Infantil.....	17
Estándares de Seguridad en la Administración de Quimioterapia.....	30
Metodología.....	44
Diseño de la investigación .....	44
Enfoque.....	44
Técnica de Recolección de datos.....	45
Técnica de Selección de Muestra .....	45
Diagrama de Gantt .....	46
Tablas y Gráficos.....	46
Conclusión.....	107
Bibliografía.....	110
Anexo.....	111

**TEMA:**

Valoración de los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con tratamiento oncológico que tengan entre 5 a 10 años de edad en una clínica privada de la ciudad de Quilmes durante el periodo de junio a diciembre de 2020.



## **INTRODUCCION:**

Florence Nightingale, una de las pioneras en la práctica de enfermería, dejó las bases para poder brindar cuidados con calidad, diciendo que la relación enfermería-salud requiere de la educación formal y practica centrada en la prevención de enfermedades, mientras que la enfermería de la enfermedad, requiere de una educación científica para el cuidado del paciente.

Es de vital importancia para la profesionalización de la enfermería que cada uno de los cuidados que se realizan sean dados con excelencia, calidad y bajo estándares de seguridad, siguiendo protocolos antes cada procedimiento y actualizándose constantemente. Para lograr estos objetivos se debe volver a la raíz de nuestra profesión y centrar toda nuestra atención en los Cuidados. Por esto mismo, el presente trabajo tuvo como objetivo general conocer como son los cuidados que realizan los enfermeros del sector de oncología de la Clínica del niño conpacientes pediátricos oncológicos. Esto se realizo conociendo a la población a trabajar a través de encuestas cerradas y luego monitorizamos los cuidados realizados a través de un check list; con los resultados de ambas, pudimos tabular los datos obtenidos y sacar las conclusiones necesarias para responder nuestra pregunta problema inicial.

Para dar respuesta a nuestro trabajo se desarrollo un marco teórico, se definió la metodología, la muestra y se utilizo como herramienta de recolección de datos una encuesta y un check list al personal de enfermería de la unidad oncológica pediátrica de la clínica del niño de la ciudad de Quilmes

*...”La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica que hay que hacer; la destrezapráctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y que observar; como pensar y que pensar.”*

*Florence Nightingale*

## **RELEVANCIA:**

La valoración de los cuidados de enfermería es fundamental para poder brindar calidad de atención y sobre todo los cuidados pertinentes al tratamiento de patologías oncológicas; la complejidad de su atención es alta, debido a la gran variedad de síntomas físicos, limitaciones funcionales y trastornos psicosociales que se pueden llegar a presentar durante el desarrollo de la enfermedad. Por ese motivo la relevancia de los cuidados apropiados es fundamental para el tratamiento, como así también su valoración, en este grupo etario de pacientes pediátricos que presentan Leucemia linfoblástica aguda y Linfoma de Hodgkins. De tal forma se buscará contribuir a los cuidados de enfermería, conociendo los protocolos institucionales actuales y como son aplicados por las enfermeras del sector oncológico de una clínica de sub sistema privado; identificando aplicación, valoración, cuidados e intecurrencias para prevenir eventos adversos y disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad.

## **PROBLEMA:**

¿Cuáles son los cuidados de enfermería aplicados en el abordaje de los pacientes pediátricos internados, que se encuentran en tratamiento oncológico de Leucemia Linfoblástica aguda y Linfoma de Hodgkins con edades de 5 a 10 años, en una clínica privada de la ciudad de Quilmes durante el periodo de junio a diciembre de 2020?

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Describir los cuidados de enfermería aplicados en el abordaje de los pacientes pediátricos internados, que se encuentran en tratamiento oncológico de Leucemia Linfoblástica aguda y Linfoma de Hodgkins con edades de 5 a 10 años, en una clínica privada de la ciudad de Quilmes durante el periodo de junio a

diciembre de 2020

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir los cuidados de enfermería acorde al protocolo institucional en pacientes pediátricos con tratamiento de Leucemia Linfoblástica aguda y Linfoma de Hodgkin con edades de 5 a 10 años.
- Registrar el cumplimiento de los cuidados de enfermería según el protocolo institucional en pacientes pediátricos con tratamiento de Leucemia Linfoblástica aguda y Linfoma de Hodgkin con edades de 5 a 10 años.
- Estimar la población de enfermería del sector de oncología de una clínica privada de la ciudad de Quilmes.

## MARCO TEORICO:

Los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del que hacer diario y por lo tanto su objeto de estudio. El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente. Enfocándome en el cuidado de enfermería, según diversos autores, representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. (Colliere-MF., 2003.) Tomando esta definición podemos decir que enfermería es la responsable de que esto se lleve a cabo de la mejor manera posible sin olvidarnos que es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

Es importante destacar que para llevar a cabo un cuidado se espera que no solo sea una acción técnica aislada dentro del contexto del paciente, sino que el cuidado sea la consecuencia de un Proceso de enfermería, parte un plan integral de cuidados que intente mejorar la salud al sujeto de atención y pueda modificar esa necesidad que está alterada; en base a esta idea el texto Cuidados Básicos de Enfermería describe como tienen que ser ese proceso en cuanto a las actividades que un profesional de Enfermería debería cumplimentar:

**a) *Identificar la necesidad del cuidado:*** *considerando las variables individuales, grupales y culturales que modifican esta necesidad. Esto supone para El profesional de enfermería un ejercicio complejo, puesto que le obliga a dotarse de la información que le permita identificar el efecto de las variables en cada suceso o situación concreta y atener conocimiento del*

*efecto que las distintas culturas tienen sobre la manifestación de la necesidad de cuidados.*

**b) Identificar el tipo de cuidados requeridos:** *para dar respuesta a esa necesidad detectada.*

*Para llevar a cabo esta actividad, el profesional de enfermería, además de necesitar un conocimiento técnico acerca de los tipos de acciones que le permitirán satisfacer la necesidad identificada, deberá conocer si el sujeto ya ha realizado acciones encaminadas a satisfacer esta necesidad, qué tipo de acciones son y determinar el valor real que tienen en esa situación y el valor entendido como significado para el sujeto.*

**c) Identificar la capacidad del sujeto para llevar a cabo dicho cuidado:** *el profesional cuando cuida no puede ni debe olvidar que está entrando en el ámbito de autonomía del sujeto. Esto exige que coincidamos en las propuestas de enfermeras como Henderson u Orem cuando se refieren a que el sujeto debe ser autónomo en el menor tiempo posible, debiendo participar al máximo nivel de sus posibilidades en el proceso de cuidados. Para ello, la enfermera debe determinar las posibilidades de participación del sujeto en su proceso de cuidados (tanto físicos como mentales), su actitud e interés en la participación y finalmente la aceptación explícita.*

**d) Identificar la manera en que podremos satisfacer dicho cuidado:** *esto es la manera en que vamos a llevar a cabo la acción de cuidar. Concretar las tareas a realizar, determinar el tiempo que cada una de estas tareas exige, y determinar el material y/o instrumentos que necesitamos.*

**e) Determinar la delegación de acciones:** *el compromiso que las enfermeras asumimos de hacer participar al sujeto en su proceso de cuidados nos obliga a identificar cuál o cuáles de las acciones necesarias deberemos llevar a cabo personalmente, y cuál o cuáles aquellas que podremos delegar en el propio sujeto. Pero la delegación no solo es posible hacerla en el sujeto, sino que también la enfermera podrá traspasar algunas de las acciones programadas entre el personal técnico y cuidador es informales que componen el equipo de cuidados.*

*f) Considerar el carácter ético que tiene el proceso de cuidar: los valores que condicionan la necesidad de cuidado dotan de carácter ético al proceso de cuidar.*

*g) Ejecutar las acciones concretas de cuidado: la ejecución es la muestra del hacer y la Práctica de la enfermería profesional, y requiere de la realización de una serie de técnicas variadas en cuanto a su complejidad que no son el fin del proceso de cuidar.*

*h) Evaluar los resultados: El proceso de cuidar, como secuencia de acciones dirigidas a un fin, exige de la evaluación de los resultados que dichas acciones producen en la dirección del fin que se persigue. Considerando además que el proceso no tiene fin siempre, esta evaluación no debe entenderse como un punto y aparte, sino como un punto y seguido. (D. Mena / V. M. González / A. Cervera / P. Salas / M. I. Orts, Primera edición, 2016)*

Una vez descrito como deben llevarse a cabo los cuidados dentro de un proceso de enfermería, que le permite al profesional identificar, organizar, ejecutar y evaluar sus acciones, se abre un nuevo camino que debemos explorar, que es como debe llevarse a cabo ese cuidado y cuáles la mejor manera de realizarlo obteniendo mejores resultados. Es ahí donde aparece una variable muy importante para llevar esto a cabo y profesionalizar cada vez más nuestro quehacer enfermero: **La Calidad de los cuidados y sus estándares.**

### **Calidad En Los Cuidados.**

Si se comienza a desglosar esto, en un principio, que se entiende por calidad, claramente según el contexto en el que es utilizado su significado va variar; en cuanto a Calidad en Salud puedo decir que es un criterio científico técnico para los profesionales y el grado de satisfacción para los usuarios; es decir une los aspectos técnicos, científicos y metodológicos con las relaciones y percepciones. La Organización Mundial de la Salud, en su constitución, afirma que toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud

alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos. Define como requisitos de la calidad en salud: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final en la salud de la población. (C G., 1996). Calidad para Crosby, “es conformidad con las especificaciones”; para Trifus “es dar al cliente aquello que espera” y para Taguchi es “producir los bienes y servicios demandados, al menor costo posible para la sociedad”. Entre estas definiciones están implícitos aspectos como la seguridad, la disponibilidad, la mantenibilidad, la confiabilidad, la factibilidad de uso, la economía, es decir precio, y el ambiente. (Marriner, Guía de Gestión y Dirección de Enfermería, 2001). Una de las definiciones más reconocidas, es la enunciada por A. Donabedian quien, en 1966, publica uno de los primeros artículos sobre la calidad de la atención médica, conceptos que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad sanitaria, en este introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado que constituyen hoy en día la base fundamental para la evaluación de la calidad en la atención a la salud. Establece entonces que:

*“La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios.”*

El mismo, delimita dos dimensiones fundamentales de la calidad que están entrelazadas: **la técnica y la interpersonal**; en la primera considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la relación que se establece entre los proveedores de servicios y los usuarios de los mismos sin dejar de considerar para ambas dimensiones el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio.

Como dijimos anteriormente, Donabedian hace referencia a que existen tres enfoques útiles para evaluar la calidad: La estructura, el proceso y el resultado. En la estructura engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención.

En el proceso incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y

la habilidad con que lo realiza; considera también en este rubro lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos.

Los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario y del personal de salud; el conocimiento que se genera durante la atención para las personas que reciben los servicios y para los que lo otorgan. (Donabedian, Enero-Febrero 1993).

Se podría decir entonces, después de analizar lo expuesto anteriormente, que el desarrollo de tres dimensiones expuesto por Donabedian es adaptable para la valoración de la calidad de los cuidados de Enfermería que se brindan, tratando de satisfacer aquellas necesidades que no lo están. Es importante que en el proceso, los cuidados sean evaluados y valorados para poder así corregir y mejorar la excelencia en el ejercicio profesional; para poder decir que se desarrolla un cuidado de calidad, las necesidades del usuario, con la normativa institucional y sus conocimientos técnico-científicos se deben unir a la ética y las relaciones interpersonales, todas estas deben ser las dimensiones de la calidad a ser evaluadas.

Otro autor que suma otro concepto a los anteriores y es importante dentro de la calidad de los cuidados, es Pallares, quien habla de Calidad Integral, según él es la unión de dos aspectos del cuidado: uno de carácter intrínseco (calidad intrínseca) y que son difíciles de percibir por los usuarios, por ejemplo la forma correcta de colocar una sonda nasogástrica, la forma correcta de colocar un catéter venoso, o la forma correcta de la administración de un medicamento, etc. Y el otro, que es más fácil de identificar por los usuarios (calidad percibida) como lo es el horario correcto de la administración de un medicamento, el trato cortés, la amabilidad de la Enfermera, las medidas de higiene, entre otras. (Pallares, 1996).

### **Estándares De Calidad En Los Cuidados.**

Es importante en principio definir que es un estándar para que entendamos el valor que tiene a la hora de propiciar los cuidados de enfermería con la mayor calidad posible; el término tiene su origen etimológico en el vocablo inglés standard. El concepto se utiliza para nombrar aquello que puede tomarse como referencia, patrón o modelo. Se conoce como estandarización o normalización al proceso que apunta a la creación y a la aplicación de normas que son utilizadas a nivel general en un determinado ámbito.



Teniendo en claro esopodemosadentrarnos en lo que son los estándares de enfermería apropiadamente dichos, que constituyen un instrumento para alcanzar o superar la meta de proporcionar una atención de calidad y segura para el paciente. Según la Organización Mundial de la Salud (2004), contemplan lo siguiente:

**Estándar I:** La atención de enfermería que recibe el paciente para satisfacer sus necesidades físicas es apropiada, libre de riesgos ,prestada de tal forma que lo respeta como ser humano.

**Estándar II:** El personal de enfermería colabora en la identificación y atención de las

Necesidades espirituales y emocionales de los pacientes con oportunidad, comprensión y respeto de sus valores.

**Estándar III:** Las indicaciones escritas médicas y de enfermería son cumplidas de acuerdo a los recursos existentes, en forma oportuna y segura.

**Estándar IV:** Las actividades de enfermería prestadas al paciente durante el proceso de rehabilitación son acciones de apoyo y enseñanza de acuerdo a sus necesidades, con la participación del paciente y familia.

**Estándar V:** El personal de enfermería deberá adecuar los factores ambientales de acuerdo a las necesidades del paciente y utilizar técnicas que lo protejan de los riesgos que lo rodean.

**Estándar VI:** El servicio de enfermería tiene su filosofía y objetivos definidos ,y actúan como directrices en el comportamiento del personal.**Estándar VII:** La atención de enfermería se planifica de acuerdo a las necesidades prioritarias de los pacientes.

**Estándares VIII:** El personal de enfermería utiliza manuales de normas administrativas, técnicas y procedimientos, en la ubicación de criterios en la atención de pacientes y manejo de recursos.

**Estándar IX:** El cuidado de los pacientes hospitalizados es asignado al personal de enfermería en forma específica en cada uno.

**Estándar X:** El servicio de enfermería provee en su plan de dotación, personal clínicamente preparado que se encarga de la supervisión de la atención de los pacientes en los diferentes turnos.

**Estándar XI:** El personal de enfermería de todos los niveles recibe educación en servicio de acuerdo a las necesidades en forma continua y programada.

**Estándar XII:** Las acciones y observaciones de enfermería están registradas en la historia clínica de cada paciente en forma precisa y completa.

**Estándar XIII:** En cada cambio de turno se realiza un informe verbal y escrito que expresa las condiciones de los pacientes y la unidad de enfermería. (Cordova-Modest, Vol.2, N°42009).

Teniendo en cuenta esta descripción, que manifiesta la relevancia de tener en claro que siguiendo estándares de calidad, la actividad realizada por enfermería obtiene mayores beneficios en cuanto a la atención dada al paciente, no solo en calidad sino también, en cuanto a la seguridad brindada en cada acción. Por eso es fundamental que se cuente en cada institución con protocolos que contengan los estándares y normas de calidad esperados para cada servicio, para que cada enfermera/o, además de la capacitación y actualización constante en cuanto a procedimientos y avances científicos, pueda adquirir esos conocimientos y profesionalizar sus cuidados, reduciendo posibles errores y efectos adversos para el paciente. Podríamos coincidir en que para esto, necesitamos el establecimiento de Estándares de Calidad basados en estrategias fundamentales derivadas de 5 pilares:

### **Estandarización del Cuidado.**

La Dirección de Enfermería lidera una visión única y transversal en la forma de brindar la atención, basada en la estandarización de los cuidados, bajo estrictos protocolos de seguridad calidad, y la unificación de los aspectos técnicos en manuales que definen todos los procedimientos que competen a la profesión. Todas estas normas, manuales y protocolos son ampliamente difundidos para asegurar su conocimiento y cumplimiento mediante la publicación centralizada Institucional.

### **Seguridad En La Atención.**

Enfermería cumple con los más estrictos estándares de seguridad en la atención de pacientes basados en recomendaciones internacionalmente validadas. Se han desarrollado e implementado diversos

protocolos que incluyen todos los ámbitos de seguridad en el cuidado de paciente.

### **1. Capacitación Continua.**

El arte del cuidado requiere del desarrollo de competencias generales y específicas, que la Dirección de Enfermería potencia mediante un programa formal de nivelación, capacitación y actualización continua.

### **2. Mejoría Continua de la Calidad.**

Un programa basado en una cultura de calidad, permite la detección precoz y el reporte de eventos o situaciones potenciales de perfeccionar. Mediante la investigación y análisis de casos se desarrollan programas de mejoría en una búsqueda permanente de la excelencia.

### **3. Eficiencia en la Asignación de Recursos.**

La aplicación de un protocolo de categorización de pacientes transversal en la Institución permite una adecuada gestión de los recursos de Enfermería, otorgando las coberturas adecuadas a los requerimientos de cuidados de los pacientes atendidos en cada área del hospital. (MARCELA DÍAZ F. SYLVIA GATTAS N., JUAN CARLOS LÓPEZ C., ARACELY TAPIA M. ,2013).

Como ya mencionamos anteriormente para poder realizar un cuidado de calidad, y así poder garantizar una atención segura, es indispensable definir las necesidades del paciente y sus expectativas, dimensionar y priorizar las acciones, elaborar guías basadas en la evidencia científica, planear la evaluación de los procesos con la medición de indicadores de gestión, establecer planes de mejoramiento basada en el análisis de la información recolectada y determinar el impacto de lo ejecutado en el paciente, la familia y la comunidad.

Para elaborar un instrumento de medida de la calidad en Enfermería es necesario precisar el concepto de los cuidados, y explicitar el objetivo de los mismos. De ahí, la gran importancia de un Modelo Conceptual y la evaluación de la calidad, sobre la base de elementos a investigar siempre referidos a dicho Modelo; así como el refuerzo de los Principios Teóricos y el soporte documental que

sustentan la práctica.

Con estos elementos ya internalizados por los profesionales de enfermería, se debe realizar una evaluación del cumplimiento de estos estándares, normas y protocolos para poder visualizar como se están realizando los cuidados.

### **Evaluación de procedimientos en enfermería.**

Los procedimientos de evaluación de las acciones de Enfermería son los mismos utilizados en la atención global del hospital, aunque específicos de la atención de Enfermería. Entre ellos están:

- Estadísticas cualitativas relacionadas con la tasa de infección y determinadas complicaciones, como úlceras por presión, flebitis, etc.
- Encuestas y entrevistas dirigidas al personal del hospital y / o pacientes. La entrevista bien diseñada es de estimable valor para evaluar la atención de Enfermería.
- Observación de la actividad por un comité de observación, formado por enfermeras que recogen datos, de forma aleatoria, de los cuidados observados y los compara con los estándares previamente definidos.

El desarrollo de la gestión de Enfermería ha hecho necesario incorporar nuevas herramientas para una eficaz labor administrativa, como la auditoría de Enfermería, que está directamente relacionada al concepto de calidad de la atención en salud y cuya finalidad es optimizar la prestación de servicios a través de la

evaluación y continuo mejoramiento de los procesos.

Los siguientes son algunos de los beneficios de la auditoría de Enfermería:

- Un instrumento de control administrativo para conocer el aquí y ahora del funcionamiento del servicio de Enfermería, en cuanto a verificar hasta dónde responde a los objetivos planteados por el departamento de Enfermería.
- Un instrumento de corrección y docencia, que le permite, por un lado, identificar las áreas y situaciones deficitarias en forma precoz e intervenir oportunamente en cada uno de los aspectos de la evaluación (estructura, proceso, resultados), con la posterior elaboración de un plan de docencia en los casos donde se requieran acciones de mejoramiento en la atención

## **El cáncer infantil en número.**

Según la Organización Mundial de la Salud; “el cáncer es una de las principales causas de mortalidad entre niños y adolescentes en todo el mundo; cada año se diagnostica cáncer aproximadamente 300.000 niños de entre 0 y 19 años. En la Región de las Américas, se estima que hubo 32.065 nuevos casos de cáncer en 2020 en niños de 0 a 14 años; de ellos, 20.855 casos ocurrieron en países de América Latina y el Caribe. Se estima que el cáncer fue la causa de muerte de 8.544 niños menores de 15 años en 2020; de ellos, 7.076 en América Latina y el Caribe.”

El informe publicado por el Registro Nacional de Tumores Infantiles de la Sociedad Española de Hematología y Oncología pediátrica (RNTI-SEHOP) que dice que el cáncer infantil es la primera causa de muerte en países desarrollados. Dicho informe publica que en España hay alrededor de 1.100 casos nuevos de cáncer infantil (0-14 años) cada año. También considera que la tasa de incidencia del cáncer infantil en España es de 155,5 casos nuevos anuales por millón de niños/as de 0-14 años (tasa estandarizada). También dicho informe describe que en la presentación del cáncer en la infancia predomina la leucemia con un 30%, seguida de linfomas con un 13% y los tumores del sistema nervioso central con un 22%

En la Argentina, según datos del Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA), se notifican por año 1350 casos de cáncer en menores de 15 años, lo que equivale en promedio a casi 4 casos por día. El cáncer infantil, que en su mayor parte corresponde a leucemias agudas, tumores del Sistema Nervioso Central, linfomas y tumores sólidos, representa la segunda causa de muerte en este grupo etario luego de los accidentes. Sin embargo, afortunadamente entre el 60 y el 70% se curan, variando de acuerdo al tipo de cáncer y a la extensión inicial del mismo.

En base a lo expuesto anteriormente, y ya con un panorama general de lo que es el cáncer y como

afecta a los niños a nivel mundial, vamos a ocuparnos de describir dos tipos, que son los más común es en pediatría: Leucemia Linfoblástica Aguda y Linfoma de Hodkins

Según la Sociedad Argentina de Hematología la Leucemia Linfoblástica Aguda es una enfermedad neoplásica que resulta de una proliferación clonal de precursores linfoides (linfoblastos), que infiltra médula ósea, produce un grado variable de pancitopenia, puede comprometer diferentes órganos y/o sistemas y causa la muerte por hemorragia y/o infección. Se clasifica, en base a las características morfológicas-citoquímicas y se sub-clasifica según perfil inmunológico, citogenético y molecular. Las características mencionadas sumadas a los parámetros clínico-hematológicos, respuesta inicial al tratamiento y a la evaluación de la enfermedad residual mínima, conforman diferentes grupos pronósticos.

A esto podemos sumar la definición que hace la American Cancer Society que la define como una enfermedad que “comienza en la médula ósea (la parte blanda del interior de ciertos huesos en donde se forman las nuevas células de la sangre). Con más frecuencia, la leucemia invade la sangre muy rápidamente. A veces, estas células también se pueden propagar a otras partes del cuerpo, como a los ganglios linfáticos, el hígado, el bazo, el sistema nervioso central (el cerebro y la médula espinal) y los testículos (en los hombres).” Además nombra otros tipos de cáncer que se inician en los linfocitos, y que se denominan linfoma de Hodkins. “Aunque las leucemias, principalmente afectan la sangre y la médula ósea, los linfomas principalmente afectan a los ganglios linfáticos u otros órganos (pero pueden también afectar la médula ósea). A veces puede ser difícil saber si un cáncer de los linfocitos es una leucemia o un linfoma. Por lo general, si al menos el 20% de la médula ósea se

compone de linfocitos cancerosos (llamados linfoblastos o simplemente blastos), la enfermedad se considera leucemia.”

Es importante tener en cuenta cuales son los métodos disponibles para diagnosticar la enfermedad:

### **Evaluación Clínica.**

Anamnesis y Examen físico: la presentación clínica se caracteriza por síndrome anémico, purpúrico-hemorrágico y síndrome febril. En edad pediátrica los dolores óseos pueden constituir la única manifestación clínica al diagnóstico. Los signos y síntomas no exceden los 2 a 3 meses de evolución. Se deben consignar antecedentes de exposición a diferentes tóxicos, hábitos alimentarios y antecedentes familiares. La presencia de organomegalias se observa en aproximadamente el 50% de los casos. Es importante realizar la medición del hígado, bazo, adenopatías y testículos. El compromiso mediastinal requiere de la evaluación por Radiografía de tórax y/o Tomografía axial computada.

Una vez definidos los métodos de diagnóstico, se va a definir a través de ellos como podemos clasificar la Leucemia Linfoblástica Aguda, que nos ayudara a enfocar el tratamiento, pronóstico, etc. ya que esta no se clasifica por etapas como la mayoría de los otros tipos de cáncer. El pronóstico de una persona, depende más bien de otra información, como el subtipo determinado por pruebas de laboratorio), la edad del paciente y otros resultados de pruebas de laboratorio. Se han usado diferentes sistemas para clasificar.

Toda leucemia se diagnostica con base en su aparición clínica y el resultado del aspirado de médula ósea, que se clasifica de acuerdo con los criterios establecidos. La aparición de leucemia linfoblástica aguda varía según sus manifestaciones clínicas, que reflejan el grado de insuficiencia de la médula ósea, de infiltración extra medulares y de agudeza. Casi la mitad de los pacientes cursa con fiebre y la tercera parte tiene como origen de la fiebre un foco infeccioso. Otras manifestaciones clínicas frecuentes son astenia y adinamia debidas a anemia. Del 33 al 43% tiene sangrado por trombocitopenia y 25% refiere dolor articular u óseo debido a la infiltración leucémica del periostio, hueso o articulación. Los síntomas



menos comunes son cefalea, vómito, alteraciones de las funciones mentales, oliguria y anuria. Los signos que se observan en la piel y las mucosas son petequias y equimosis. El hígado, bazo y los ganglios linfáticos son los sitios extramedulares más afectados, y el grado de organomegalias es más importante en niños que en adultos: en 17% se encuentra hepatomegalia; en 44%, esplenomegalia, y en 15%, linfadenopatía.

La leucemia linfoblástica aguda casi siempre produce signos o síntomas y se detecta mediante un buen examen rutinario. La anemia, la neutropenia y la trombocitopenia son hallazgos comunes en pacientes recientemente diagnosticados con esta enfermedad. En los pacientes con anemia hay relación inversa entre la concentración de la hemoglobina y la edad de manifestación: la anemia grave es dato de buen pronóstico para la leucemia linfoblástica infantil. Dicha anemia se debe a invasión tumoral de la médula ósea y casi siempre la más grave es la de leucemia linfoblástica aguda, en niños se informa hasta un gramo de hemoglobina, el grado más bajo de anemia. La aparición de la cuenta leucocitaria con leucocitosis ocurren 10 a 16% de los casos, mientras que la neutropenia o leucopenia se encuentran en 20 a 40% con alto riesgo de infección. El 92% de las células circulantes son células blásticas leucémicas. En algunos casos hay eosinofilia reactiva que precede por meses al diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda. En esta enfermedad hay infiltración pulmonar, cardiomegalia e insuficiencia cardíaca congestiva. A menudo la trombocitopenia desencadena sangrados graves con cuentas plaquetarias por debajo de 20,000/L. La hemorragia es secundaria a la trombocitopenia por invasión de la médula ósea o coagulopatía por consumo, sobre todo en la leucemia promielocítica. Rara vez hay trombocitosis por arriba de 400,000 plaq/L y es más frecuente en hombres. En 3 a 5% se encuentran coagulopatías, sobre todo en quienes manifiestan leucemia linfoblástica aguda de células T, que se relacionan con sangrados. Se informan otras complicaciones clínicas entre las que se encuentra insuficiencia renal aguda secundaria a infiltración leucémica, sobre todo en leucemia linfoblástica aguda de células T. Esta alteración eleva las concentraciones séricas de creatinina, ácido úrico, urea y fosfatos. La insuficiencia hepática por infiltración leucémica ocurre en 10 a 20% de los casos, pero es leve y tiene manifestación clínica, lo que modifica el pronóstico. (Beutler E, 2001)

Una de las partes para analizar con mayor detenimiento, ya que el papel de enfermería es muy importante, es el tratamiento de la Leucemia Linfoblástica Aguda. Debemos conocer muy bien de que se trata cada uno de ellos para poder planificar nuestros cuidados con la mayor excelencia y calidad posible, para evitar así, la menor cantidad de efectos adversos y futuras complicaciones. Hay diferentes tipos de tratamiento disponibles para los niños con leucemia linfoblástica aguda. Algunos tratamientos son estándar (el tratamiento que se utiliza en la actualidad) y otros se encuentran en evaluación en ensayos clínicos. Un ensayo clínico de tratamiento consiste en un estudio de investigación que procura mejorar los tratamientos actuales u obtener información sobre tratamientos nuevos para pacientes de cáncer. Cuando los ensayos clínicos muestran que un tratamiento nuevo es mejor que el tratamiento estándar, el tratamiento nuevo se puede convertir en el tratamiento estándar. Debido a que el cáncer en los niños es poco frecuente, se debe considerar la participación en un ensayo clínico. Algunos ensayos clínicos están abiertos solo para pacientes que no han comenzado el tratamiento.

El tratamiento del niño será supervisado por un oncólogo pediatra, que es un médico especializado en el tratamiento de niños con cáncer. El oncólogo pediatra trabaja con otros profesionales de la salud pediátrica que son expertos en el tratamiento de niños con leucemia y se especializan en ciertos campos de la medicina.

El tratamiento de la Leucemia Linfoblástica Aguda infantil se realiza en fases:

- Inducción a la remisión: esta es la primera fase de tratamiento. La meta es destruir las células leucémicas de la sangre y la médula ósea. Esto pone la leucemia en estado de remisión.
- Consolidación/intensificación: esta es la segunda fase del tratamiento. Comienza una vez que la leucemia está en remisión. La meta de la terapia de consolidación o intensificación es destruir las células leucémicas que quedan en el cuerpo y que tal vez produzcan una

recaída.

- **Mantenimiento:** esta es la tercera fase del tratamiento. La meta es destruir toda célula leucémica restante que pudiera regenerarse y producir una recaída. A menudo, los tratamientos de cáncer suelen administrarse en dosis más bajas que las que se usan en las fases de inducción a la remisión, y de consolidación/intensificación. Es más probable que el cáncer vuelva si no se toman los medicamentos prescritos por el médico en la terapia de mantenimiento. Esta fase también se llama terapia de continuación.

Se usan cuatro tipos de tratamiento estándar:

### **Quimioterapia.**

La quimioterapia es un tratamiento del cáncer en el que se usan medicamentos para interrumpir la formación de células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o al impedir su multiplicación. Cuando la quimioterapia se toma por boca o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos ingresan en el torrente sanguíneo y pueden llegar a las células cancerosas de todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en el líquido cefalorraquídeo (intratecal), un órgano o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan sobre todo las células cancerosas de esas áreas (quimioterapia regional). La quimioterapia combinada es un tratamiento en el que se usa más de un medicamento contra el cáncer. La manera en que se administra la quimioterapia varía según el grupo de riesgo del niño. Los niños con Leucemia Linfoblástica Aguda de riesgo alto reciben más medicamentos contra el cáncer y en dosis más altas que los niños de riesgo estándar. La quimioterapia intratecal se puede usar para el tratamiento de la Leucemia Linfoblástica Aguda infantil que se diseminó o que es posible que se disemine al encéfalo y la médula espinal.

### **Quimioterapia con trasplante de células madre.**

La quimioterapia y a veces la irradiación corporal total se administran para destruir células cancerosas.

Durante el tratamiento del cáncer, también se destruyen las células sanas, incluso las células formadoras de sangre. El trasplante de células madre es un tratamiento para reemplazar estas células formadoras de sangre. Las células madre (células sanguíneas inmaduras) se extraen de la sangre o la médula ósea del paciente o de un donante, se congelan y almacenan. Después de que el paciente termina la quimioterapia, las células madre almacenadas se descongelan y se devuelven al paciente mediante una infusión. Estas células madre reinfundidas crecen hasta convertirse en células sanguíneas del cuerpo y restauran las células destruidas. El trasplante de células madre muy pocas veces se usa como tratamiento inicial para los niños y adolescentes con Leucemia Linfoblástica Aguda. Se usa más a menudo como parte del tratamiento de la que recidiva (vuelve después del tratamiento).

### **Terapia dirigida.**

La terapia dirigida es un tipo de tratamiento para el que se utilizan medicamento u otras sustancias a fin de identificar y atacar células cancerosas específicas sin dañar las células normales.

## **Linfoma de Hodkins.**

El Linfoma de Hodkins representa el 7% de las neoplasias en la edad pediátrica y el 1% de la mortalidad debida a cáncer infantil. Es excepcional en el lactante y su incidencia va aumentando durante la infancia hasta ser la neoplasia más frecuente entre los 15 y los 19 años de edad. La incidencia de este presenta variaciones según la región geográfica, el nivel socioeconómico y el estado inmunológico del paciente. En los países desarrollados, se observan picos de incidencia, el primero en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, y el segundo en ancianos; sin embargo, en los países en vías de desarrollo, el primer pico de incidencia se adelanta a la edad infantil. El 80% de los casos de en menores de 5 años de edad, se da en varones, a los 12 años de edad la proporción niño/niña se iguala y, a partir de los 15 años de edad, la proporción se invierte, el 80% de los casos se da en niñas. El Linfoma de Hodkins se caracteriza histológicamente por la escasa presencia de células malignas en el tumor y la abundancia de células reactivas no malignas acompañantes como: linfocitos, eosinófilos, neutrófilos, histiocitos y células plasmáticas.

## **Evaluación Diagnóstica.**

La anamnesis debe recoger datos sobre síntomas previos, infecciones pasadas, vacunaciones y antecedentes familiares de cáncer o inmunodeficiencias. El examen físico debe incluir la valoración del estado general, el peso y la talla, cambios en la piel, presencia de adenopatías anotando su localización y tamaño, visceromegalias y signos de obstrucción vascular (síndromes de vena cava superior o inferior) o dificultad respiratoria. La exploración física metódica del aparato cardiorrespiratorio y de la región del anillo de Waldeyer es muy importante. Los exámenes complementarios incluirán una analítica básica y una radiografía de tórax. La velocidad de sedimentación globular, la linfopenia, la cupremia, los receptores solubles de IL y otros marcadores sanguíneos se relacionan con la agresividad de la enfermedad. El diagnóstico se completa con el estudio de extensión de la enfermedad, que nos permitirá clasificarla según los estadios. Los estudios de imagen como la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) o las técnicas especiales de Resonancia Magnética. La afectación de la médula ósea (MO) en el Linfoma de Hodkins

ocurre de forma nodular o parcheada, por lo que, a menudo, la biopsia o el aspirado de Medula Ósea son negativos; mientras que las modernas exploraciones de imagen, como la Tomografía por Emisión de Positrones o la Resonancia Magnética de cuerpo entero, demuestran la afectación. La tendencia moderna consiste en evitar las dolorosas punciones óseas y sustituirlas por pruebas de imagen. (Sánchez de Toledo Codina, 2016/VOLUMEN XX-nº5)

### **Cuadro clínico inicial.**

Las siguientes características de presentación del linfoma de Hodgkins resultan de los efectos directos o indirectos del compromiso ganglionar o extraganglionar, y de los síntomas constitucionales relacionados con la liberación de citocinas por las células de Reed-Sternberg y la señalización celular dentro del microambiente tumoral. Aproximadamente 80 % de los pacientes padecen adenopatía indolora, con mayor frecuencia en las áreas supraclavicular o cervical. La enfermedad mediastínica está presente en alrededor de 75 % de adolescentes y adultos jóvenes, y a veces es asintomática. Por el contrario, solo cerca de 35 % de niños de corta edad con linfoma de Hodgkins tienen compromiso mediastínico, lo que refleja en esta cohorte de edad la mayor prevalencia de los tipos histológicos de celularidad mixta y de predominio linfocítico versus el de esclerosis nodular. Los síntomas constitucionales no específicos, como fatiga, anorexia, pérdida de peso, prurito, hiperhidrosis nocturna y fiebre, se presentan en alrededor de 25 % de los pacientes. Por lo general, para asignar el riesgo en los ensayos clínicos se usan tres síntomas constitucionales específicos (B) que se correlacionaron con el pronóstico: fiebre idiopática (temperatura oral superior a 38,0°C), pérdida de peso idiopática aparente (10 % del peso corporal en los 6 meses anteriores al diagnóstico) e hiperhidrosis nocturna. Entre 15 y 20 % de los pacientes presentarán compromiso extraganglionar no contiguo (estadio IV). Los sitios más comunes de compromiso extraganglionar son los pulmones, el hígado, los huesos y la médula ósea.

Hay diferentes tipos de tratamiento para los niños con linfoma de Hodgkins. El tratamiento de los niños lo debe planificar un equipo de profesionales de la salud que sean expertos en el tratamiento de cáncer infantil. Se usan seis tipos de tratamiento estándar:

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Terapiadirigida
- Inmunoterapia
- Cirugía
- Dosisaltasdequimioterapiacontrasplantedecélulasmadre

A veces el tratamiento para el linfoma de Hodkins infantil causa efectos secundarios y efectos tardíos debido a la quimioterapia o radioterapia. (Instituto Nacional del Cáncer, 2020)

### **Cuidados De Enfermería Al Paciente Oncológico Pediátrico.**

Una vez descritas las patologías en las que se enfoca la presente investigación, se resaltarán los cuidados que como enfermeros se deben propiciar a este tipo de paciente durante sus tratamientos. No solo se deben conocer las drogas a infundir según protocolo, sino también sus efectos adversos, su velocidad de infusión, etc., También es importante consensuar con el médico y con el paciente cual va ser el catéter que se va utilizar para dicha infusión. Se debe buscar su comodidad y que se evalúen todas las opciones posibles antes de tomar una decisión. A continuación se describirán los distintos tipos de catéter, teniendo en cuenta que los cuidados de los mismos son responsabilidad fundamental del equipo de enfermería:

#### ***Accesos Vasculares Venosos Periféricos (Avvp).***

Estos catéteres se insertan generalmente en las venas pericraneales o de los miembros superiores (especialmente en manos y antebrazos), inferiores (su utilización es posible sólo en pediatría, no está recomendado en adultos ya que aumenta considerablemente el riesgo de tromboflebitis. Entre las complicaciones más frecuentes la flebitis, físico-química o mecánica, puede estar relacionada con diferentes factores: el tipo de infusión, el material y tamaño del catéter, el sitio de inserción, la antisepsia de la piel o la inexperiencia del personal en la colocación del mismo. Las agujas metálicas promueven mayor riesgo de lesión de los vasos. Como medida preventiva de flebitis infecciosa se propuso el recambio de los Accesos Vasculares Venosos Periféricos en forma programada, ya que en varios estudios

se demostró que la colonización de la luz del catéter es proporcional al tiempo de permanencia. La incidencia de tromboflebitis y colonización bacteriana de los catéteres se incrementa cuando permanecen colocados más de 72 horas. Sin embargo, los porcentajes de flebitismo son significativamente diferentes respecto de los que permanecen 96 horas. La colonización de la piel del sitio de inserción del catéter también está directamente asociada a la colonización intraluminal. La higiene previa de la piel, la utilización correcta de los antisépticos, la cobertura del sitio de inserción con elementos estériles y una adecuada fijación minimiza los riesgos de colonización del sitio.

#### Accesos Vasculares Venosos Centrales (AVVC):

Los catéteres venosos centrales (CVC) también se denominan *dispositivos de acceso venocentral*, *catéteres centrales* o *vías centrales*. El catéter es un tubo suave y estrecho que se coloca en una vena grande cerca del corazón. El otro extremo del catéter, donde se administra el medicamento y el líquido, tendrá un aspecto diferente dependiendo del tipo de catéter que tenga. Los catéteres venosos centrales son más grandes y más largos que las vías endovenosas periféricas. No todas las personas que reciben tratamiento contra el cáncer necesitarán un catéter de este estilo, pero hay varias situaciones en las que pueden ser útiles. Es posible que necesite uno si:

- Tiene venas frágiles o difíciles de encontrar
- Uno o ambos brazos no se pueden usar para colocar vías endovenosas
- Sus venas han sido dañadas por el tratamiento
- Se espera que su tratamiento dure varios meses o más tiempo
- Es necesario que le administren un medicamento que puede causar mucho daño a las venas o podría causar daño a la piel si se filtra fuera de una vía endovenosa periférica



- Es necesario que le administren muchos medicamentos y tratamientos diferentes al mismo tiempo
- Necesitará nutrición parenteral (TPN), una forma de nutrición líquida que se suministra por vía endovenosa. Esto puede causar mucho daño a las venas, y podría ser necesario durante mucho tiempo.

Citostáticos:

La magnitud del efecto tóxico local derivado de la extravasación dependerá del volumen, concentración y potencial vesicante de la droga, el tiempo de exposición y la zona donde se produzca. Los Citostáticos pueden clasificarse, en función de su capacidad agresiva tisular, en tres grandes grupos.

1. *No agresivos: Agentes que usualmente no causan problemas de importancia cuando se extravasan. Asparaginasa, Bortezomib, Carboplatino, Citarabina, Cladribina, Fludarabina, Ifosfamida (En algún caso podría ser irritante), Irinotecán, Metotrexato, Pegaspargasa, Pemetrexed, Pentostatina, Raltitrexed, Topotecán*
2. *Irritantes: Provocan distintos grados de irritación local sin progresar a la necrosis. Alto Riesgo: Daunorubicina liposomal pegilada, Docetaxel, Oxaliplatino. Bajo Riesgo: Bendamustina, Bleomicina, Busulfán, Carmustina, Ciclofosfamida (En gran cantidad podría ser vesicante/irritante), Cisplatino < 0,4 mg/ml, Dacarbazina, Estramustina, Estreptozocina, Etopósido, Fluorouracilo, Fotemustina, Gemcitabina, Melfalán, Tenipósido, Tiotepa.*
3. *Vesicantes: capaces de causar necrosis tisular una vez extravasados. Estos a su vez se*

*puede subdividir en fármacos que se unen al ADN, con una acción tóxica más prolongada, y fármacos que no se unen al ADN, con una duración menor del efecto tóxico. Los Citostaticos que se unen al ADN, como las antraciclinas, son inicialmente absorbidos por endocitólisis a nivel local y causan la muerte directa de las células que, al lisarse, liberan los complejos citostáticos–ADN absorbidos. Las células circundantes captan de nuevo estos complejos y se inicia así un proceso local de “liberación y captación” que se prolonga por largo tiempo. Se pueden detectar altos niveles de citostáticos y sus metabolitos en los tejidos circundantes al lugar de la extravasación durante meses. Los citostáticos que no se unen al ADN, como los alcaloides de la vinca o los taxanos, pueden eliminarse o metabolizarse en el tejido afectado, lo que limita su grado de lesión tisular. Amsacrina, Cisplatino >0,4mg/ml, Dactinomicina, Daunorrubicina, Epirubicina, Ibrutumomab, tiuxetan, Idarrubicina, Mecloretamina, Mitomicina, Mitoxantrona, Paclitaxel, Trabectedina, Vinblastina, Vincristina, Vindesina, Vinflunina, Vinorelbina.*

Esta clasificación es solo orientativa. Según los autores, puede aparecer un mismo fármaco clasificado en diferentes grupos o subgrupos, ya que existen reportados casos aislados de distintos niveles de agresión para una misma droga. (Conde-Estévez D, 2012)

Una vez clasificados y conociendo la peligrosidad de algunos de ellos a la hora de extravasarse, es importante que el plantel de enfermería conozca cuales son los signos y síntomas que puede llegar a presentar el paciente y como actuar ante ellos.

## **Estándares de Seguridad en la administración de Quimioterapia.**

Después de la interiorización acerca de los riesgos de la administración de los Citostaticos y sus consecuencias es importante para la profesión ahondar en los protocolos y estándares de seguridad que se conocen para poder realizar una acción de enfermería segura y de calidad. Para esto La Sociedad Americana de Oncología Clínica y la Sociedad Americana de Enfermería Oncológica (*American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society (ASCO/ONS)*) han desarrollado en conjunto, Estándares de Seguridad en la administración de quimioterapia( *Chemotherapy Administrativos Safety Standards*), los cuales fueron publicados inicialmente el año 2009 y fueron revisados y actualizados recientemente en el año 2013. Esta publicación definió, después de un arduo debate ,una lista final de 31 estándares que abarcan siete dominios, según se describe en su publicación en la Revista *Journal of Clinical Oncology*.

Los ámbitos descriptos incluyen:

- 1.Revisión de la información clínica y selección del tipo de tratamiento
- 2.Planificación del tratamiento y consentimiento informado
- 3.Indicación médica del tratamiento
- 4.Preparación de la medicación
- 5.Cumplimiento del tratamiento
- 6.Administración y Monitoreo(Evaluación del cumplimiento del tratamiento)
- 7.Monitoreo y evaluación de la respuesta y seguimiento de la toxicidad

Sabiendo todos los puntos, se desarrollaran específicamente los últimos 4 puntos que son los relacionados

con el tema abordado.

### ***Etapa de Prescripción.***

- a.** Uso de protocolización u otras fuentes basadas en evidencia científica para la elección de la conducta a seguir. La NCCN o *National Comprehensive Cancer Network*, es una corporación sin fines de lucro y está formada por una alianza de 19 de los centros de cáncermás importantes del mundo. Es considerada una fuente acreditada de información cuyo objetivo es orientar a pacientes y médicos en la toma de decisiones respecto de la patología oncológica. A través de la experiencia colectiva de sus instituciones integrantes, la NCCN desarrolla, actualiza y disemina una biblioteca completa de lineamientos y guías de práctica clínica.
- b.** Registro de prescripción a través de ficha clínica electrónica. La prescripción de indicaciones médicas en la ficha clínica electrónica permite un registro accesible a todos los involucrados en el proceso de medicación. Esto aumenta la seguridad y disminuye la probabilidad de errores debido a problemas de legibilidad, contando además con toda la información de eventos pasados para la toma de decisiones.

### ***Etapa de preparación/dispensación.***

**a.** Farmacia Oncológica:

La farmacia oncológica, dependiente directamente de la Farmacia Central, cuenta con estrictos protocolos para la manipulación, preparación y dispensación de medicamentos Citostáticos, según lo siguiente:

- **I.** Protocolo de validación de indicaciones médicas.
- **II.** Protocolo de preparación de drogas citostáticas.
- **III.** Protocolo de manipulación de medicamentos tóxicos y biopeligrosos.

- **IV.** Protocolo de despacho y distribución de medicamentos a servicios clínicos.
- **V.** Protocolo de derrames de citostáticos.

La preparación está centrada en el centro de mezcla, un servicio especial de farmacia que, por los riesgos que presenta esta fase, están en un solo punto en el Hospital. En el área de preparación de citostáticos solo ingresa personal autorizado. Hay una serie de medidas, como limpieza exhaustiva, ausencia de embalajes, limitación de entrada de aire contaminado. Asimismo no deben existir corrientes de aire, no se debe comer, beber y los manipuladores, no deben usar joyas ni maquillaje. La protección en esta fase es:

- **GUANTES:** de látex quirúrgico o PVC sin talco.
- **BATA:** desechable, cerrada, de puños elásticos y material impermeable
- **MASSCARRILLA y GAFAS:** evitan accidentes por salpicaduras.

Debe haber señalización con unas etiquetas en donde figuren:

- Nombre y apellido del paciente y ubicación.
- Nombre comercial o principio activo del fármaco.
- Dosis del fármaco
- Tipo de suero en el que vaya diluido.

- Volumen en el que vaya diluido.
- Fecha de preparación y estabilidad de la solución. Las preparaciones se re envasan en bolsas de plástico con cierre hermético para evitar la contaminación ambiental en caso de rotura.

### **Etapa de administración.**

Esta etapa debe incluir no solo la aplicación de estándares generales de administración, basados en publicaciones internacionales, sino también apoyar el proceso de medicación en toda la información recopilada del paciente en las fases Pre, Intra y Post administración de Quimioterapia.

### **Fase Pre-Quimioterapia.**

#### ***Valoración del paciente oncológico.***

La valoración del paciente que recibirá tratamiento oncológico es fundamental para determinar las condiciones en las cuales el paciente inicia o continúa su tratamiento. Esto permite establecer las condiciones basales para cada ciclo y realizar las intervenciones de prevención y manejo de efectos colaterales propios de la condición del paciente o derivados del tratamiento recibido.

Esta etapa de valoración incluye:

- **1. Revisión de ficha clínica al ingreso que contenga:**
- **Consentimiento informado:** Se debe asegurar que el paciente ha sido previamente informado del procedimiento a realizar y conoce los riesgos que implica su tratamiento.

- Registros de educación realizada al paciente previo al ingreso: revisión de temas no cubiertos en esta educación y chequeo de comprensión de temas que el paciente ha recibido. Registro de fecha y ejecutante de la educación y evaluación de comprensión de lo entregado.

- Chequeo de confirmación de:

- Diagnóstico de base

- Estatificación de la enfermedad

- Revisión de resultados de laboratorio tomados previamente y cuyos resultados puedan incidir en el tratamiento actual. Por ejemplo:

- Creatinina

- Hemograma (glóbulos blancos, recuento absoluto de neutrófilos, Plaquetas, hematocrito y hemoglobina)

- Chequeo de marcadores tumorales según diagnóstico.

- Revisión de resultados de biopsia (si corresponde)

- 2.** Revisión cuidadosa del protocolo que recibirá el paciente.

- 3.** Revisión de pre-medicación:

- Actual
  
- En ciclos anteriores
  
- 4. Revisión de drogas propias del protocolo con sus respectivas dosis
  - Revisar tiempos de administración y volúmenes a administrar
  
  - ¿Es un protocolo de alto riesgo?
  
  - ¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de dicho protocolo?
  
  - ¿Cuáles son las posibles complicaciones inmediatas y tardías de este protocolo?
  
- 5. Revisión de protocolo de extravasación de drogas, especialmente orientado a la revisión de las drogas específicas que recibe el paciente y sus características (vesicantes, irritantes, no vesicantes).
  
- 6. Revisión de protocolo de derrames y cómo actuar ante uno
  
- 7. Chequeo el peso actual y talla del paciente.
  
- 8. Revisión y corrección, si es necesario, del cálculo de superficie corporal (SC).
  
- 9. Comparación con valoraciones anteriores e informe al médico tratante de deterioro respecto a evaluaciones previas.



## **Fase Intra-Quimioterapia.**

Aplicación de Estándares de Seguridad para la administración de quimioterapia que incluyen:

- Verificación del protocolo correcto
- Verificación de la dosis correcta
- Verificación del paciente correcto
- Verificación de la permeabilidad del catéter
- Realizar premeditación correcta
- Uso adecuado a través de bombas de infusión continua
- Monitorización constante de Signos Vitales
- Monitorización de efectos adversos esperables y no esperables.
- Monitorización de infusión correcta (controlarla NO extravasación)

Objetivo:

Asegurar una correcta administración de medicamentos citostáticos con el fin de minimizar los riesgos de errores en la administración, identificar y tratar oportunamente reacciones adversas y posibles efectos secundarios de esta terapia.

Fundamento:

El proceso de atención para las personas que reciben quimioterapia, debe ser proporcionado por el

personal de salud interdisciplinario competente y capacitado; la contribución del profesional de enfermería en dicho proceso, reviste particular importancia, porque su participación incluye intervenciones en el antes, durante y después de la administración de quimioterapia. Las acciones anteriores, mejoran la calidad de atención y garantizan el cumplimiento de la terapéutica; aún mayor es el beneficio, si se utiliza la metodología del proceso enfermero en el diseño de planes de cuidado individualizados.

La administración de quimioterapia es uno de los procedimientos claves en el manejo del paciente oncológico y debe contemplar todos los aspectos y normativas de seguridad y calidad a fin de minimizar al máximo la ocurrencia de complicaciones derivadas de la terapia y la prevención y detección precoz de posibles complicaciones y efectos adversos de la misma

### **Fasepost-quimioterapia**

1. Evaluar respuesta inmediata y mediata a la quimioterapia y establecer respuesta a las necesidades de información del paciente post administración y como preparación para el alta.

Esta incluye:

a. Chequeo de exámenes de laboratorio de control realizados post quimioterapia.

b. Registro de reacciones adversas a la quimioterapia.

a. Aplicación de escala de toxicidad CTCAE

c. En caso de reacción adversa registre acciones frente a estas y como evolucionó el

paciente.(Diaz,Gattas,Lopez ,Tapia.,2013/vol24).

### **Efectos Secundarios.**

Ahora bien, una vez descriptos los procesos que se deben llevar a cabo a la hora de la administración de la quimioterapia, como tratamiento estándar de la LLA, de manera segura para el paciente y la enfermera; sus protocolos y cuidados se deben enfocar en algo ya nombrado anteriormente: Los efectos adversos que causa la quimioterapia en estos pacientes. Tenemos la autonomía de realizar ciertas acciones que pueden mejorar el bien estar del paciente, siempre en constante consulta con el equipo interdisciplinario obviamente, debemos estar atentos a ciertos efectos que causan los citostáticos.

## **Infecciones.**

En primer lugar es competencia de enfermería cuidar los accesos venosos, ya sean periféricos o centrales, implantables o semi, de posibles complicaciones, ya que los pacientes oncológicos tienen mayor riesgo de infección a causa de estar expuestos a múltiples variables como enfermedad de base, tipo de terapéutica (quimioterapia, radioterapia), estado nutricional, procedimientos invasivos, internaciones frecuentes y prolongadas, posibilidad de colonización con gérmenes intrahospitalarios, uso de profilaxis antibióticas y tratamientos empíricos. Se produce, además, una alteración de la barrera cutáneo mucosa a nivel de los tractos respiratorio, digestivo y urinario cuya disrupción favorece la colonización y posterior penetración de microorganismos que pueden invadir el torrente circulatorio y provocar una infección grave. Por una parte, algunos pacientes portadores de enfermedades hemato-oncológicas presentan inmunocompromiso por las características de su enfermedad (leucemias, linfomas, tumores sólidos con compromiso de la médula ósea). Por otra, todos los niños con cáncer adquieren inmunocompromiso al iniciar el tratamiento que puede consistir en quimioterapia, radioterapia o ambas. El grado de inmunocompromiso es variable y depende de la enfermedad y del tratamiento. Aun dentro de un mismo esquema terapéutico, los riesgos son muy variables; dependen de la infiltración de la médula ósea, de las dosis de quimioterápicos y su combinación, de las dosis y localización de la radioterapia, de la etapa del tratamiento y de la presencia de catéteres de larga permanencia. A todo esto, se agrega la susceptibilidad particular de cada paciente a los tratamientos administrados. En general, estos niños presentan un estado de inmunosupresión que puede favorecer la aparición de infecciones graves. El diagnóstico es a menudo dificultoso, ya que debido a la depresión inmunológica, pueden no focalizar, o bien, pueden presentar cuadros atípicos. (Fraquelli-Lorusso, 2012).

Las complicaciones infecciosas son causas mayores de morbilidad y mortalidad durante el tratamiento de las enfermedades oncológicas. Dentro de las intecurrencias infecciosas, la presencia de neutropenia febriles una situación frecuente y constituye una emergencia infectológica. Los niños con cáncer son inmunocomprometidos, o sea, pacientes que tienen alterados uno o más mecanismos de defensa natural. Algunos lo son a causa de la enfermedad

y todos se convierten inmunocomprometidos al iniciar el tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia. El grado de inmunocompromiso es variado y depende de la enfermedad de base, la estrategia de tratamiento elegido, la edad y la respuesta a la terapéutica. Desde hace muchos años, se reconoce la relación inversa entre número de infecciones y el recuento de neutrófilos, así como la fuerte asociación entre infección y severa leucopenia y el aumento de frecuencia de infecciones cuando la leucopenia es prolongada(HathornJ,2002)

### **Mucositis.**

Otra de las complicaciones más comunes durante o después de tratamientos con quimioterapia es la Mucositis. El uso de tratamientos progresivamente más agresivos, destinados a mejorar la sobrevida de los pacientes oncológicos, ha incrementado la frecuencia y severidad de las complicaciones orales. Se entiende por Mucositis la inflamación del epitelio oral que conduce a la ulceración y rotura de su integridad. Puede afectar a todo el tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano como consecuencia de los tratamientos antineoplásicos, tales como, quimioterapia, radioterapia o trasplante de medula ósea, manifestándose con eritema, descamación, formación de úlceras, sangrados y/o exudados.(Wilkes,Oct1998).

El término mucositis oral comenzó a utilizarse hacia fines de la década del 80 para describir la inflamación de la mucosa oral inducida por los citostáticos y la terapia radiante. Pasó a constituir una entidad diferente de las lesiones orales debidas a otros patógenos, conocidas como estomatitis.

El cuadro alcanza un pico de severidad alrededor del 7° al 10° día de finalizado el tratamiento y llega a su resolución dentro de las 2 semanas. Generalmente, se desarrolla en forma sincrónica con los efectos hematológicos y el nadir de la neutropenia. Ante la aparición de mucositis debemos:

- Reconocer los diferentes grados de la enfermedad
- Implementar las medidas necesarias para disminuir la carga bacteriana

- Asegurar una buena hidratación, nutrición y analgesia
- Tratar las infecciones temprana y adecuadamente (Botana, 2013)

### **Clasificación.**

Según un estudio de 250 caso realizado por Raber Durlacher JE., Weijl NL; el examen periódico y apropiado de la mucosa oral, antes, durante y después del tratamiento oncológico, es de suma importancia. Usando iluminación adecuada, se deben inspeccionar, cuidadosamente, los labios, la lengua, las encías, las piezas dentarias y demás superficies mucosas, observando la coloración, humedad y textura de estas estructuras.

### **Manejo De Las Náuseas y Vómitos.**

En los últimos años, se ha sido testigos de un notable incremento en la sobrevida de los pacientes con cáncer. En esto, han sido de fundamental importancia tanto los conocimientos de las enfermedades neoplásicas en sí, como la mejora de las medidas de sostén durante el tratamiento. No obstante en estos avances, las náuseas y los vómitos continúan siendo fundamentalmente lo primeros dos de los síntomas más devastadores y temidos del tratamiento que se asocian a desnutrición, lesiones esofágicas y abandono de la terapéutica. Según fuentes consultadas del Hospital Garrahan, se clasifican en:

#### *Náuseas:*

- Grado1= Pérdida de apetitos, alteración de los hábitos de alimentación.
- Grado2= Ingesta oral reducidas con pérdida de peso, deshidratación o desnutrición significativas.
- Grado 3= Ingesta oral de calorías o líquidos insuficiente; se indica NPT u hospitalización.

### Vómitos:

- Grado 1=1–2 episodios (separados por 5 minutos) en 24h.
- Grado 2=3–5 episodios (separados por 5 minutos) en 24h.
- Grado 3= $\geq 6$  episodios (separados por 5 minutos) en 24 h; se indica alimentación por sonda, NPT u hospitalización.
- Grado 4= Consecuencias que ponen en peligro la vida; se indica una intervención urgente.
- Grado 5= Muerte

### Náuseas Y Vómitos Inducidos Por Quimioterapia (NvIQ).

#### Clasificación:

- Agudos: se producen en las primeras 24 horas de administrada la quimioterapia. Los mecanismos involucrados dependen fundamentalmente de vías serotoninérgicas a través del vago.
- Tardíos: luego de las 24 horas y hasta 5 días posteriores a la administración de quimioterapia. Hay muchos mecanismos involucrados como la sustancia P, disrupción de la barrera hematoencefálica, alteración de la motilidad gastrointestinal componentes adrenales.
- Anticipatorios: previo a la administración de quimioterápicos, pueden ocurrir luego de recibir un solo ciclo anterior de quimioterapia; el mecanismo involucrado ser v un reflejo condicionado clásico.
- Refractarios: aquellos que no responden a la implementación de medidas preventivas, se deben a múltiples mecanismos involucrados que incluyen alteraciones metabólicas y humorales. Debe siempre sospecharse de patología concurrente (HTE, obstrucción intestinal, trastornos del medio interno) MASCC-ESMO,2011)

## **Manejo De La Emesis.**

### **Antagonistas de receptores serotoninérgicos.**

Son las drogas más efectivas para el control de las náuseas y vómitos y, a dosis equivalentes, no se han encontrado diferencias de efectividad entre aquellos de primera generación (Ondansetron, tropisetron, granisetron). En nuestro medio, el más utilizado es el **ondansetron** en dosis de 0,15 mg/kg o 5 mg/m<sup>2</sup>, debe administrarse antes de la quimioterapia. Las vías oral o endovenosa son igualmente efectivas y no está claro que dosis subsiguientes agreguen efectividad. Se sabe que no son de utilidad para los vómitos tardíos. Una excepción a esto último lo constituye el palonosetron aprobado para uso en vómitos tardíos (uso restringido en pediatría).

### **Corticoides.**

Pese a que no fueron diseñados como drogas antieméticas, constituyen en la actualidad un pilar fundamental. Son drogas útiles para el tratamiento de los vómitos agudos y tardíos, si bien su uso estuvo restringido por sus efectos adversos y el temor a que pudieran interferir con la actividad de los quimioterápicos, esto último, actualmente, ha sido desestimado. Sus ciclos de utilización son cortos, lo cual disminuiría el riesgo de estos efectos. El corticoide más utilizado es la dexametasona, aunque se desconoce si es más efectivo que los otros. Las dosis van desde 0,3 a 0,6mg/kg, a una dosis máxima de 8 a 12mg/día del tratamiento.

### **Antagonistas dopaminérgicos.**

Fueron el pilar fundamental del tratamiento y las primeras drogas que demostraron utilidad como antieméticos. En nuestro medio, los más utilizados son la metoclopramida (dosis 0,1mg/kg a 1mg/kg, con una dosis máxima de 10 mg/kg tres veces por día) y la domperidona (0,2mg/kg a 0,5mg/kg dosis máx. 10mg/kg tres veces por día). Actualmente su uso estaría restringido a los esquemas de bajo y mínimo poder emetógeno y como adyuvante en los vómitos



de difícil manejo.

### **Manejo Profiláctico De Las Náuseas Y Vómitos Agudos Inducidos Por Quimioterapia.**

- *Quimioterapia de alto poder emetógeno:* Se recomienda utilizar una combinación de ondasetron más dexametasona (con aprepitant en adolescentes).
- *Quimioterapia de moderado poder emetógeno:* ondasetron más dexametasona.
- *Quimioterapia de bajo poder emetógeno:* puede utilizarse una dosis única de dexametasona y/o metoclopramida.

### **Manejo De Los Vómitos Tardíos.**

Dado que los antieméticos bloqueantes de la serotonina (a excepción del palonosetron) no son efectivos para el manejo de estos efectos adversos, se recomienda el suministro de dexametasona los días siguientes a la administración de dichas drogas. Una excepción, sobre la cual se está acumulando buena cantidad de evidencia acerca de su seguridad en pacientes adolescentes, sería el agregado de aprepitant los tres primeros días.

### **Manejo De La Quimioterapia De Múltiples Días.**

Se recomienda la utilización de esquemas adaptados al potencial emetógeno del fármaco más potente por cada día que dure el ciclo.

### **Manejo De Las Náuseas Y Vómitos Anticipatorios.**

Este cuadro es más frecuente en adolescentes y preadolescentes. Es muy extraño de ver en niños menores de diez años.

La forma más efectiva para evitar las náuseas y vómitos anticipatorios es lograr un adecuado manejo en los ciclos previos. En aquellos pacientes en los cuales dicho cuadro acontece, el agregado de una benzodiazepina (recomendamos lorazepán a dosis de 2 mg) logra mejorar el control de los mismos.

Por tratarse este cuadro de un reflejo condicionado, el mejor manejo sería a través de psicoterapia que

incluye, la distracción cognitiva, las técnicas de relajación muscular y la hipnosis. No obstante, esto último es de difícil ejecución en la práctica diaria.

### **Manejos Para Los Casos Difíciles.**

En los pacientes que presentan vómitos, pese a haber recibido un adecuado sistema de medicación preventiva, la repetición de los mismos fármacos utilizados, previos al ciclo, no suele ser de utilidad. Por ese motivo, se recomienda agregar fármacos con diferentes mecanismos de acción como la metoclopramida, levomepromazina y/o las benzodiazepinas.(Barsotti,2013)

Después de haber recorrido el camino de estas enfermedades, que es lo que causa en los niños, sus duros tratamientos y efectos adversos, la importancia de los cuidados de enfermería con calidad y siguiendo rigurosos estándares de seguridad. Es importante recordar como enfermeros la importancia de la empatía con el niño y la familia que está atravesando por un largo y duro proceso que es cáncer. Debemos también construir un modelo enfermero desde una visión más humanística y espiritual, contribuir a sostener un cuidado con valores, ética y filosofía enfermera; para esto Watson, desde la teoría del Caring, nos obliga a reflexionar y analizar sobre la naturaleza del cuidar desde el marco de las relaciones enfermera-paciente. Contempla todas las dimensiones de la persona y empuja a tenerlas en cuenta para satisfacer el cuidado. Se debe contemplar la dimensión total de la persona añadiendo la espiritual. Watson habla de acompañar a la persona en su vivencia siendo sensible a sus sentimientos y estableciendo una relación de ayuda-confianza para establecer los cuidados.

El cuidado enfermero en el niño con cáncer, y con base en esta teoría, es una situación transpersonal que brinda la enfermera enfocada en un cuidado holístico e individualizado, con el fin de lograr bienestar general, tanto para el niño como para los padres ya que presentan afectadas varias dimensiones (física, psicológica y espiritual). Comprendiéndolos como seres dotados de creencias, emociones, sentimientos y temores, sin olvidar su propia individualidad.

Torralba (1998) nos dice que *“acompañar a alguien, no es determinarlo, no significa indicarle el*

*camino, imponerle el itinerario, ni tampoco conocer la dirección que va a tomar; más bien significa caminar a su lado respetando su libertad para decidir su camino y el ritmo de su paso. Cuidar a alguien es salvarle de la soledad, es estar presente y establecer una relación interpersonal. El cuidar no es una acción proteccionista, ni paternalista, como se ha descrito a lo largo de la historia, sino una acción de responsabilidad y respuesta a las necesidades del otro. La introducción de un rostro humano en el espacio tecnológico y burocrático que nos invade es fundamental para el desarrollo del cuidado”*

## **ESTRATEGIA METODOLOGICA:**

### **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

Estudio descriptivo dirigido a 20 enfermeros y su valoración en la unidad de pacientes pediátricos oncológicos. Se elaboro una entrevista a cada enfermero con 10 ítems para valorar diferentes aspectos individuales profesionales del enfermero, años de servicio, nivel de formación, conocimientos de protocolos de citostáticos y como segunda herramienta de producción se realizo un check list que se utilizo para observar como (monitor) los procedimientos de los enfermeros con este tipo de pacientes de los cuales se completaran 20 check list. En primera instancia se realizo una encuesta y posterior a la misma, durante las semanas subsiguientes se realizo el check list en la misma unidad oncológica de una clínica de subsistema privado de la ciudad de Quilmes en el periodo de junio a diciembre del 2020.

### **ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.**

El diseño de la investigación es observacional, descriptivo de corte transversal.

### **TIPO DE RECOLECCION DE DATOS.**

En cuanto a la manera en la cual recolectaremos lo datos el presente estudio será observacional de manera directa y utilizaremos un check list para valorar los cuidados de las enfermeras del sector de Oncología, además de entrevistas cerradas a las mismas para poder conocer la población a trabajar.

### **TIPO DE SELECCIÓN DE MUESTRA.**

Es no aleatorio y se tomara un muestreo de enfermeros del sector de oncología pediátrica de una clínica privada, que estén a cargo de pacientes con Leucemia Linfoblástica aguda y Linfoma de Hodkins que tengan entre 5 y 10 años, durante el periodo de junio a diciembre de 2020.

**EL UNIVERSO.**

Todos los enfermeros de una clínica privada de la ciudad de Quilmes.

**LA MUESTRA.**

Los enfermeros de los distintos turnos, mañana-tarde-noche y Sadofe de la unidad oncológica pediátrica de una clínica privada de la ciudad de Quilmes.

**LA UNIDAD.**

Será cada enfermero de los distintos turnos que realice un procedimiento de citostáticos en la unidad oncológica de una clínica privada de la ciudad de Quilmes.

**RECOLECCIÓN DE DATOS.**

La recolección de datos se llevo a cabo entre los meses de junio a diciembre del 2020, en la unidad de pacientes pediátricos oncológicos de la Clínica del Niño de la ciudad de Quilmes, Provincia de Buenos Aires, por medio de un check list y una entrevista cerrada de carácter voluntaria y anónima para valorar los cuidados de las enfermeras del sector de Oncología.

En primera instancia se realizará una encuesta posterior a la misma, durante las semanas subsiguientes se realizará el check list en la misma unidad oncológica.

La entrevista consta de 10 ítems para valorar diferentes aspectos individuales profesionales del enfermero, años de servicio, nivel de formación, conocimientos de protocolos de citostáticos y como segunda herramienta de producción se realizo un check list que se utilizo para observar los procedimientos de los enfermeros con este tipo de pacientes de los cuales se completaran 20 checklists.

**ANÁLISIS DE DATOS.**

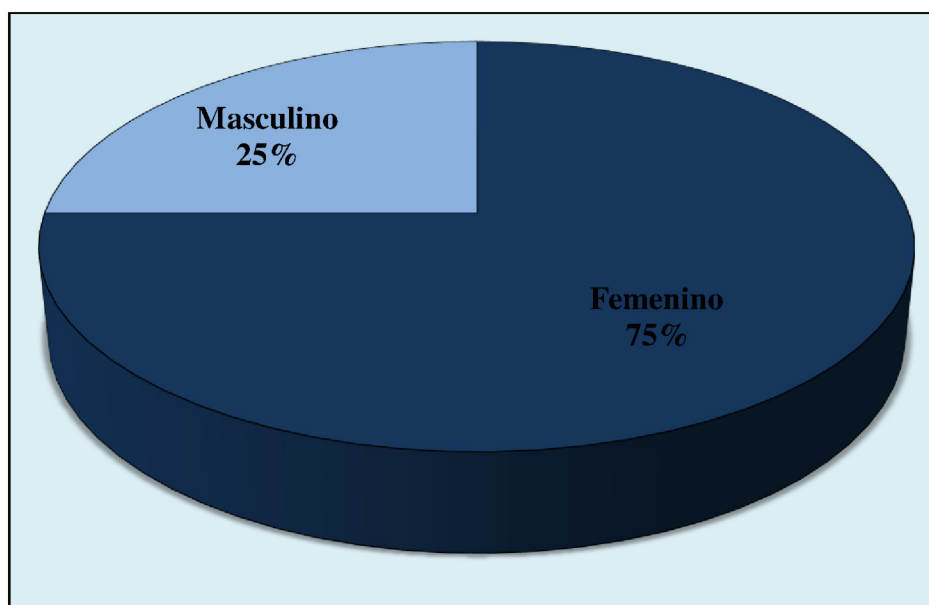
Se realizaran a través de tablas y gráficos.

## **RESULTADOS.**

### **Tablas y Gráficos**

Tabla 1: Genero de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

<b>Código</b>	<b>Valor</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>	Femenino	15	75%
	Masculino	5	25%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

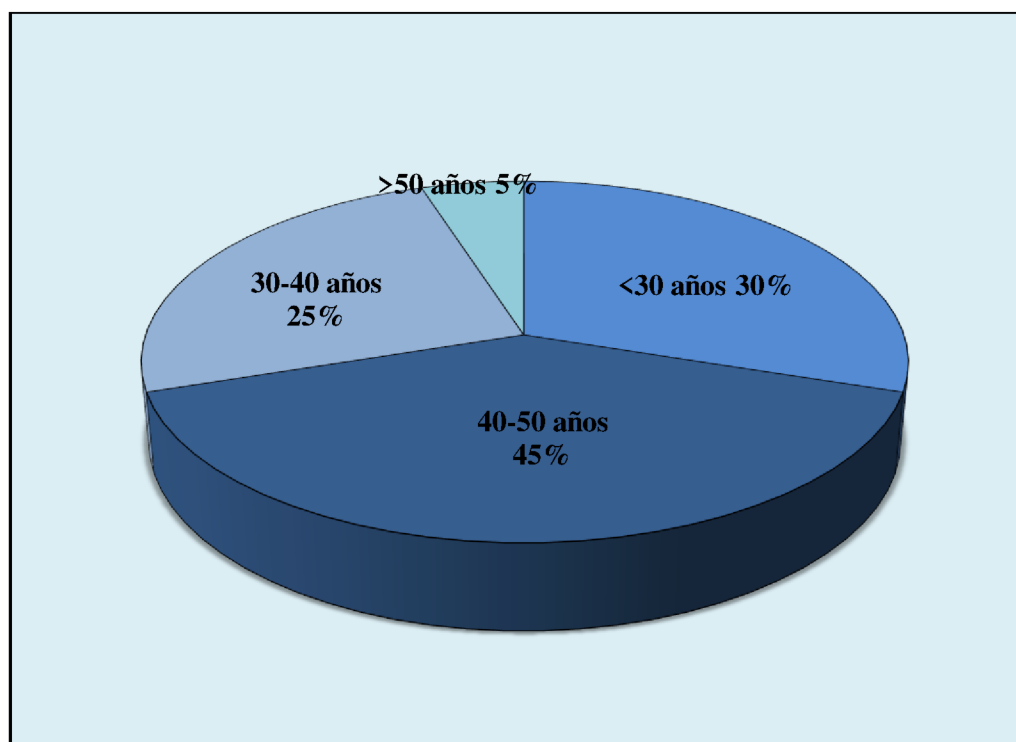


Elaboración Propia

Descripción: Se observa que del total de encuestados en el sector de oncología, un 75% son mujeres, mientras que el 25% restante son hombres.

Tabla 2. Edad de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
<b>Edad</b>	<30 años	6	30%
	40-50 años	8	45%
	30-40 años	5	25%
	>50 años	1	5%
<b>Total general</b>		<b>20</b>	<b>100%</b>

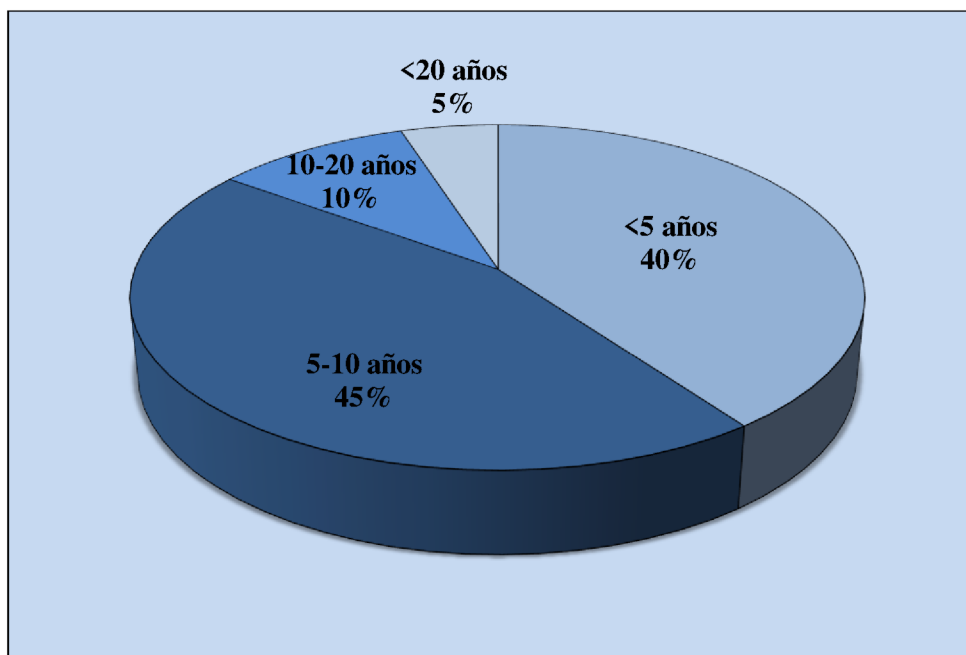


Elaboración Propia

Descripción: Se puede decir que del total de encuestados la mayoría de los enfermeros del sector de oncología tiene entre 40 y 50 años, un 45%; aunque el resto sigue un promedio bastante similar. Sí marcando la diferencia con los mayores de 50 años, que es bastante menos.

Tabla 3. Años en el servicio de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Años en el servicio	>5 años	8	40%
	5-10 años	9	45%
	10-20 años	2	10%
	<20 años	1	5%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



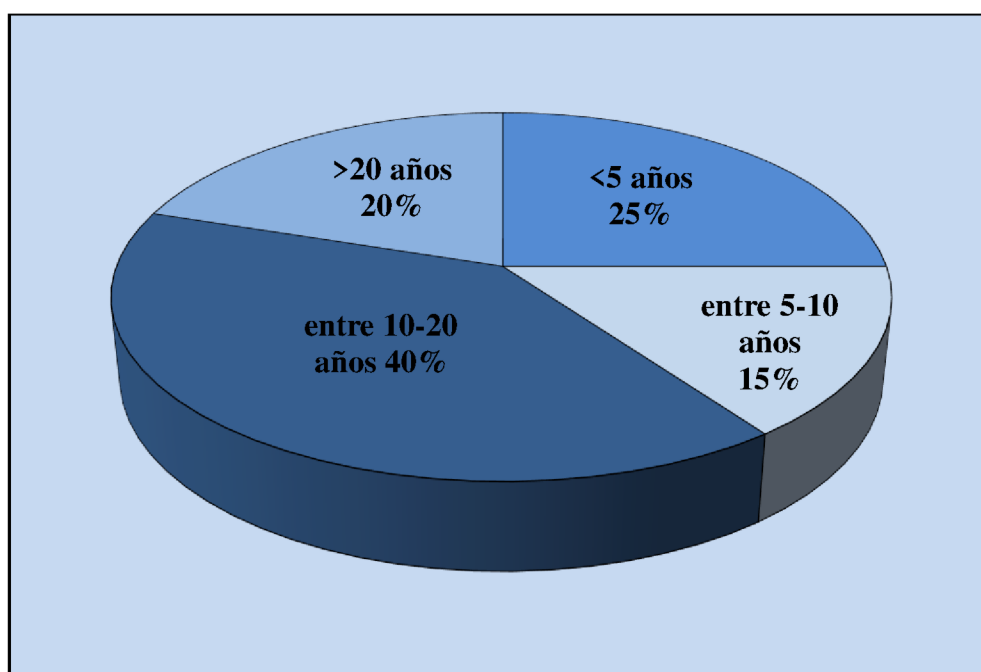
Elaboración propia

Descripción: Se observa que del total de enfermeros encuestados, el 45 % trabaja en el sector oncológico pediátrico en un periodo que va de 10 a 20 años, mientras que se ve que un 40% menos de 5 años lo que demuestra que en ultimo tiempo existió un recambio del personal, aunque menor en comparación con el resto que sigue siendo mayor si los unimos.



Tabla 4. Años en la institución de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Años en la Institución	>5 años	5	25%
	5-10 años	3	15%
	10-20 años	8	40%
	<20 años	4	20%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

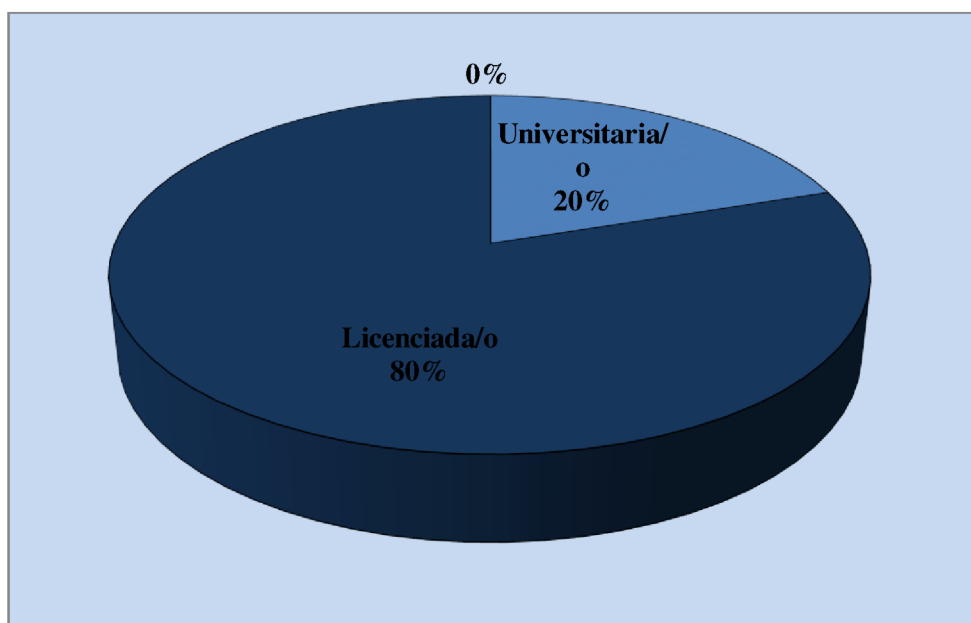


Elaboración propia

Descripción: Del total de enfermeros encuestados se deduce que son mayoría los que llevan de 10 a 20 años en la institución, lo que nos indica una cierta antigüedad en la misma. Esto muestra que si bien el recambio de personal es importante, un 25%, sigue siendo superior la gente con más antigüedad.

Tabla 5. Nivel de formación de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Nivel de Formación	Auxiliar	0	0%
	Universitaria/o	4	20%
	Licenciada/o	16	80%
	Especialista	0	0%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

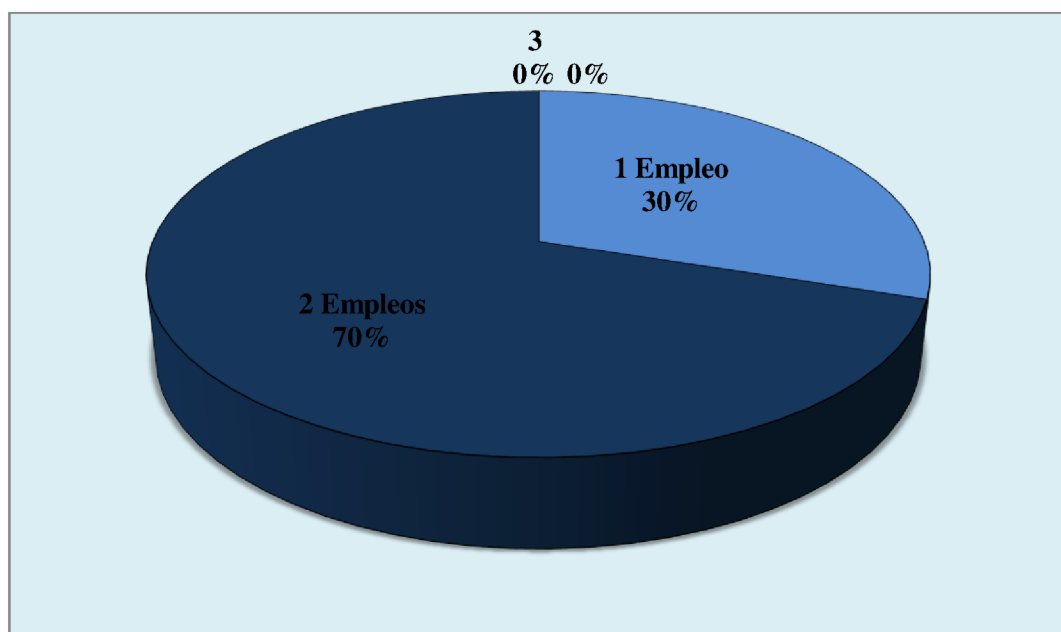


Elaboración propia

Descripción: El gráfico muestra que es ampliamente superior el número de licenciados ante los enfermeros universitarios, esto nos marca que la gran mayoría del plantel de enfermería tiene los conocimientos necesarios para abordar este tipo de pacientes con calidad y seguridad. No hay en el sector ni auxiliar ni especialistas.

Tabla 6. Cantidad de empleos que poseen los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
<b>Cuantos empleos posee</b>	1 empleo	6	30%
	2 empleos	14	70%
	3 empleos	0	0%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

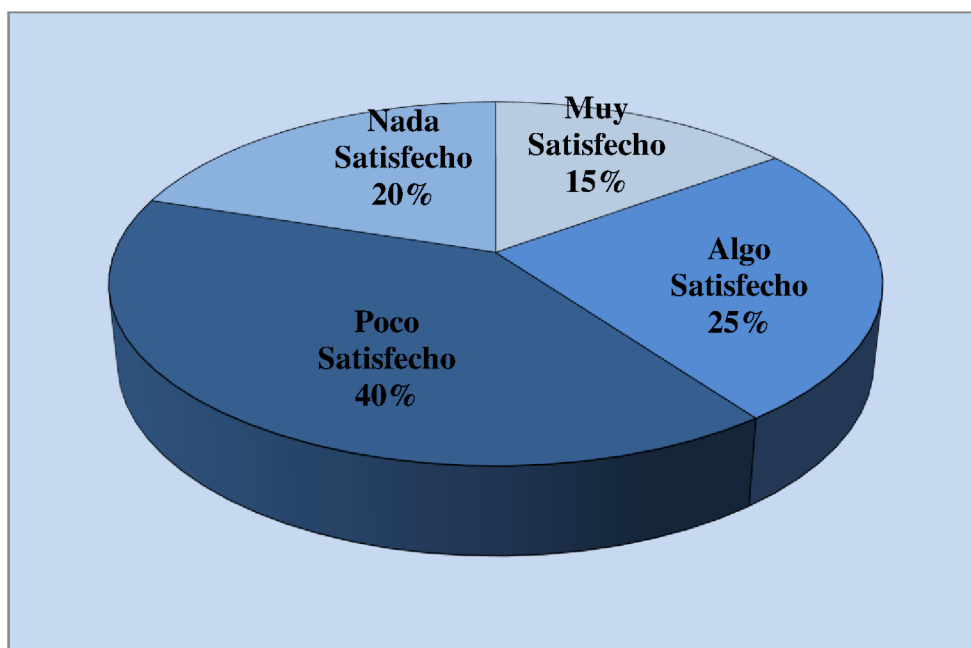


Elaboración propia

Descripción: Se observa que el 70% de los enfermeros posee un solo empleo, mientras que el 30% restante posee 2. Esto es importante a la hora de evaluar la carga que tiene cada uno de ellos a la hora de desempeñar sus cuidados.

Tabla 7. Nivel de satisfacción laboral de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
<b>Nivel de Satisfacción Laboral</b>	Muy Satisfecho	3	15%
	Algo Satisfecho	5	25%
	Poco Satisfecho	8	40%
	Nada Satisfecho	4	20%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

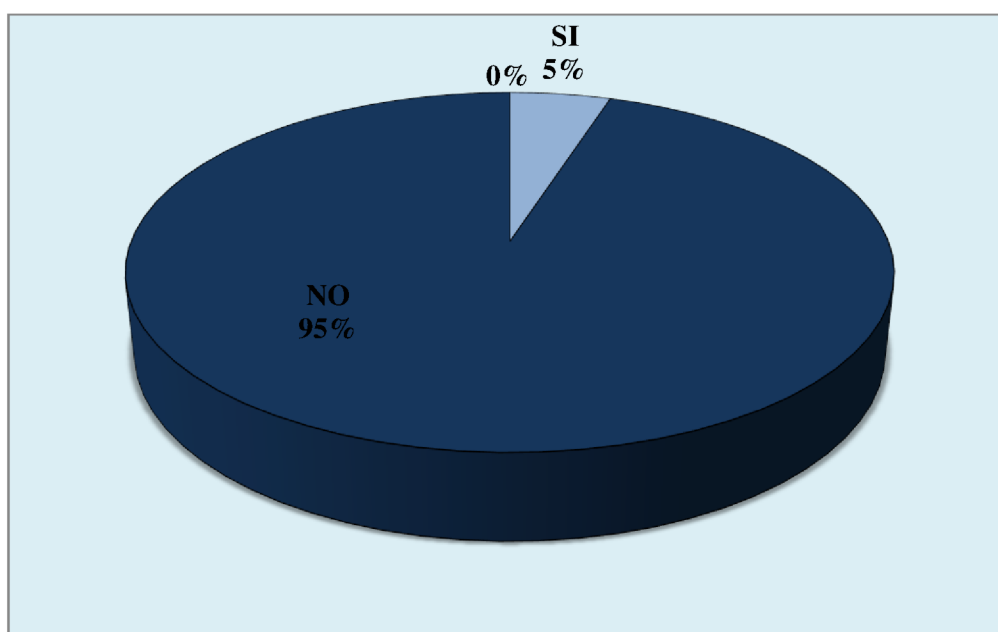


Elaboración propia

Descripción: Se puede decir que la mayoría de los enfermeros, 40% está poco satisfecho con su labor, y si sumamos las variables negativas de algo y nada satisfecho crece considerablemente esta cifra; lo cual nos supone un problema ya que un profesional poco satisfecho con su trabajo no rinde de la misma manera.

Tabla 8. Actualización de los procedimientos que tienen los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

<b>Código</b>	<b>Valor</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
Actualización de procedimientos en su trabajo	SI	1	60%
	NO	19	40%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

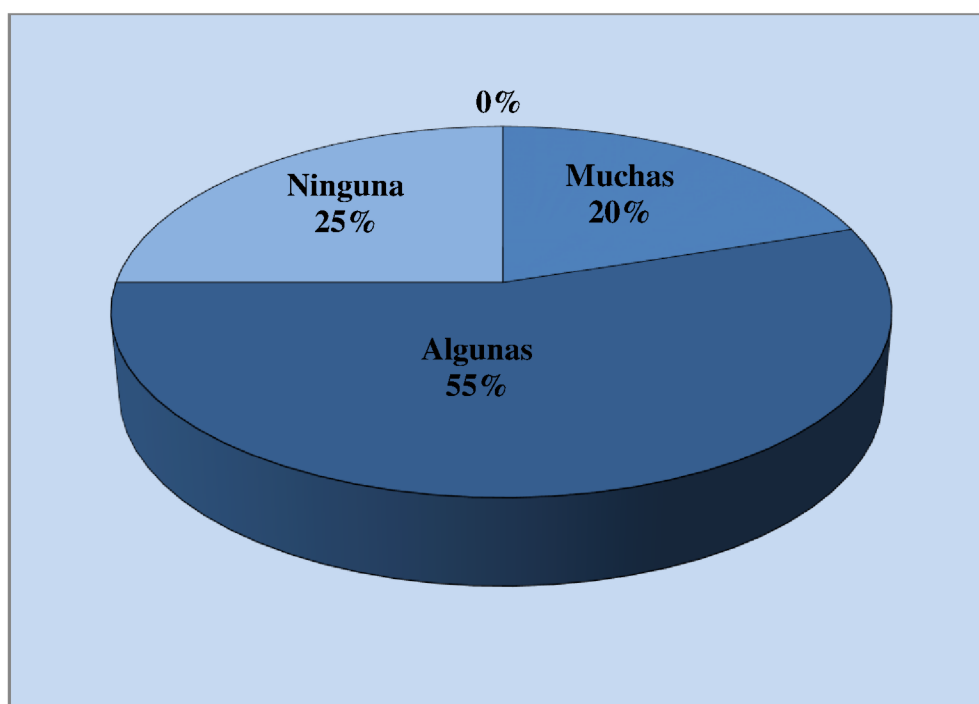


Elaboración propia

Descripción: El siguiente grafico deja observar que el 95% de los enfermeros encuestados dice no poseer actualizaciones acerca de los cuidados y procedimientos de parte de la institución, y un 5% que dice que si los posee; lo que es verdaderamente preocupante para realizar cuidados de calidad a los pacientes

Tabla 9. Actualización de procedimientos de manera externa de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Actualización de procedimientos externamente	Muchas	4	20%
	Algunas	11	55%
	Ninguna	5	25%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

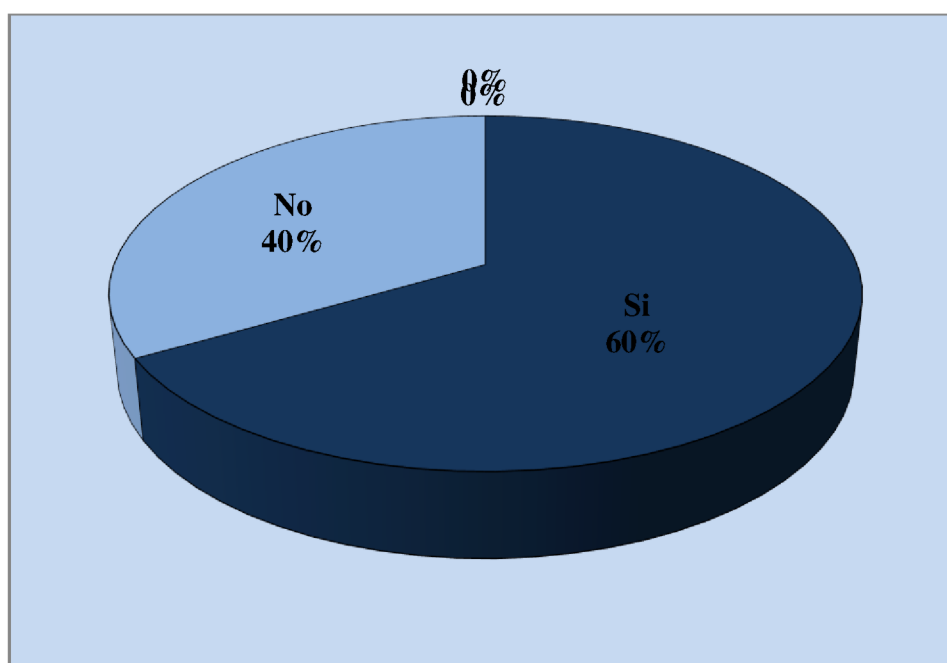


Elaboración propia

Descripción: Se observa que más de la mitad de los enfermeros no posee actualizaciones de los procedimiento que realiza externamente.

Tabla 10. Realización de Check List de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Realizan Check List en el Sector	SI	12	60%
	NO	6	40%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

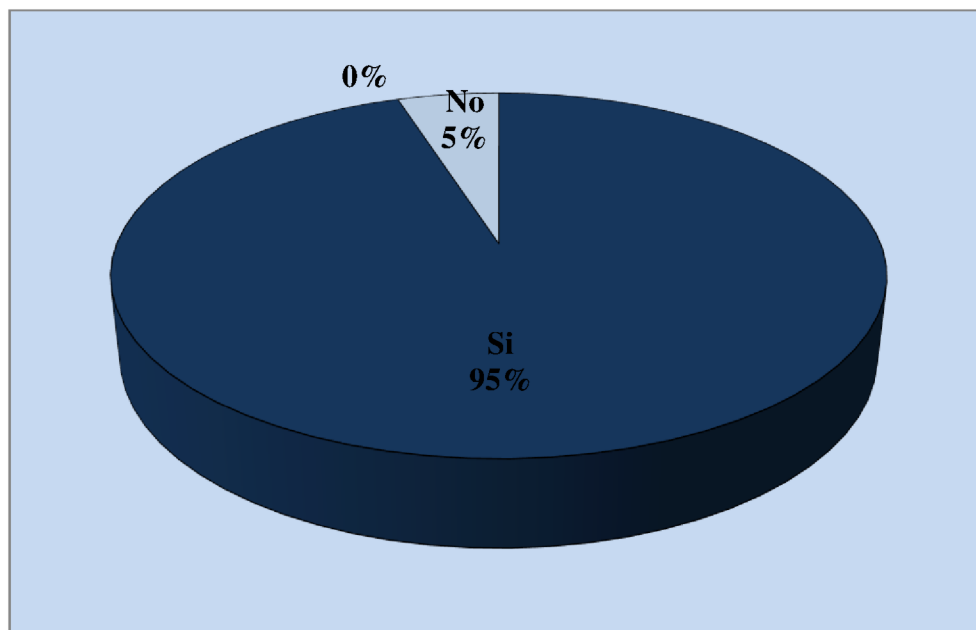


Elaboración propia

Descripción: Se observa que el 60% del plantel de enfermería, realiza los check list necesarios para un cuidado de calidad, mientras que es preocupante el otro 40 % que no los realiza.

Tabla 11.Revision de los datos de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa los datos del paciente correcto	SI	19	95%
	NO	1	5%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



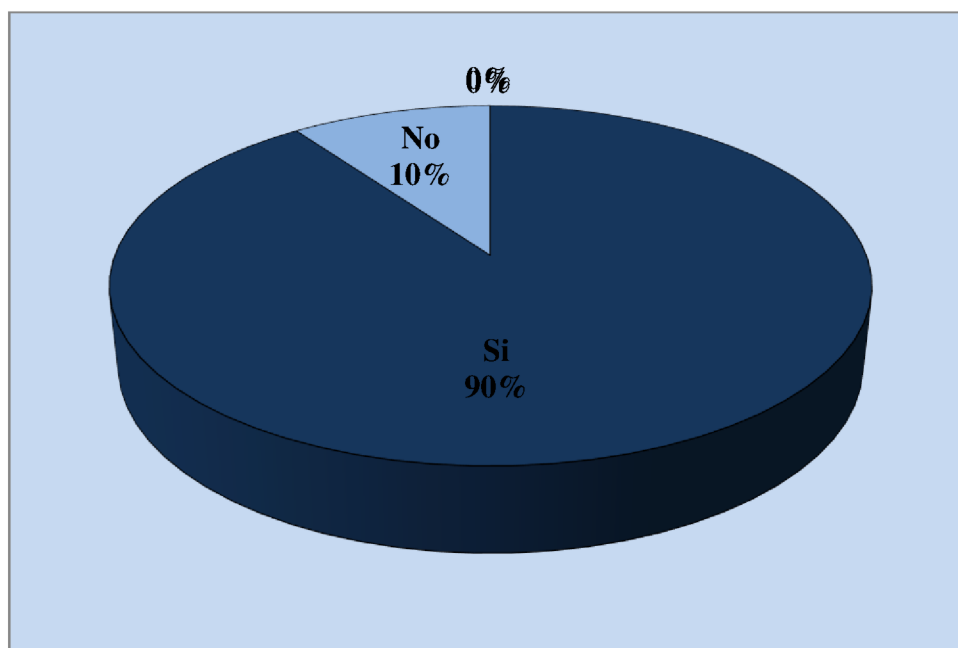
Elaboración propia

Descripción: Como podemos observar la gran mayoría del plantel de enfermería revisa y chequea que los datos del paciente sean los correctos antes de comenzar el procedimiento. Solo el 5% no lo realiza.



Tabla 12: Revisión de los protocolos según pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa que el protocolo sea el correcto del pte	SI	18	90%
	NO	2	10%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

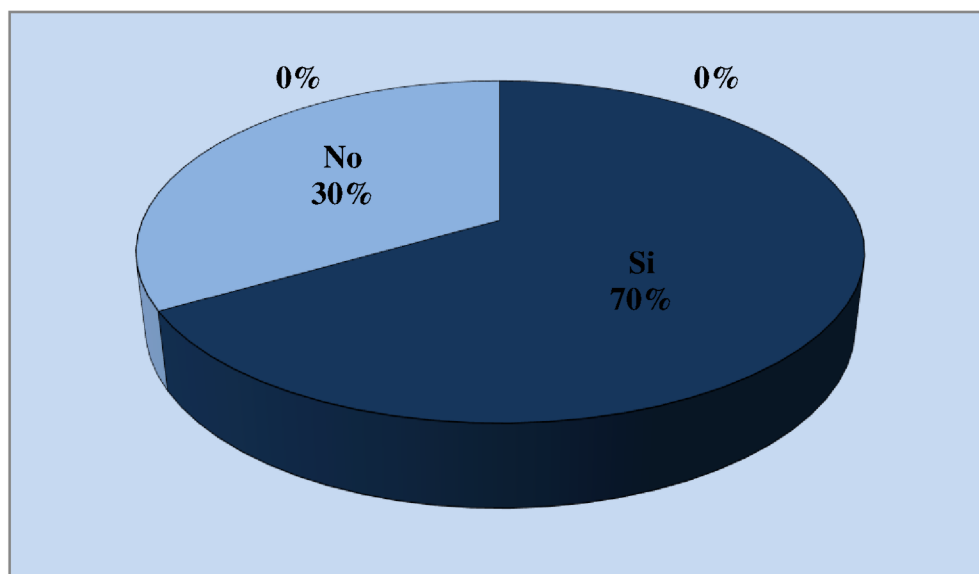


Elaboración propia

Descripción: La gran mayoría de los enfermeros del sector de oncología, revisa que el protocolo del paciente sea el correcto. Mientras que solo un 10% no lo realiza.

Tabla 13: Revisión de los protocolos según drogas y dosis de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa el protocolo según drogas y dosis respectivas	SI	14	70%
	NO	6	30%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

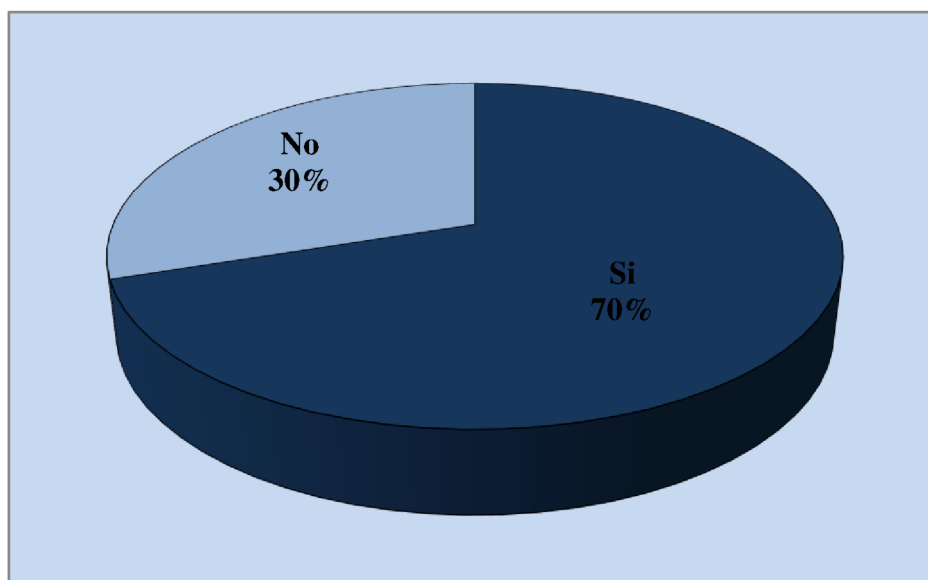


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 70% de los enfermeros revisa el protocolo según drogas y dosis respectivas; mientras que un 30% no lo hace.

Tabla 14: Revisión de los protocolos de extravasación según drogas de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa los protocolos de extravasación según dichas drogas	SI	14	70%
	NO	6	30%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

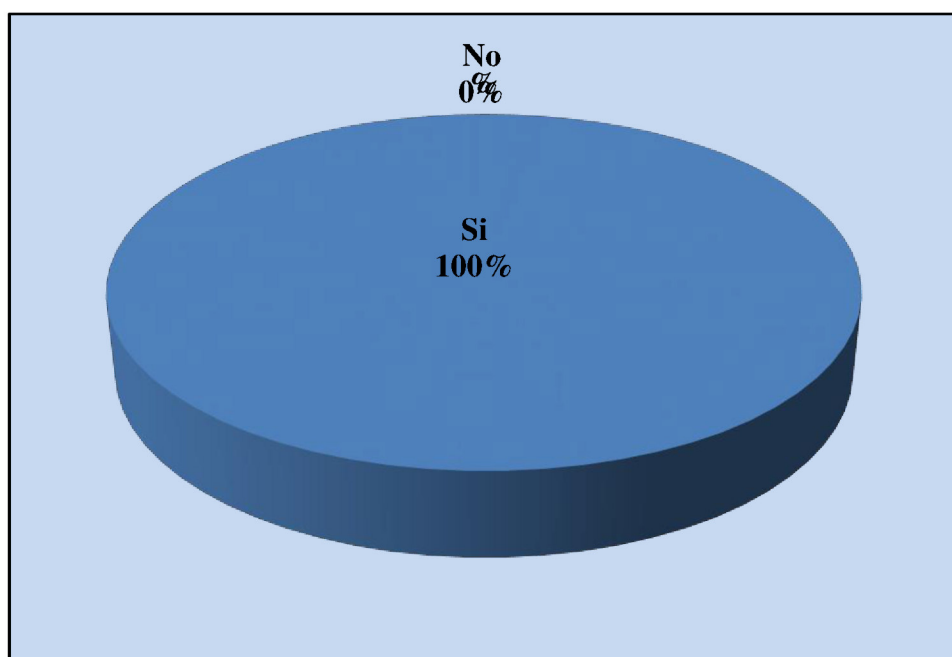


Elaboración propia

Descripción: Se puede decir que el 70% de los enfermeros del sector de Oncología revisa los protocolos de extravasación antes de comenzar con el procedimiento. Mientras que el 30 % no lo hace.

Tabal 15: Chequeo de la indicación médica de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Chequea indicación medica	SI	20	100%
	NO	0	0%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

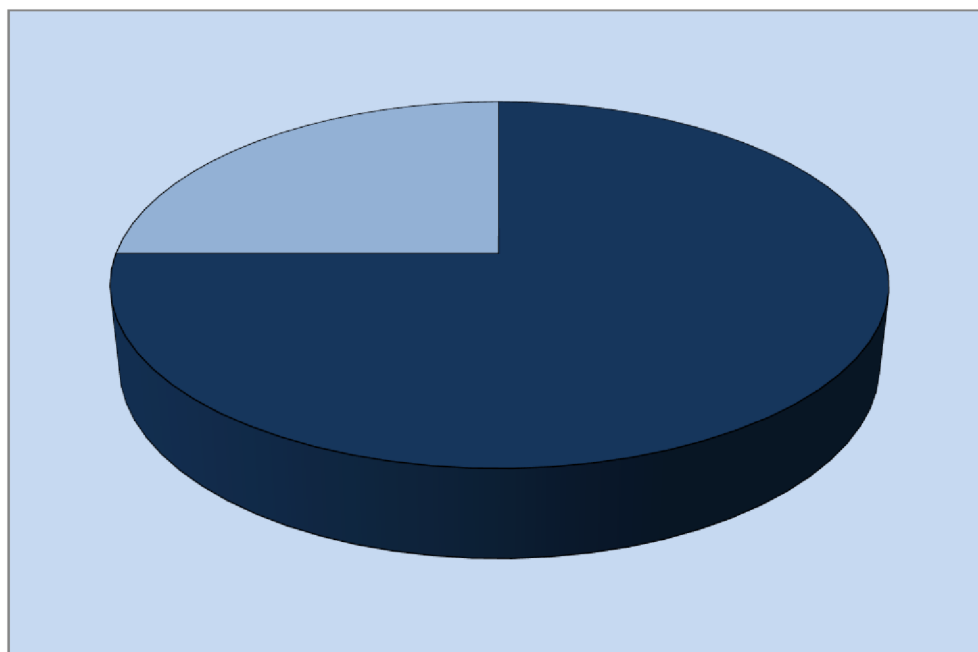


Elaboración propia

Descripción: Se puede afirmar que el 100% del plantel de enfermería chequea las indicaciones médicas.

Tabla 16: Posesión de protocolos para la preparación de Citostaticos de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Posee los protocolos de preparación de Citostaticos	SI	15	75%
	NO	5	25%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

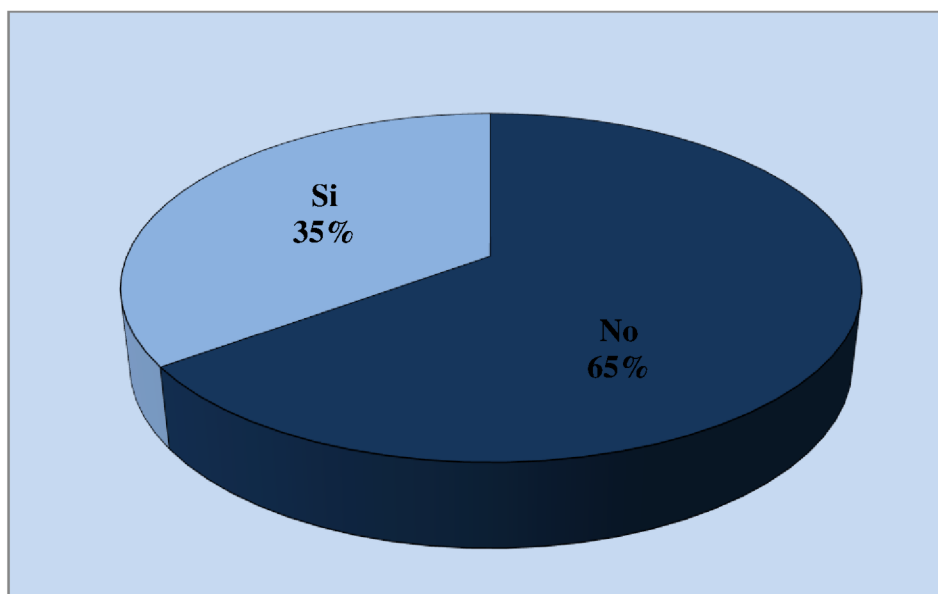


Elaboración propia

Descripción: Se observa a través del grafico que el 75% de los enfermeros del sector poseen los protocolos para Citostaticos; mientras que una porción menor, el 25%, reconoce no poseerlos.

Tabla 17: Señalización con etiquetas de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Señaliza con etiquetas con datos( nombre del pte, principio activo del fármaco, dosis, dilución, tiempo, fecha y hora)	SI	7	35%
	NO	13	65%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

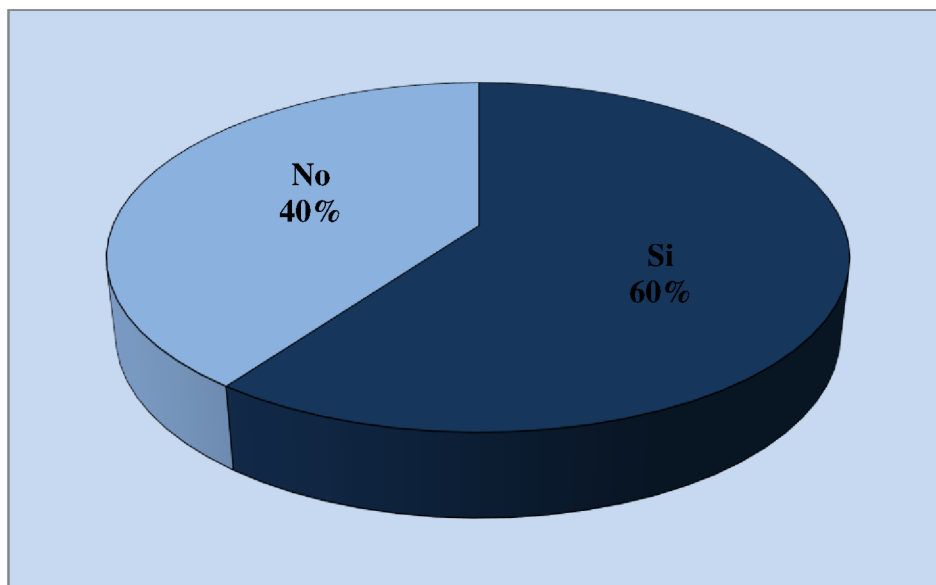


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 65% de los enfermeros no señala con etiquetas con datos del paciente; y el 35% si lo realiza.

Tabla21: Revisión de fecha y estabilidad de la solución de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa, según protocolo, la fecha de preparación y estabilidad de la solución	SI	12	60%
	NO	8	40%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



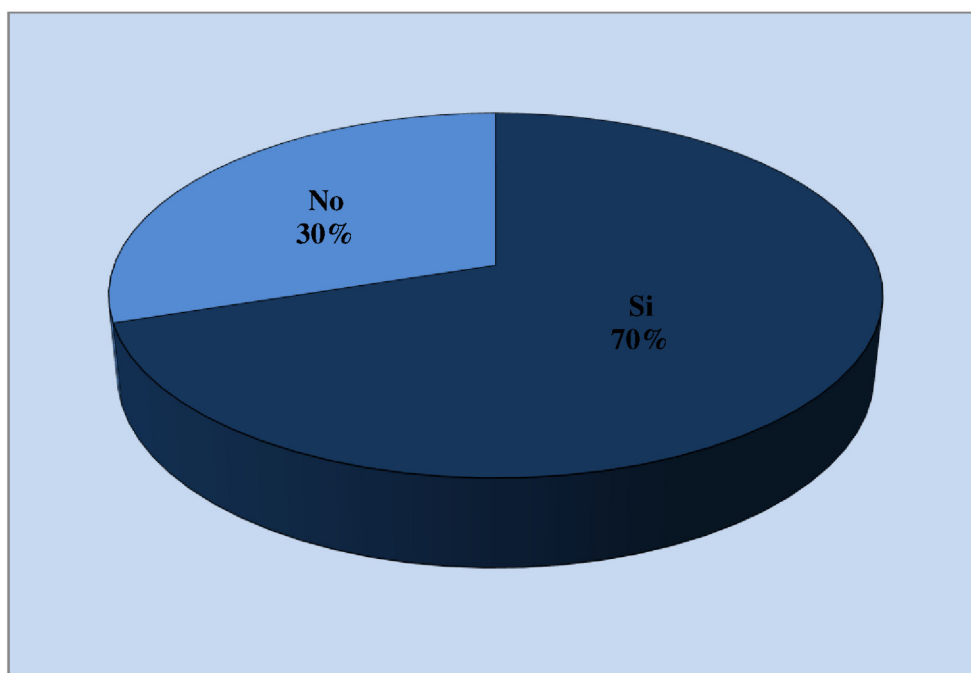
Elaboración propia

Descripción: El gráfico demuestra que el 60% de los enfermeros del plantel revisa, según protocolo, la fecha de preparación y estabilidad de la solución; mientras que el 40% no lo hace.

## Matriz 2

Tabla22. Revisión de la ficha clínica de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa la ficha clínica del pte	SI	14	70%
	NO	6	30%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



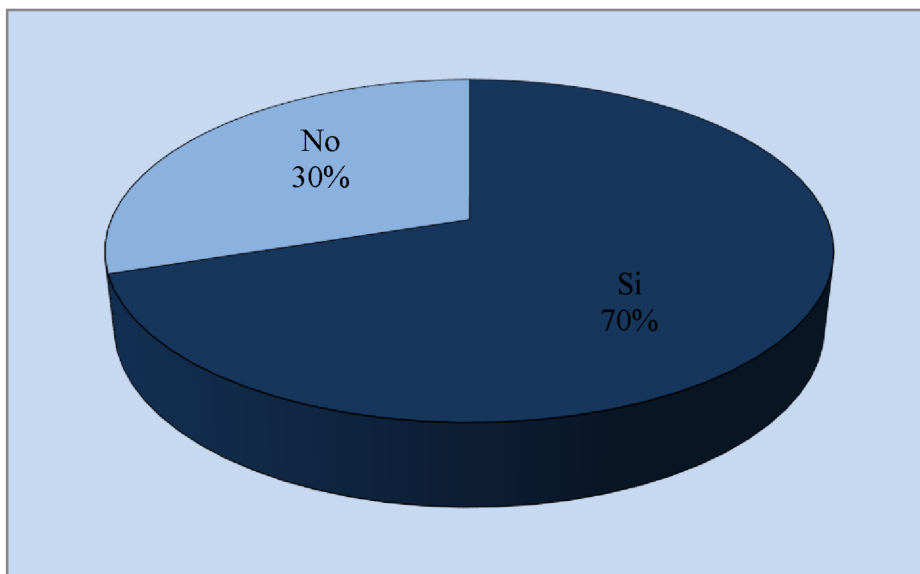
Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 70% de los enfermeros revisa la ficha del Pte; mientras que el 30% restante no lo hace.



Tabla23: Revisión de la ficha clínica de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa la ficha clínica del pte	SI	14	70%
	NO	6	30%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

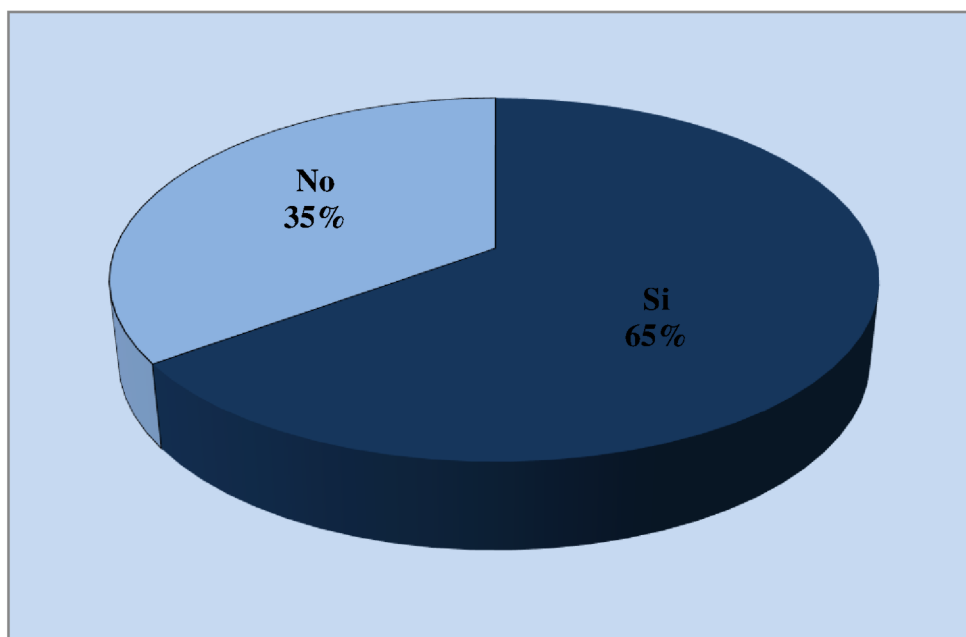


Elaboración propia

Descripción: El grafico muestra que el 70% de los enfermeros del sector revisan la ficha del paciente, mientras que el 30% no lo hace.

Tabla 24: Revisión de los consentimientos informados de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa si posee el consentimiento informado	SI	13	65%
	NO	7	35%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

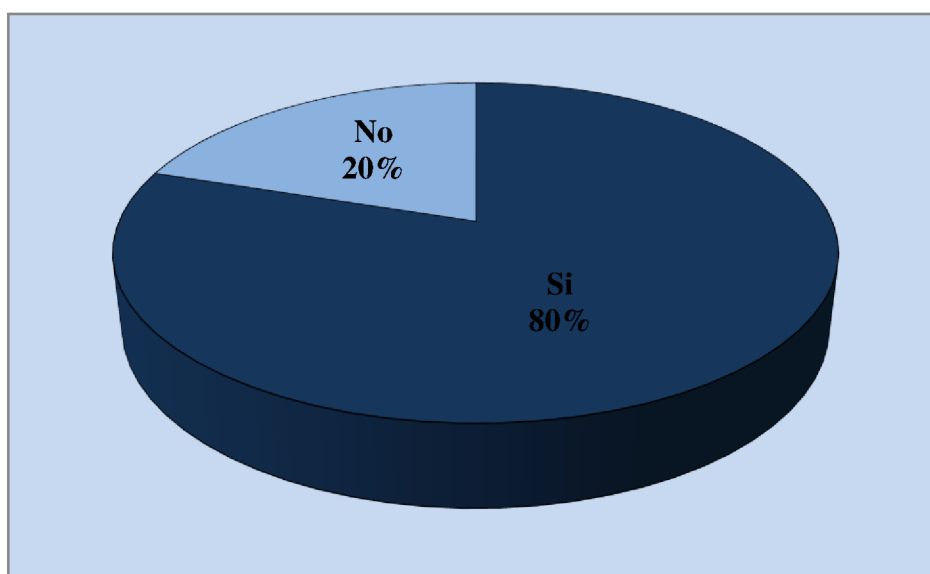


Elaboración propia

Descripción: Se puede ver que el 65% de los enfermeros del sector revisa si el paciente tiene el consentimiento informado, mientras que el 35% no lo hace

Tabla 25: Revisión del diagnóstico y etapas de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa el diagnóstico y etapa	SI	16	80%
	NO	4	20%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

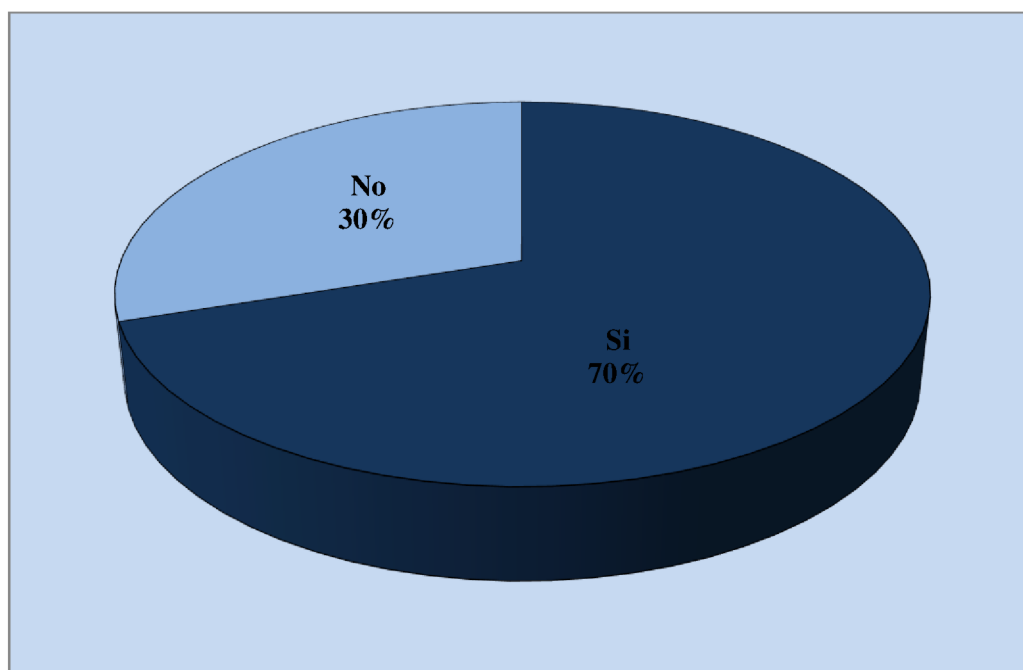


Elaboración propia

Descripción: El gráfico muestra como el 80% de los pacientes revisa el diagnóstico y etapa; mientras que el 20% no lo hace.

Tabla 26: Revisión del último laboratorio de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa ultimo laboratorio	SI	14	70%
	NO	6	30%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

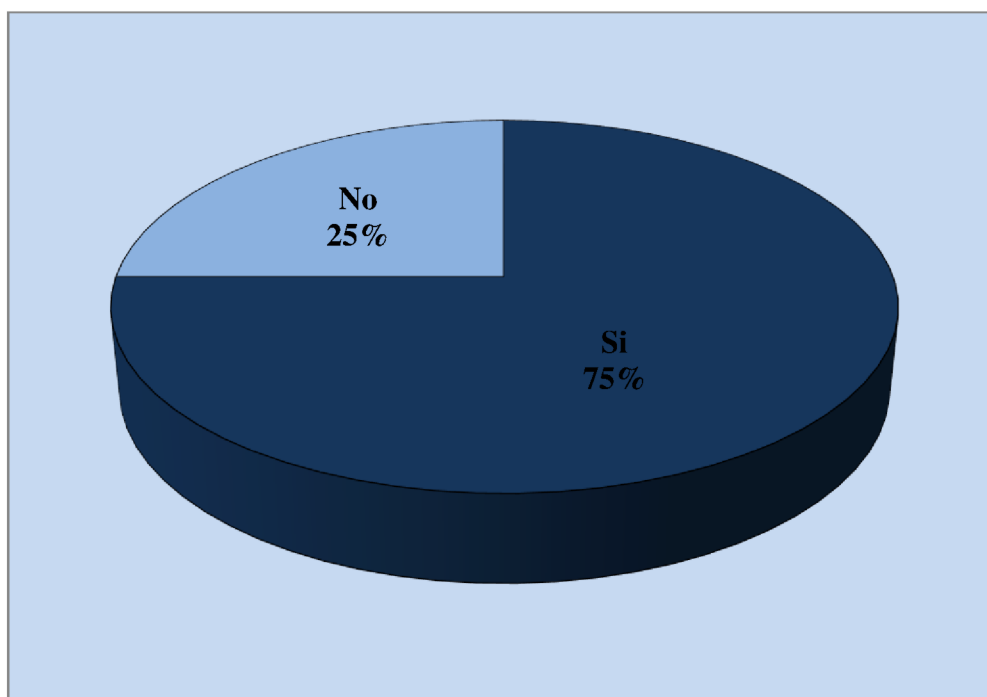


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 70% de los enfermeros del sector revisa previamente los últimos laboratorios; mientras que el otro 30% no lo hace.

Tabla27: Tareas de educación hacia el paciente y familia de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Educa al paciente y familia sobre el procedimiento a realizar	SI	15	75%
	NO	5	25%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

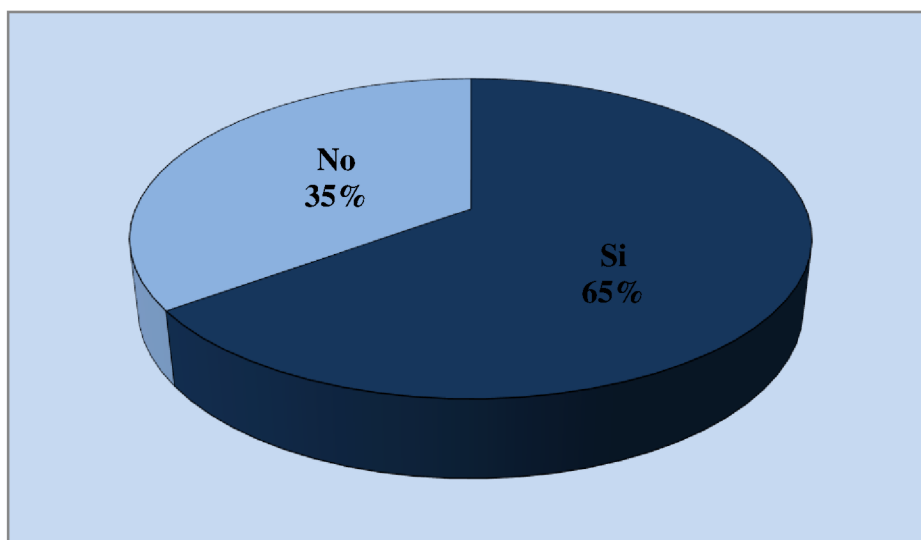


Elaboración propia

Descripción: En el grafico se observa como el 75% de los enfermeros del sector educa al paciente y a su familia acerca del procedimiento; mientras que el otro 25% no lo realiza.

Tabla 28: Revisión de la droga a infundir a los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa que la droga a infundir sea la correcta	SI	13	65%
	NO	7	35%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

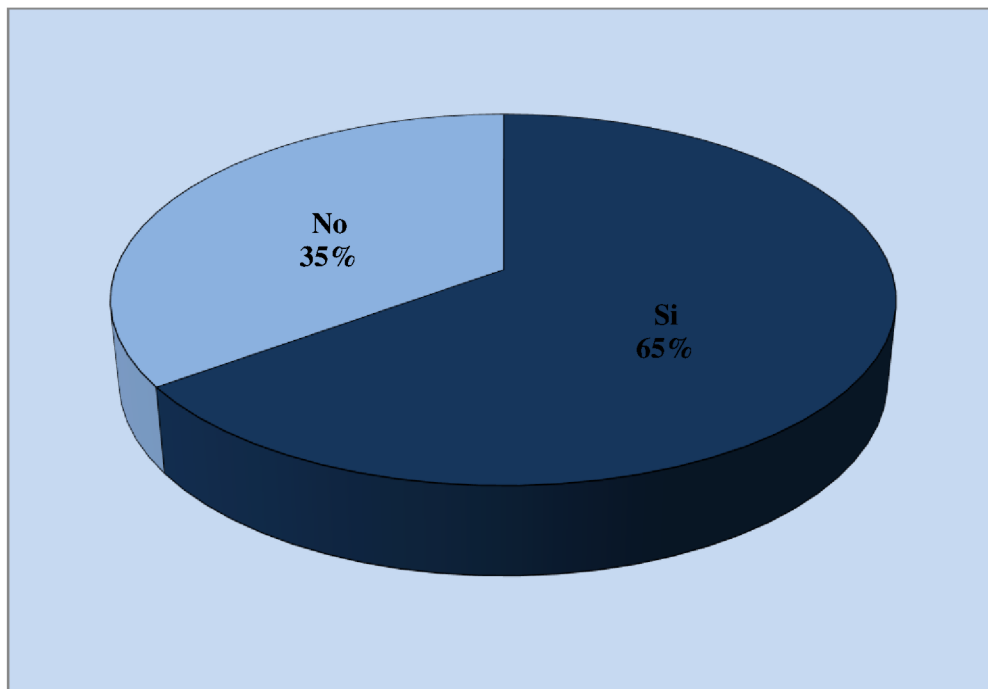


Elaboración propia

Descripción: En el grafico se demuestra como el 65% de los enfermeros revisa que la droga a infundir sea la correcta. Mientras que el 35% no lo hace.

Tabla 29: Revisión de la droga correcta a los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa que la droga a infundir sea la correcta	SI	13	65%
	NO	7	35%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

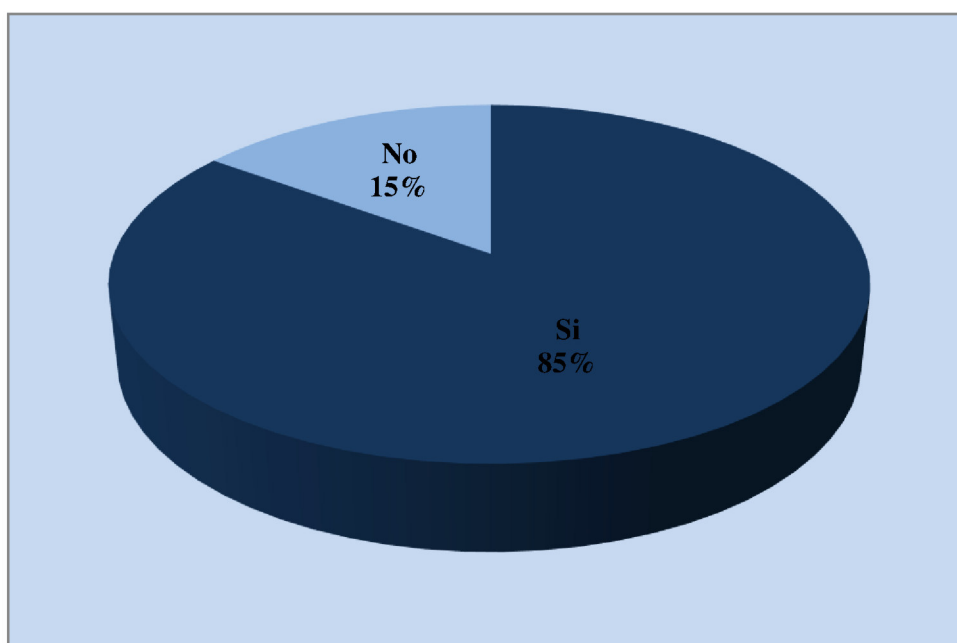


Elaboración propia

Descripción: Se puede ver a través del grafico que el 65% de los enfermeros revisa que la droga a infundir sea la correcta; mientras que el 35% no lo realiza.

Tabla 30: Verificación de la permeabilidad del acceso en los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Verifica que el acceso se encuentre permeable.	SI	17	85%
	NO	3	15%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



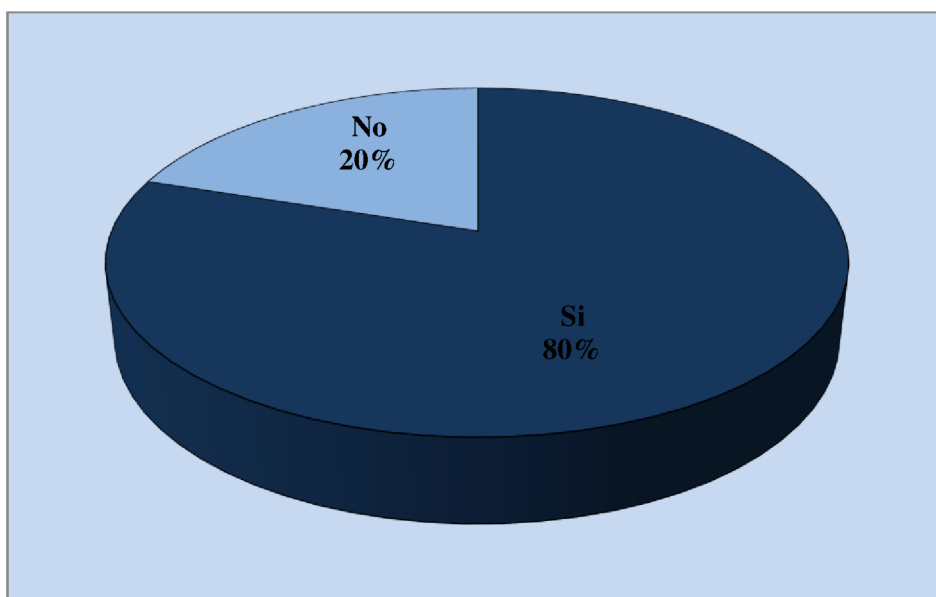
Elaboración propia

Descripción: El 85% de los pacientes verifica antes de iniciar que el catéter se encuentra permeable; mientras que el 15% no lo verifica.



Tabla 31: Administración de antieméticos o premedicación a los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Administra antieméticos o premeditación	SI	16	80%
	NO	4	20%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

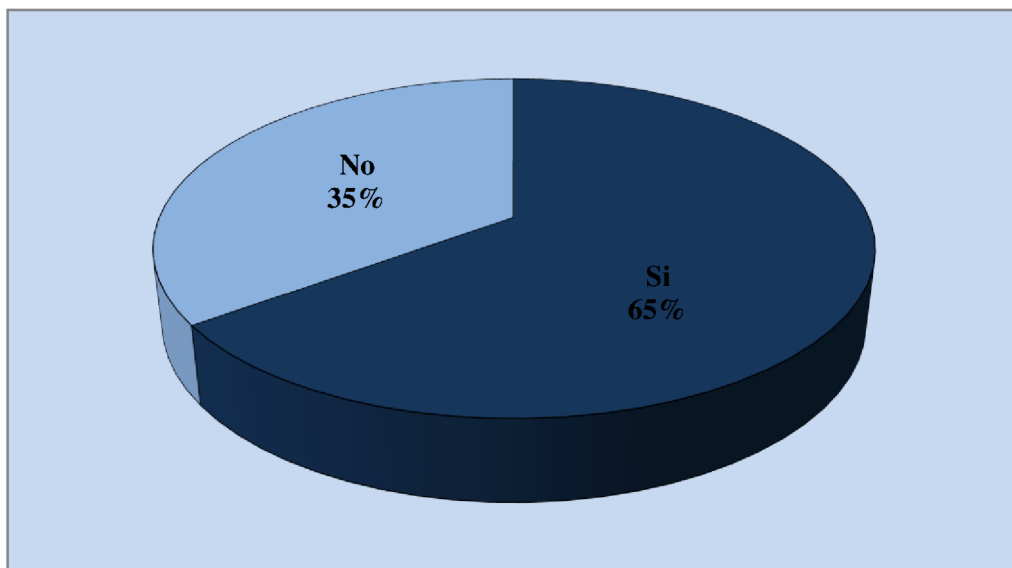


Elaboración propia

Descripción: El gráfico demuestra que el 80% de los enfermeros del sector administra antieméticos o premedicación; mientras que el 20% no lo realiza.

Tabla 32: Revisión de la bomba de infusión de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Revisa que la bomba de infusión funcione correctamente	SI	13	65%
	NO	7	35%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

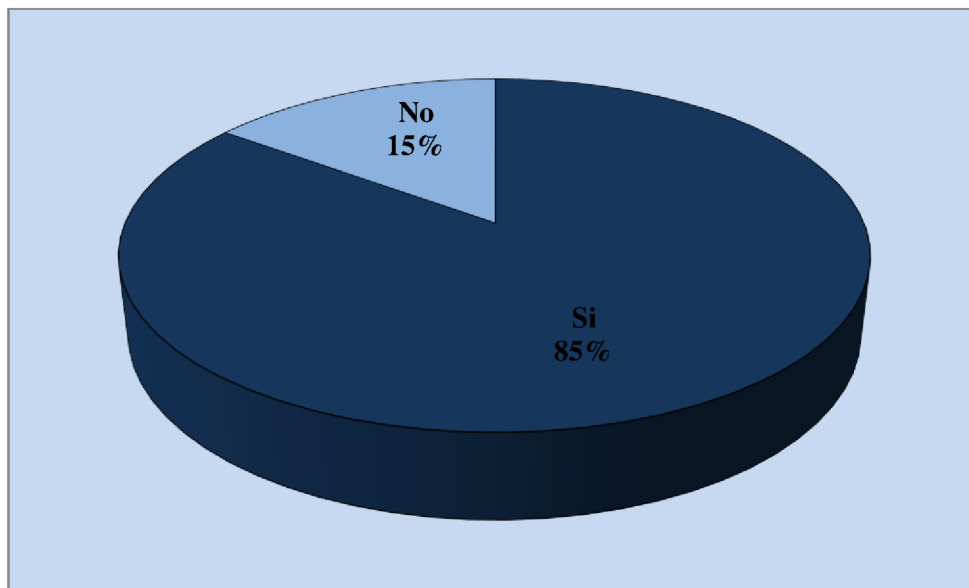


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 65% de los enfermeros del sector revisa la bomba de infusión antes de comenzar el procedimiento; mientras que el 35% no lo realiza.

Tabla 33: Posesión del EPP de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Posee el EPP adecuado	SI	17	85%
	NO	3	15%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

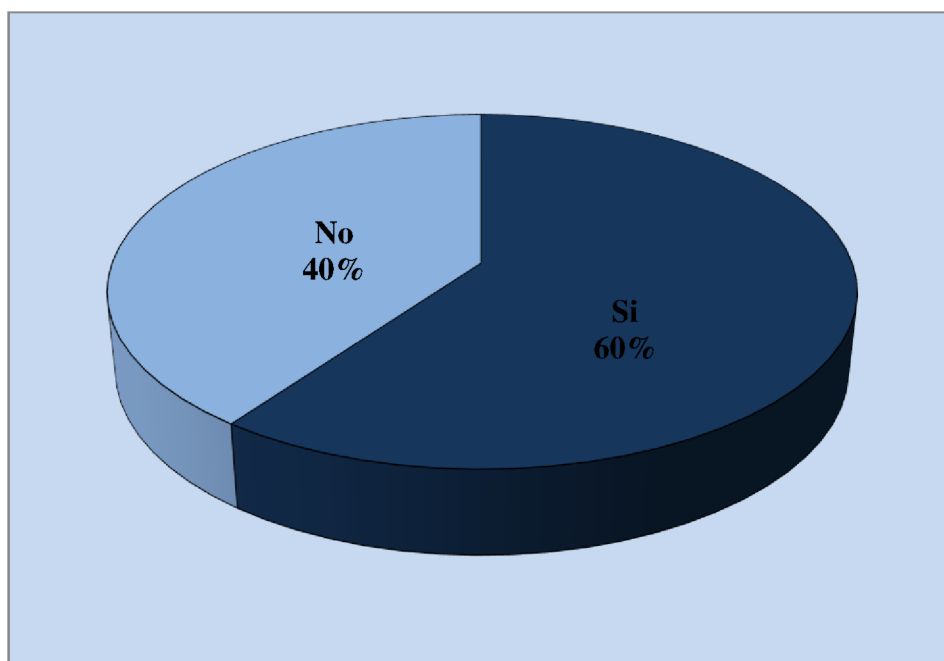


Elaboración propia

Descripción: El gráfico demuestra que el 85% de los enfermeros posee el EPP adecuado; mientras que el 15% no lo utiliza.

Tabla 34: Control a los pacientes durante el pasaje de quimioterapia de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Durante el pasaje realiza controles al paciente.	SI	12	60%
	NO	8	40%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

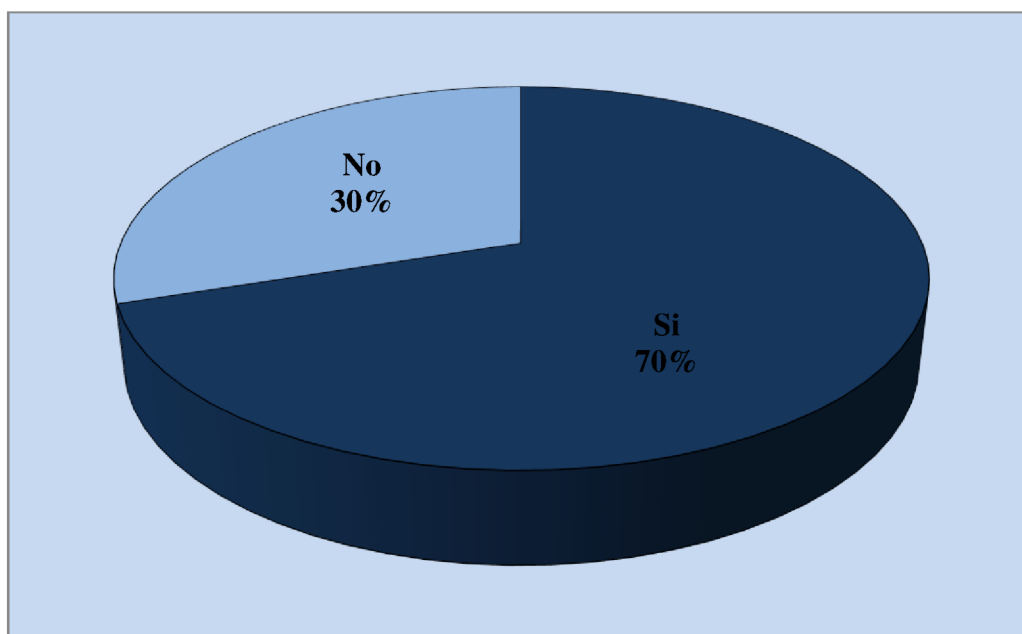


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 60% de los enfermeros controla al paciente durante el pasaje; mientras que el 40% restante no lo hace.

Tabla 35: Eliminación de medicación y elementos de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes.

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Descarta correctamente elementos y medicación	SI	14	70%
	NO	6	30%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

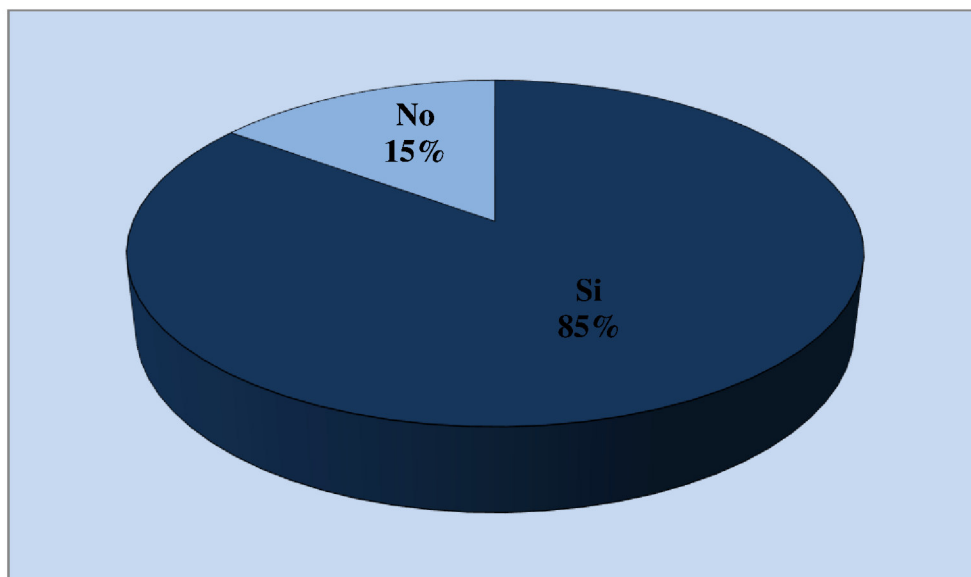


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 70% de los enfermeros descarta correctamente elementos y medicación; mientras el otro 30% no lo hace.

Tabla 36: Registro de procedimientos de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Registra todo el procedimiento	SI	17	85%
	NO	3	15%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

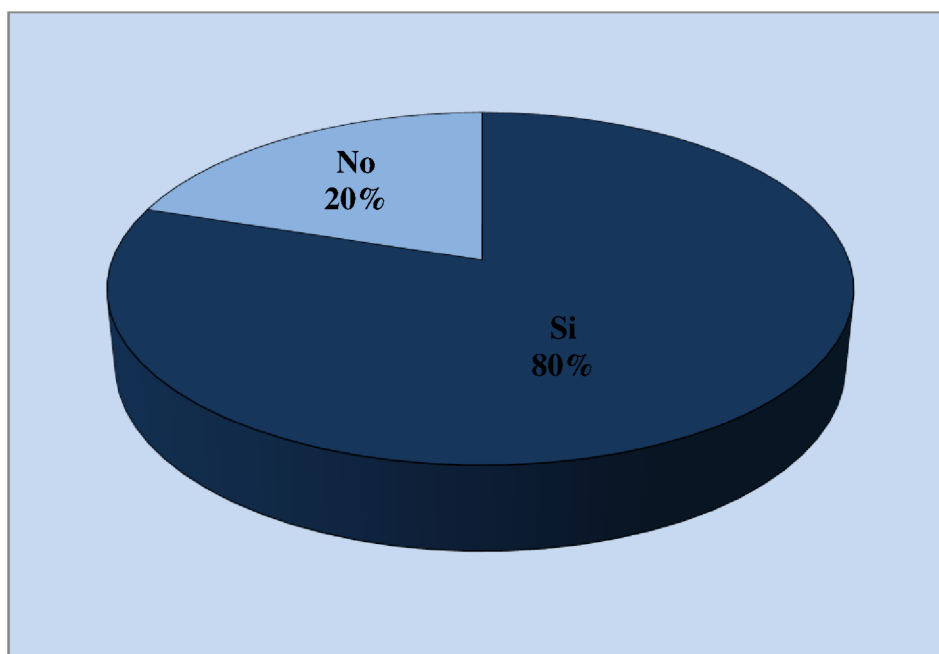


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 85% de los enfermeros registra todo el procedimiento; mientras que el otro 15% no lo realiza.

Tabla 37: Control al paciente post quimioterapia de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Vuelve a controlar al paciente post-pasaje de quimio	SI	16	80%
	NO	4	20%
	<b>Total general</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>



Elaboración propia

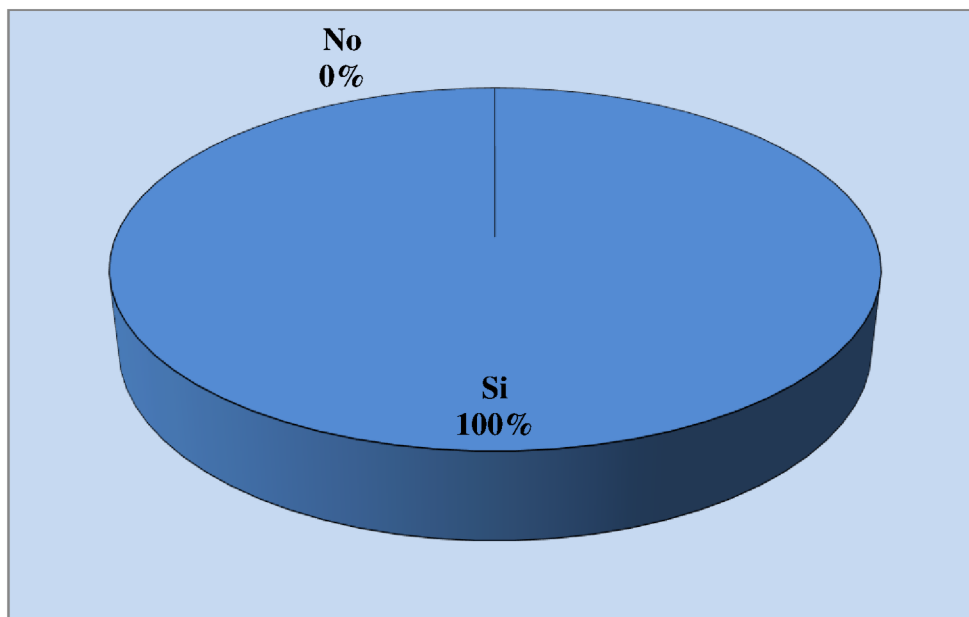
Descripción: El grafico demuestra que el 80% de los enfermeros vuelve a controlar al paciente post pasaje de quimio; mientras que hay un 20% que no lo realiza.

## Matriz 4

## Nauseas

Tabla 38: Información al médico sobre la aparición de nauseas en los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
.Informo al médico de su aparición	SI	11	100%
	NO	0	0%
	<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>



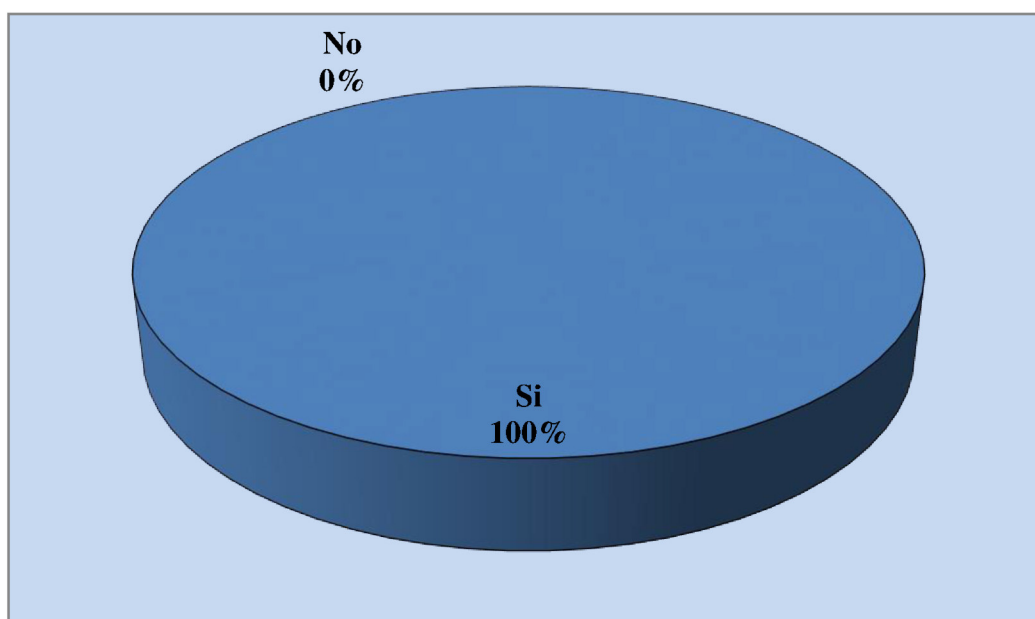
Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 100% de los enfermeros avisa al médico.



Tabla 39: Administración de antieméticos a los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Administro antieméticos(antes, durante, después)	SI	11	100%
	NO	0	0%
	<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

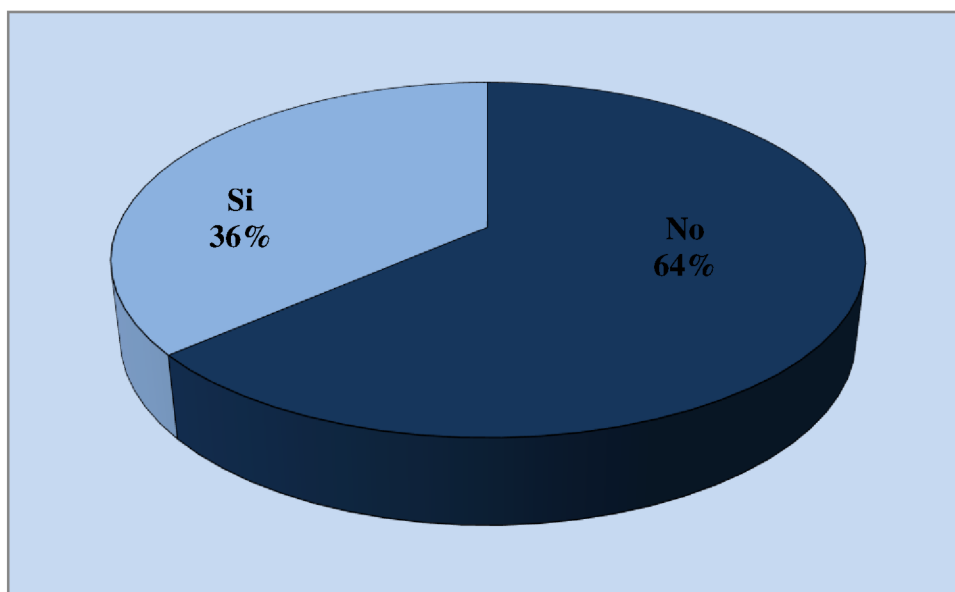


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el total de los enfermeros, 100%, administra antieméticos (antes, durante y después).

Tabla 40: Recomendación sobre alimentación a los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Recomendó al paciente bebidas frías o galletas saladas	SI	4	36%
	NO	7	64%
	<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

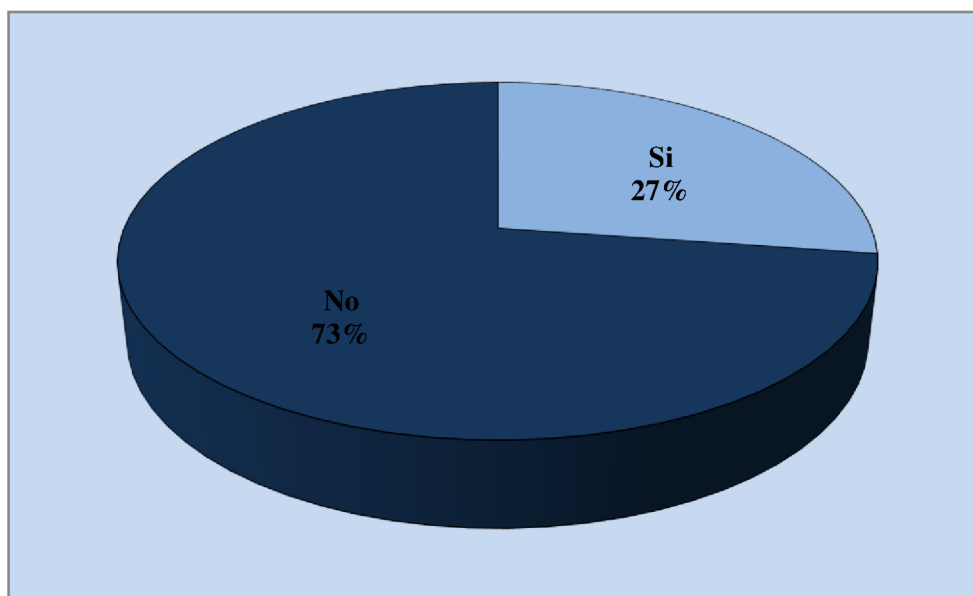


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 80% de los enfermeros del sector No educa al paciente sobre la alimentación cuando tiene nauseas post quimio. Mientras que el 20% si lo hace.

Tabla 41. Recomendación de hábitos a los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Recomendó, en la medida de lo posible, ventilar la habitación	SI	3	27%
	NO	8	73%
	<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>



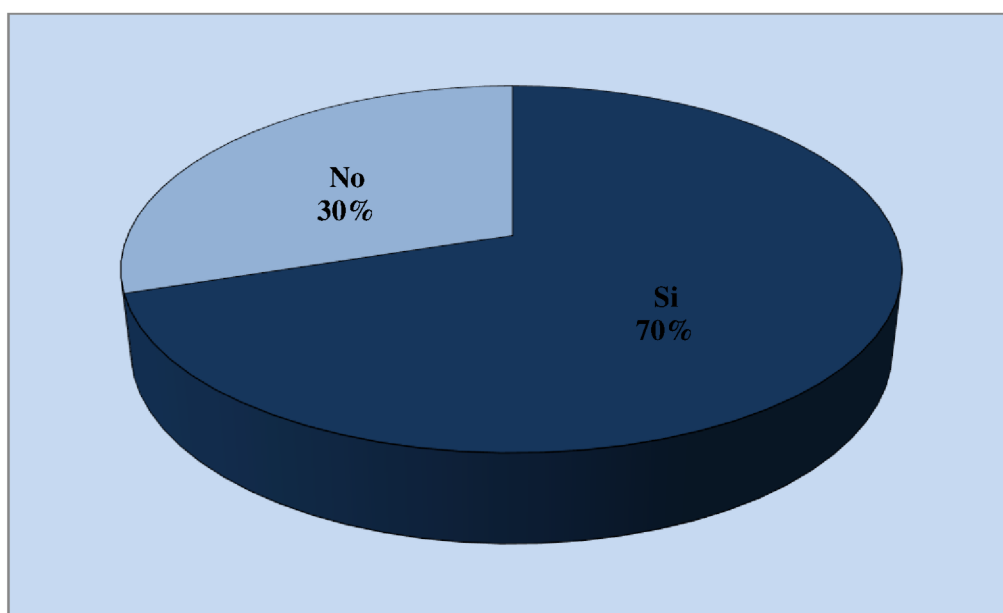
Elaboración propia

Descripción: El gráfico demuestra que el 72% de los enfermeros del sector educa al paciente con la posibilidad de ventilar la habitación para mejorar la circulación del aire y cesan las náuseas; mientras que el 27% restante no lo hace.

Vómitos:

Tabla 42. Valoración de la aparición de vómitos en los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Valoro la aparición de los mismos	SI	7	70%
	NO	3	30%
	<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

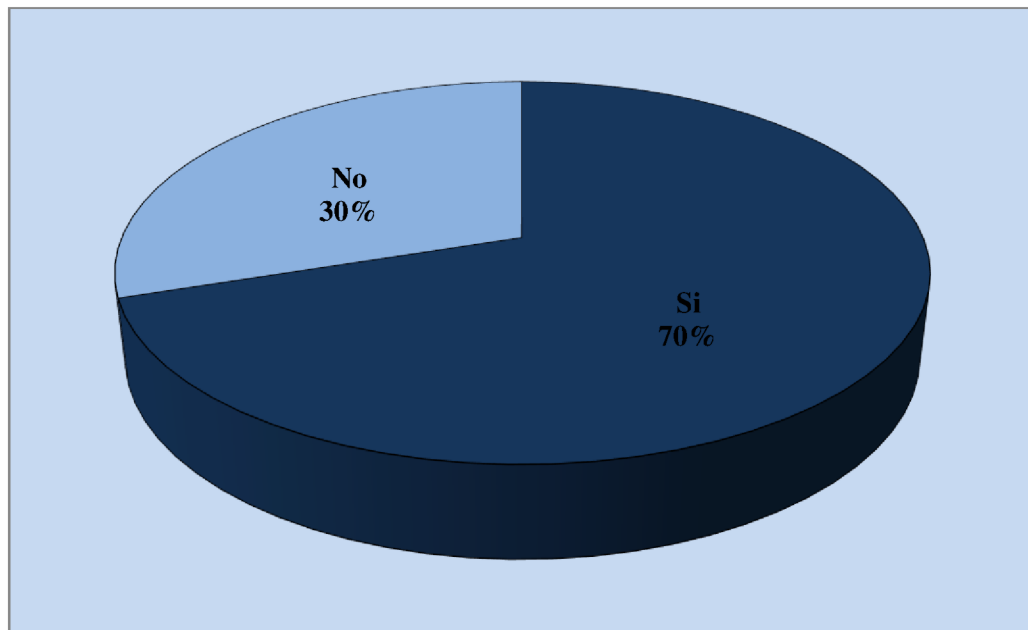


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 70% de los enfermeros del sector valora la aparición de los vómitos; mientras que el 30% restante no lo realiza.

Tabla 43. Valoración de los vómitos de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Valoro tiempo, cantidad, y aspecto de los mismos	SI	7	70%
	NO	3	30%
	<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

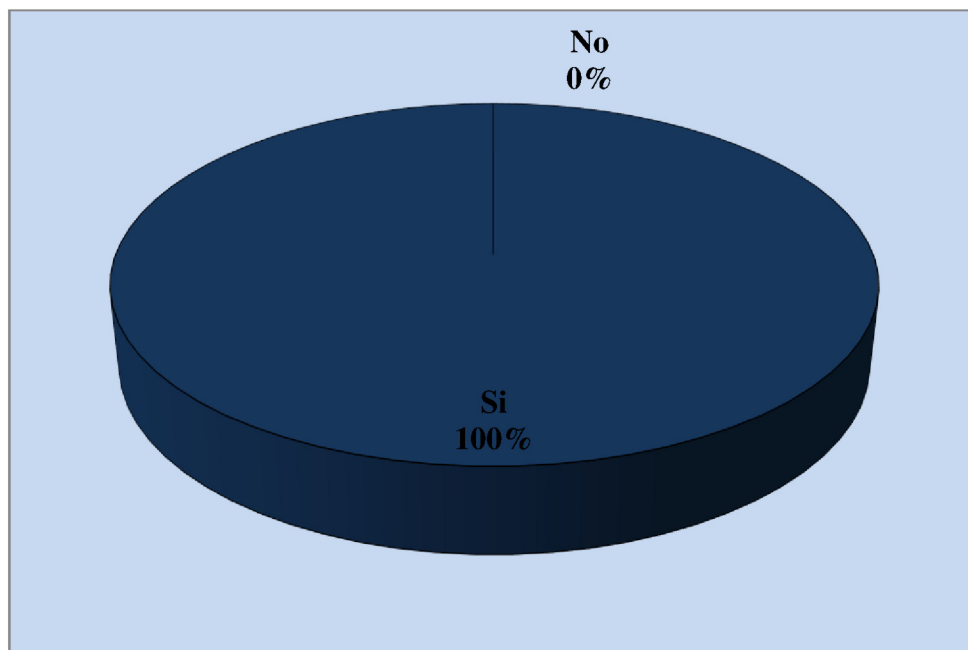


Elaboración propia

Descripción: el grafico demuestra que el 70 % de los enfermeros Valoro tiempo, cantidad aspecto de los mismos; mientras que el otro 30% no lo hizo.

Tabla 44: Información de la aparición de vómitos en los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Informe al médico de su aparición	SI	100	100%
	NO	0	0%
	<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

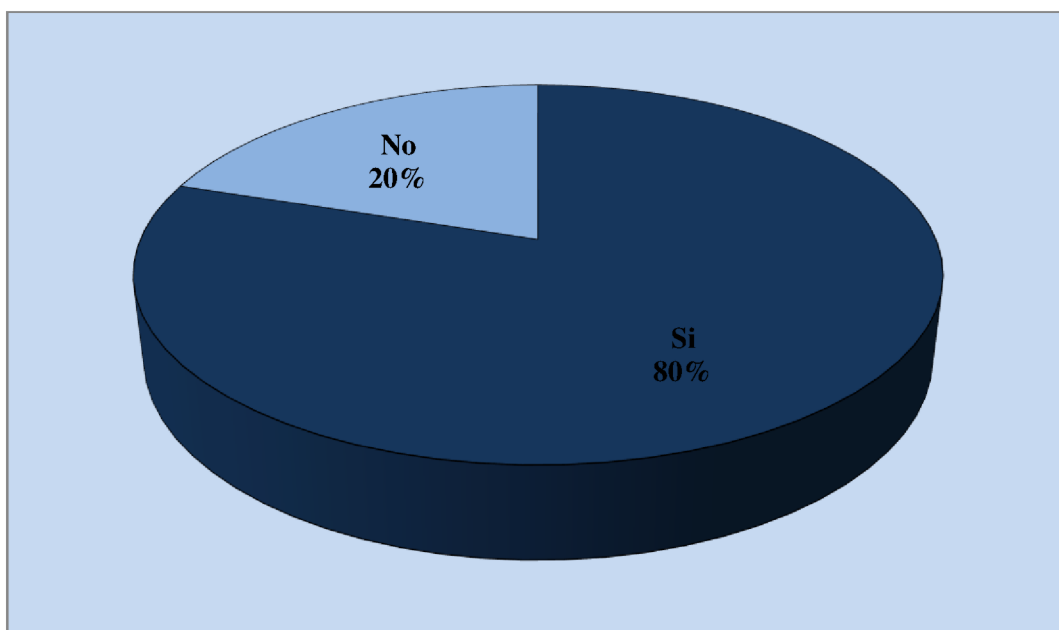


Elaboración propia

Descripción: El grafico nos demuestra que el 100% de los enfermeros avisa al médico.

Tabla 45. Evaluación de la hidratación de los pacientes con vómitos de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Evaluó la hidratación del paciente	SI	8	80%
	NO	2	20%
	<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

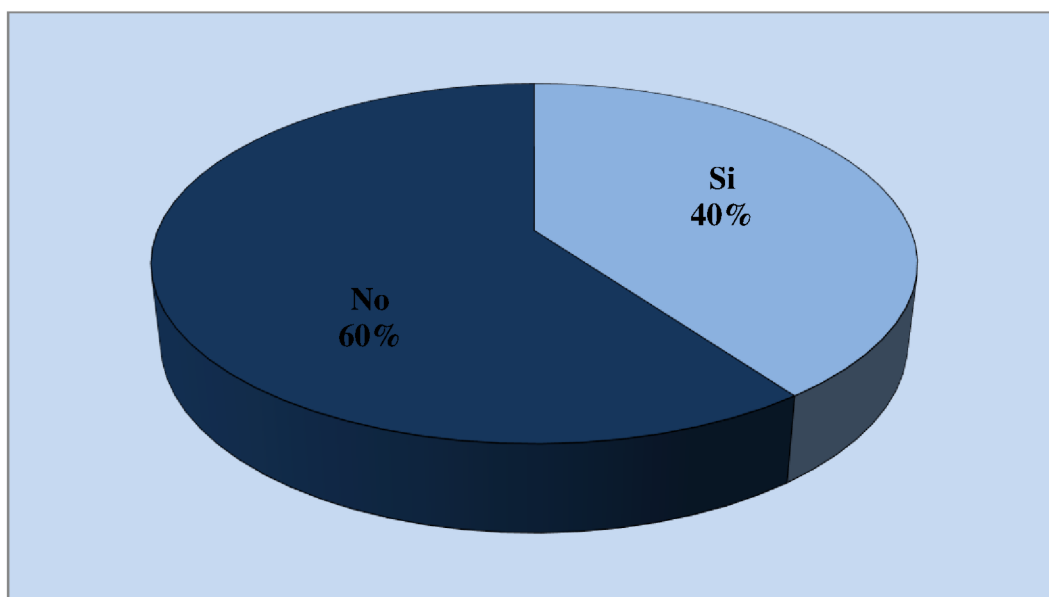


Elaboración propia

Descripción: Mediante el grafico se puede ver que el 80% de los enfermeros evaluó la hidratación del paciente; mientras que el otro 20% no lo realizo.

Tabla 46. Educación sobre la alimentación cuando aparecen los vómitos en los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Educo sobre cómo debe ser la alimentación del paciente	SI	4	40%
	NO	6	60%
	<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>



Elaboración propia

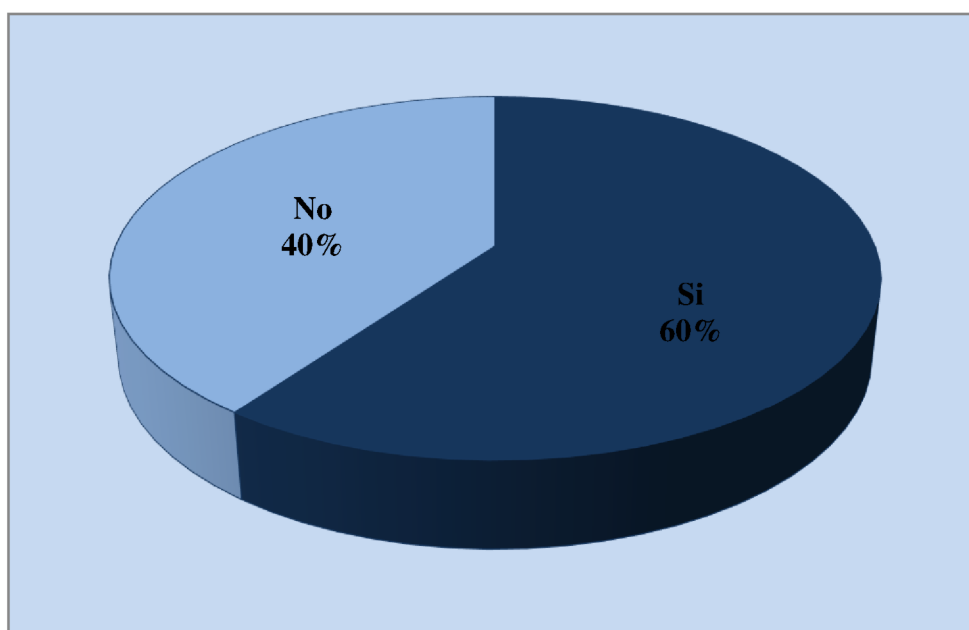
Descripción: El grafico demuestra que el 60% de los enfermeros del sector no educó al paciente acerca de su alimentación; mientras que el 40% si lo hizo.



Diarrea:

Tabla 47. Cuantificación de episodios de diarreas en 24 hs de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Contabilizo cuantos episodios en 24 hs	SI	6	60%
	NO	4	40%
	<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

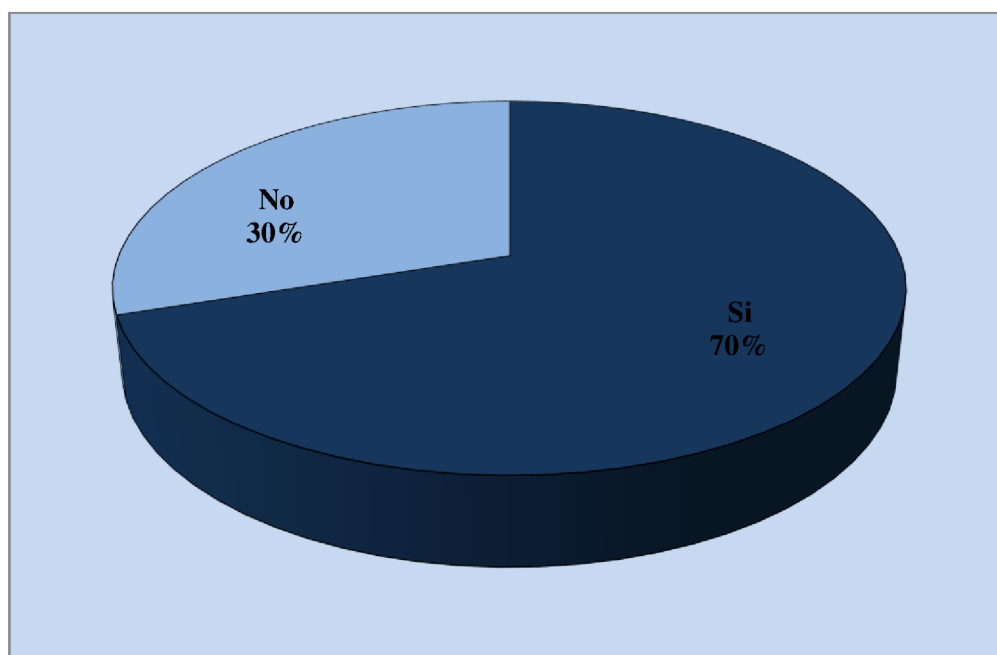


Elaboración propia

Descripción: Según el grafico el 60% de los enfermeros contabilizo los episodios en 24 hs, mientras que el otro 40%no lo realizo.

Tabla 48. Valoración de los episodios de diarrea en los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Valoro cantidad, y aspecto	SI	7	70%
	NO	3	30%
	<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

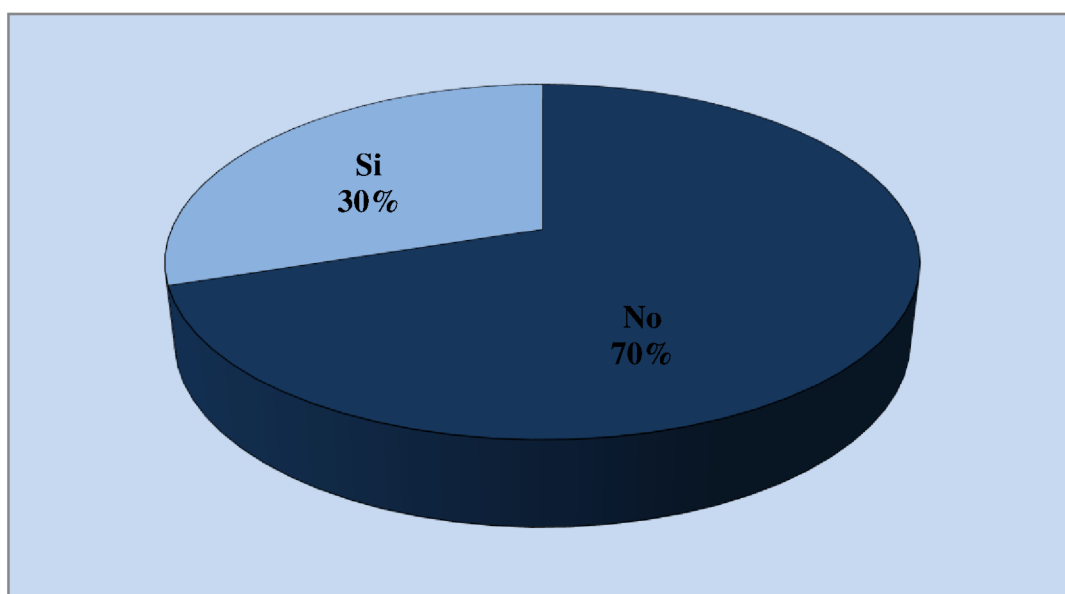


Elaboración propia

Descripción: En el grafico se demuestra que el 70 % de los enfermeros valoro la cantidad y aspecto de las deposiciones; mientras que el otro 30% no lo hizo.

Tabla 49. Educación sobre la alimentación en pacientes con diarrea de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Aconsejo al paciente dieta blanda y rica en H.de Carbono y proteínas	SI	3	30%
	NO	7	70%
	<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

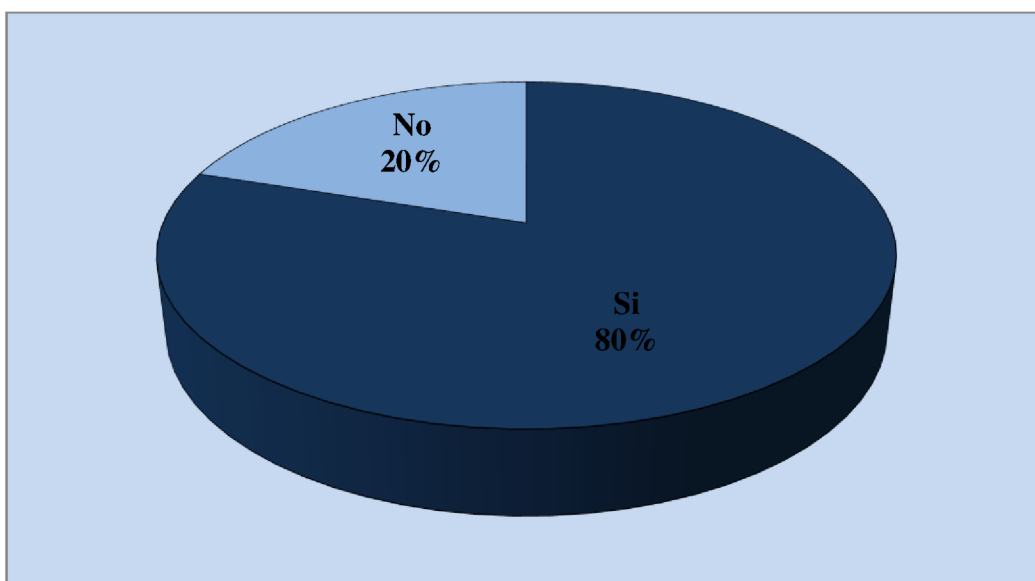


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra como el 70% de los enfermeros no Aconsejo al paciente una dieta blanda y rica en H.de Carbono y proteínas; mientras que el 30% si lo realiza.

Tabla 50. Evaluación de la hidratación del paciente con diarrea de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Evaluó la hidratación del paciente	SI	8	80%
	NO	2	20%
	<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

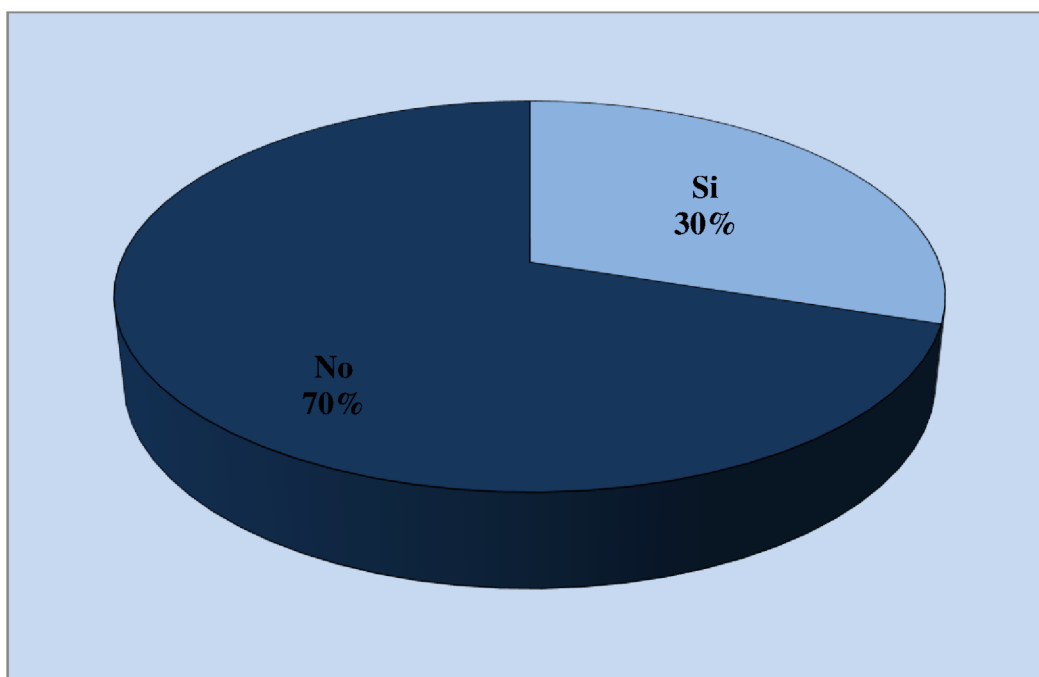


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 80% de los enfermeros evalúa la hidratación del paciente; mientras que el otro 20% no lo realiza.

Tabla 51. Educación sobre la higiene de los pacientes con diarrea de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Educo al paciente o familiar acerca de la higiene perianal después de cada deposición	SI	3	30%
	NO	7	70%
	<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>



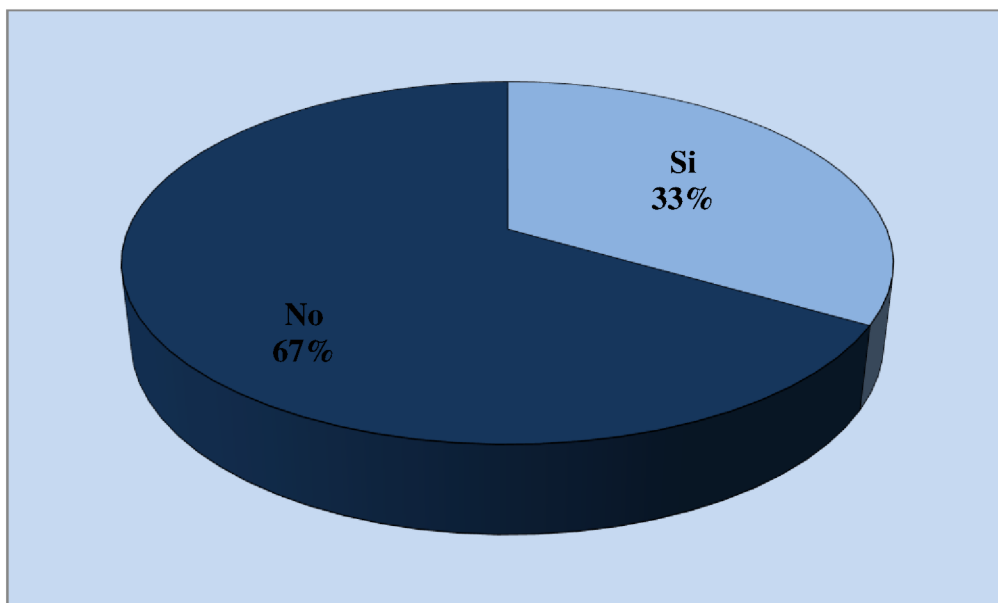
Elaboración propia

Descripción: El gráfico demuestra que el 70% de los enfermeros educó al paciente o familiar acerca de la higiene perianal después de cada deposiciones; mientras que el 30% no lo realiza.

Mucositis:

Tabla 52. Información sobre la mucositis a los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes.

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Informo al paciente sobre qué es y la posible aparición	SI	10	67%
	NO	5	33%
	<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

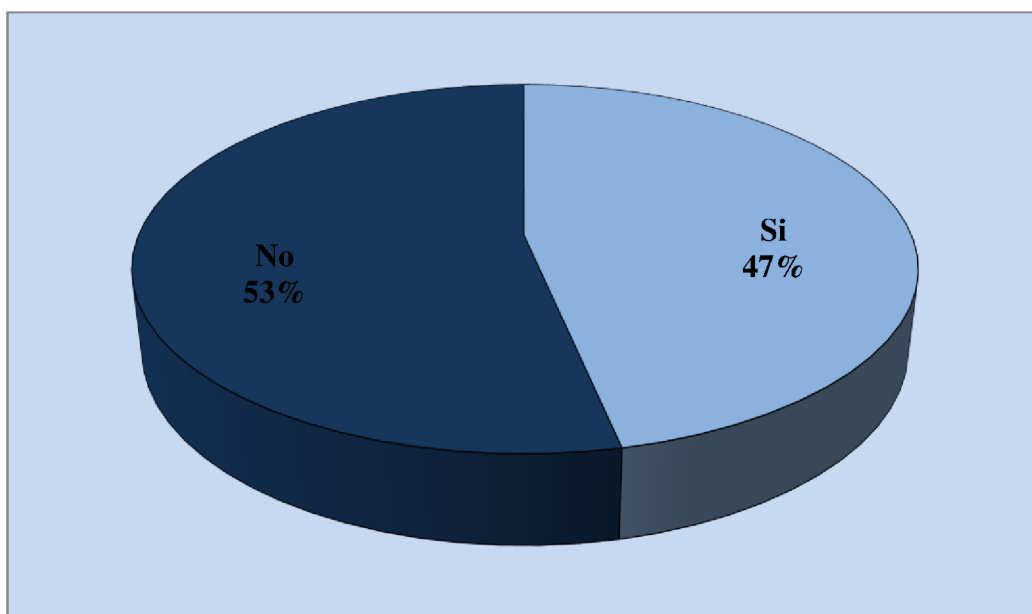


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 67% de los enfermeros informa al paciente sobre qué es y su posible aparición; mientras que el 33% restante no lo realiza.

Tabla 53. Realización de enjuagues en las mucosas de los pacientes con mucositis de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Realiza enjuagues para la limpieza de mucosas	SI	7	47%
	NO	8	53%
	<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

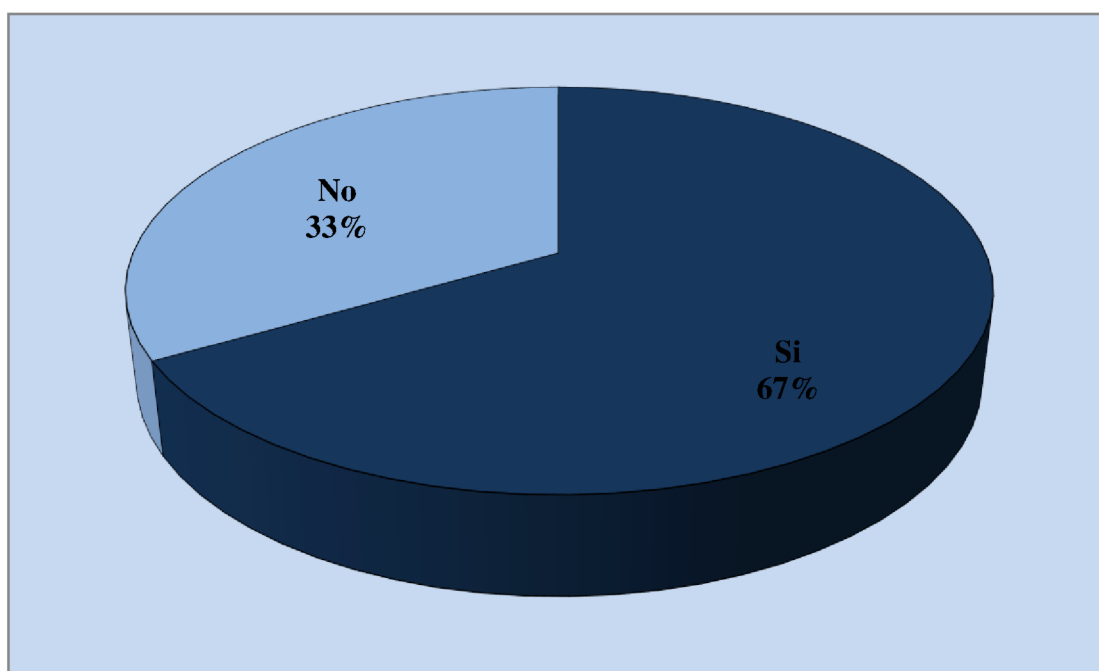


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 53% de los enfermeros no realiza enjuagues p/limpieza de mucosas; mientras que el 47% restante no los realiza.

Tabla 53. Administración de soluciones para la mucositis de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Administra soluciones para Mucositis( analgésico,antihist.,etc)	SI	10	67%
	NO	5	33%
	<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>



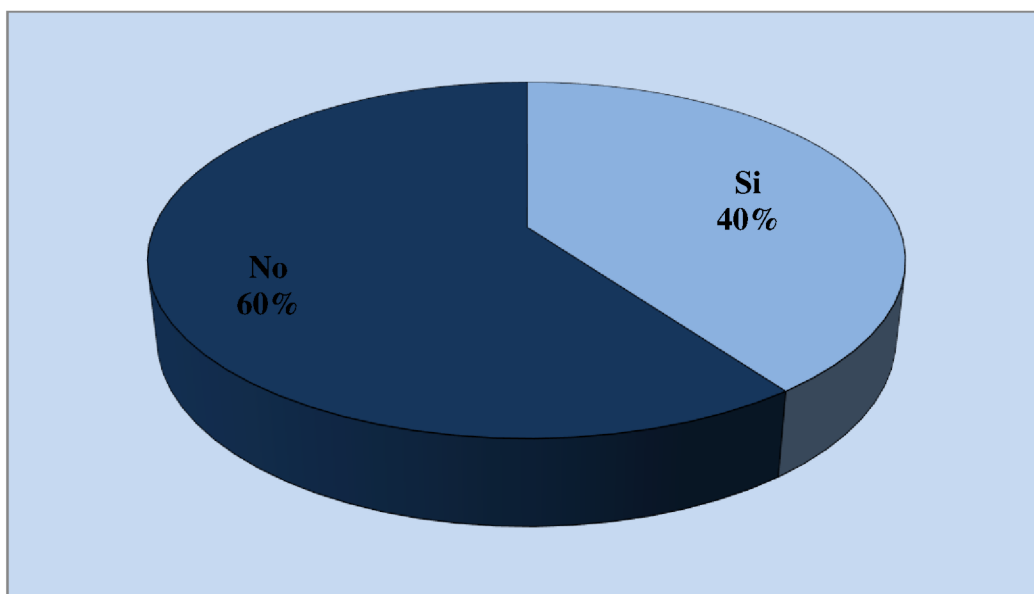
Elaboración propia

Descripción: El 67% de los enfermeros del sector administra soluciones p/Mucositis (analgésico, antihist., etc.); mientras que el 33% restante no los realiza.



Tabla 54. Educación sobre la alimentación a los pacientes con mucositis de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Se aconsejo alimentación líquida, fría y sin sal	SI	6	40%
	NO	9	60%
	<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

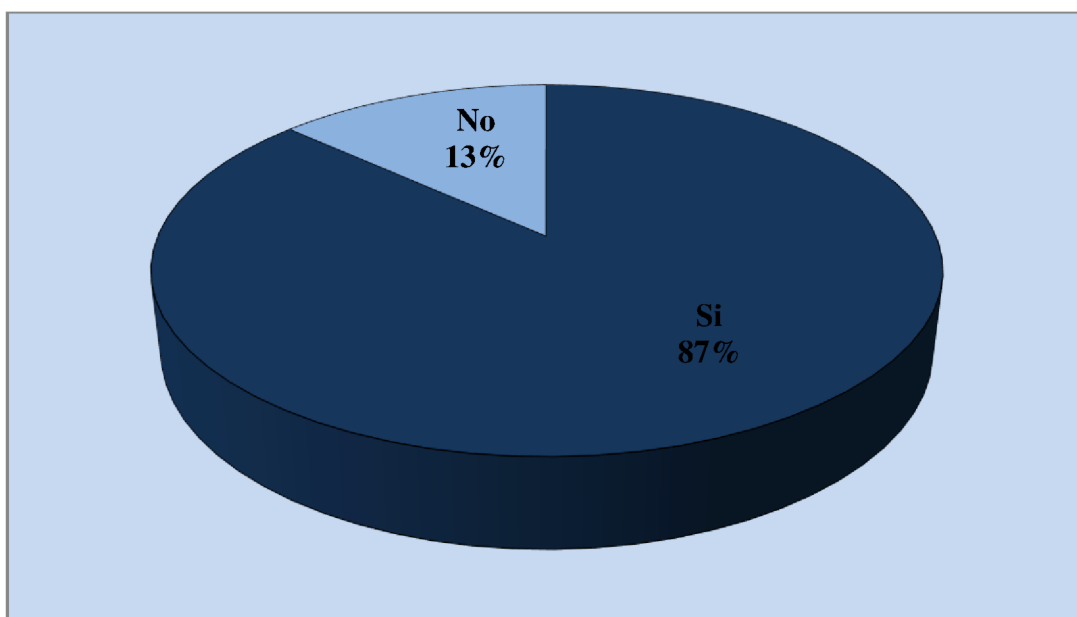


Elaboración propia

Descripción: El 60 % de los enfermeros aconsejo alimentación líquida, fría y sin sal a los pacientes; mientras que el 40% restante no.

Tabla 55. Valoración de la aparición de Rush cutáneo de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Examino la forma y proliferación del Rush	SI	13	87%
	NO	2	13%
	<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

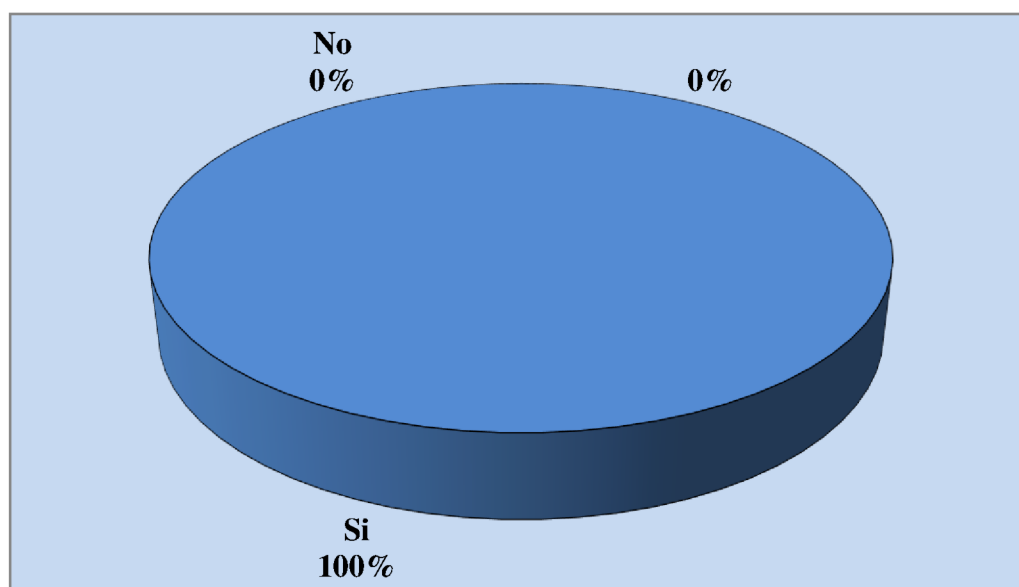


Elaboración propia

Descripción: el grafico demuestra que el 87% de los enfermeros del sector examino la forma y proliferación del Rush; mientras que el 13% restante no lo hizo.

Tabla 56. Administración de medicación para el Rush de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Administro Talquistina o Antihistaminicos.	SI	15	100%
	NO	0	0%
	<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

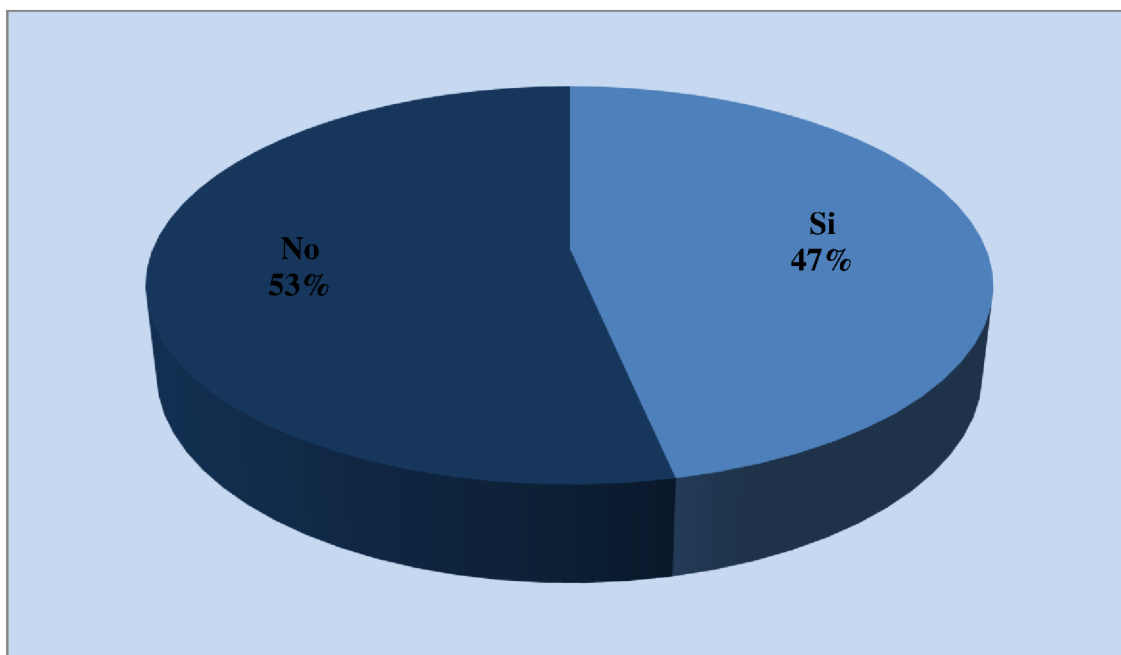


Elaboración propia

Descripción: el grafico demuestra como el 100% de los enfermeros administro Talquistina o Antihistamínicos.

Tabla 57. Reevaluación del Rush de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Volvió a examinar si cedió	SI	7	47%
	NO	8	53%
	<b>Total general</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>



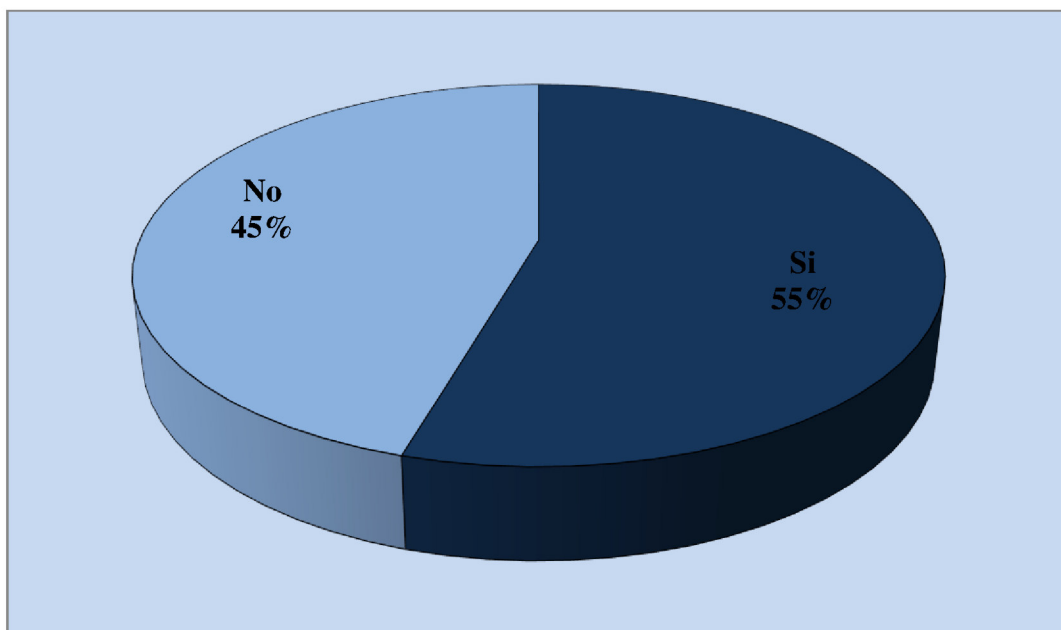
Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 53% de los enfermeros volvió a examinar si cedió; mientras que el 47% no lo hizo.

Hematológico (Neutropenia):

Tabla 60. Evaluación del laboratorio post quimioterapia de los pacientes de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Realizo una valoración de laboratorio post quimioterapia	SI	6	54%
	NO	5	45%
	<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

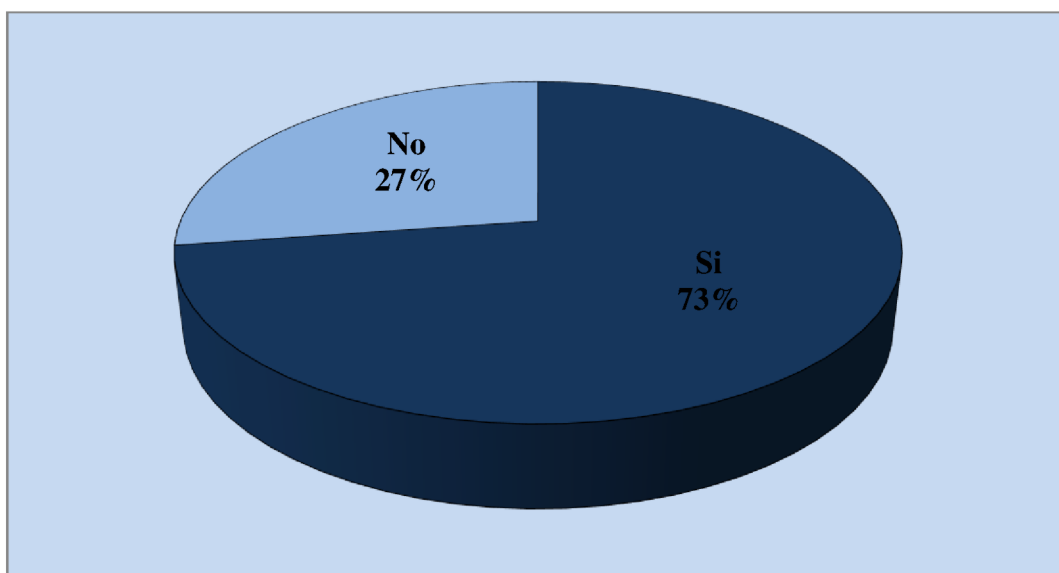


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 54% de los enfermeros realizo una valoración de laboratorio post quimioterapia; mientras que el 46% restante no lo realiza.

Tabla 61. Control de Temperatura de los pacientes neutropénicos de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes.

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Toma la temperatura cada 4 hs	SI	8	72%
	NO	3	27%
	<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

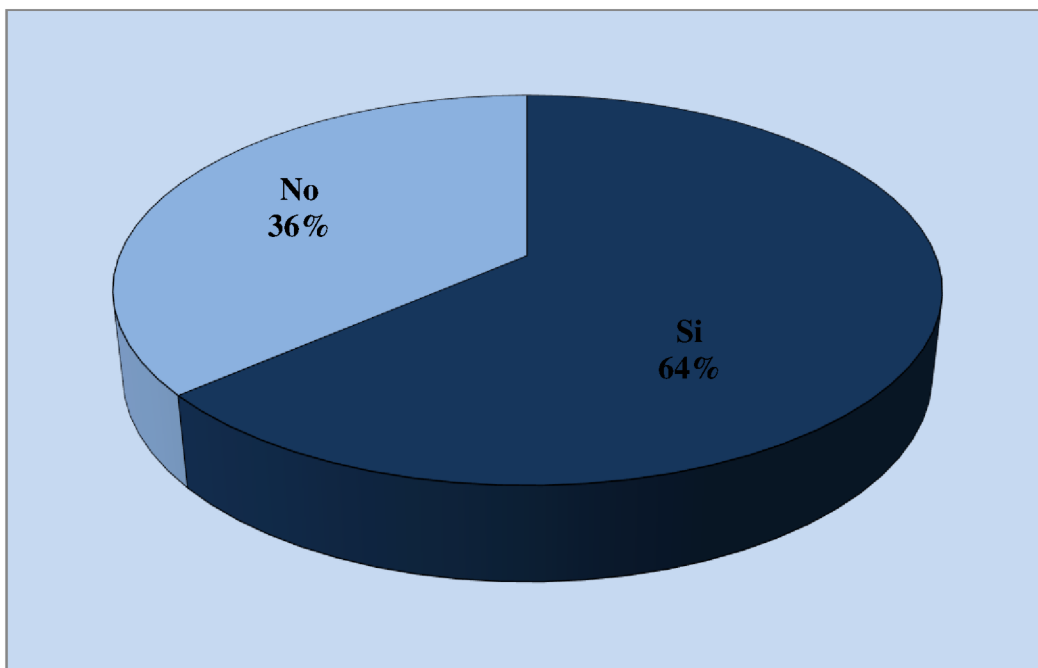


Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 73% de los enfermeros controla cada 4 hs la temperatura; mientras que el 27% no lo hace.

Tabla 62. Valoración de las mucosas de los pacientes neutropénicos de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Examino mucosas en busca de lesiones	SI	4	36%
	NO	7	64%
	<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

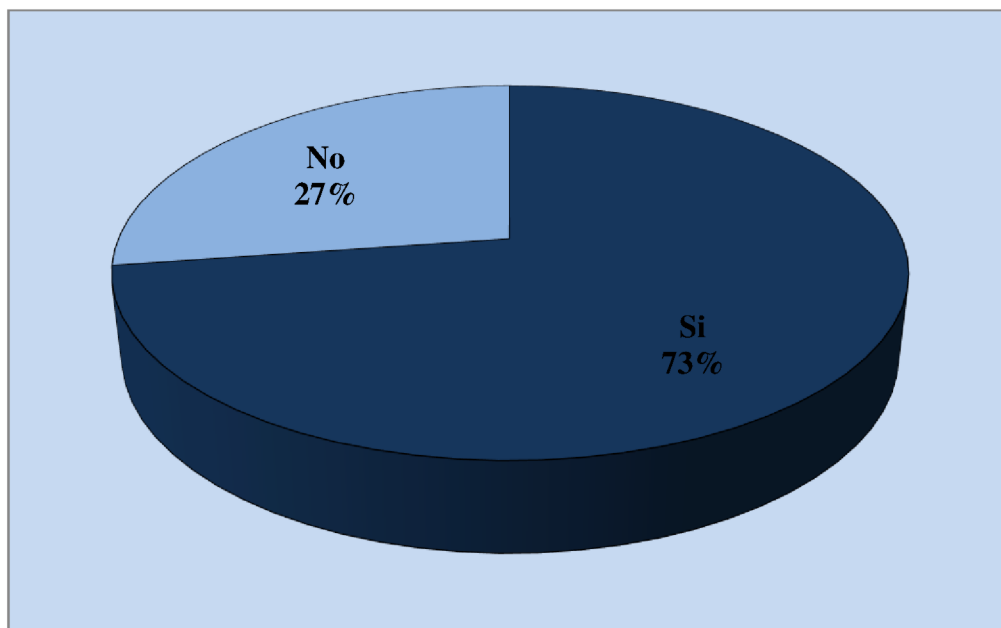


Elaboración propia

Descripción: El gráfico demuestra que el 64% de los enfermeros no examina las mucosas en busca de lesiones; mientras que el 36% no lo realiza.

Tabla 63. Aislamiento de los pacientes con neutropenia de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes.

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Puso al pte en aislamiento estricto	SI	8	73%
	NO	3	27%
	<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>



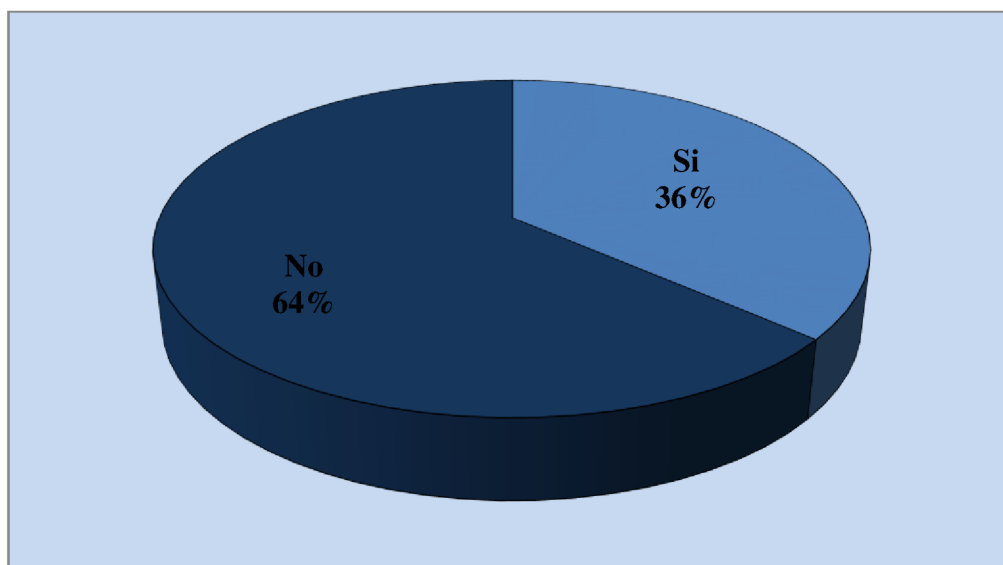
Elaboración propia

Descripción: El grafico demuestra que el 73% de los enfermeros puso al paciente en aislamiento; mientras que el 27% no lo hace.



Tabla 64. Educación sobre la higiene a los pacientes neutropénicos de los enfermeros del sector de oncología de Clínica privada de Quilmes.

Código	Valor	Nº	Porcentaje
Educo sobre la importancia de la higiene para evitar infecciones	SI	7	73%
	NO	4	27%
	<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>



Elaboración propia

Descripción: El gráfico demuestra que el 64% de los enfermeros del sector no educó a los pacientes de la importancia de la higiene para evitar infecciones; mientras que el 36% sí lo realiza.

**CONCLUSION:**

A modo de conclusión del presente trabajo, es importante remarcar la relevancia con el que fue realizado; no solo para valorar si los enfermeros cumplen o no con los estándares de calidad esperados dentro de los procedimientos oncológicos pediátricos, sino también como fuente de conocimiento para saber cuáles son dichos estándares, como deberían ser esos cuidados, y fundamentalmente cual es el rol de la Enfermería Oncología. Por esto mismo se puede afirmar que se pudo cumplir con el objetivo, tanto general como los específicos, ya que como primer punto y haciendo referencia al problema de investigación, se hizo un rastreo teórico exhaustivo que nos acercó a saber cuáles eran los cuidados de enfermería que se debían prestar a los pacientes oncológicos pediátricos con LLA/Linfoma de Hodgkins. No solo se pudo conocer cuáles eran estos cuidados, sino también poner en conocimiento cuales son los estándares de calidad de los mismos que es los que se espera que cada profesional realice. Una vez reunida la descripción teórica acerca de los estándares esperados según la teoría, comenzamos a intentar describir como se llevan a cabo en el sector de oncología de una clínica privada de la ciudad de Quilmes. Con esto, y a través de una monitorización de los cuidados que realizan los enfermeros en dicho sector, utilizando un check list como herramientas, se puede decir que se ha cumplido con el objetivo general del presente trabajo. Como también se debía cumplir objetivos específicos, es importante mencionar que se tuvo que conocer a la población con la que íbamos a trabajar, para poder analizar si hay algún aspecto que impida realizar con calidad estos cuidados; en cuanto a la población trabajada se realizó una encuesta como herramienta con 10 preguntas cerradas, y que permitió llegar a la siguiente conclusión: el 75% del plantel son mujeres, el mayor porcentaje de enfermeros tiene entre 30 y 40 años y se ve un cierto recambio en el sector ya que podemos observar que los porcentajes de menores de 30 años y cantidad de años en el sector son los segundos con más cantidad. Ahora bien, así como podemos decir que la gran mayoría son licenciados, no hay especialistas en oncología, y desde la institución no aportan tampoco cursos o jornadas de

actualizaciones acerca de los procedimientos y cuidados oncológicos; y solo el 55 % dice tener alguna capacitación de manera externa. Esto puede llegar a deberse a que el 70% de ellos posee 2 empleos o también puede tener relación con que el 40 % se encuentra poco satisfecho con su empleo, y si sumamos a los que lo están algo y nada satisfechos llega al 85% lo que demuestra el poco entusiasmo con que asisten a trabajar, y si bien es alto el número de enfermeros que realizan los check list, es alto el número de ellos que no los utiliza, 30%; y como se puede ver, estos son muy importantes a la hora de realizar cuidados de calidad.

Ahora bien, se describió cómo influyen estos datos a la hora de brindar cuidados de calidad; esto se pudo hacer mediante la monitorización de procedimientos realizados por estos enfermeros. Como conclusión se puede afirmar que si bien la mayoría de ellos sigue los estándares marcados por los check list acerca de cuidados bien específicos y técnicos como ser fichaje del paciente, modo de administración, seguimiento de la misma, pero se ve que no es así cuando se trata del seguimiento de la quimioterapia o efectos adversos, educación a la familia y al paciente acerca de acciones que pueden realizar como profesionales de manera independiente a una indicación médica, la mayoría de ellos no lo realiza y esto hace concluir en que los enfermeros de dicho sector no cumple al 100% con los estándares esperados de calidad, ya que como se ha repetido anteriormente los cuidados de enfermería oncológica, se han visto ampliamente favorecidos por la incorporación de estándares de seguridad-calidad y de la enfermería basada en la evidencia, que buscan en primer lugar, “no dañar” y por supuesto junto a ello, asegurar una atención humanizada, cercana al paciente y su familia, quienes en definitiva buscan en los cuidados de enfermería la mano cálida que lo acompañe en esta extenuante camino por recuperar su salud.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

WolfZR, G.E. (1994). Dimensiones of nurse caring. *Image J Nurs Sch*, 107-111.  
aecc.(s.f.). Recuperado el 2021 de 02 de 14, de [www.aecc.es](http://www.aecc.es)

American cancer society. (2021). Recuperado el 6 de marzo de 2021, de <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-aguda/acerca/que-es-leucemia-linfocitica-aguda.html>

American Cancer Society. (2021). Recuperado el marzo de 2021, de <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-aguda/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>

B, Z. R. (2002). *La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud*. Recuperado el 23 de enero de 2021, de *Revista Electrónica Psicología Científica*: [www.psicologia-cientifica.com/bv/psicologia/pdf-](http://www.psicologia-cientifica.com/bv/psicologia/pdf-)

Beutler E, L. M. (2001). En *Williams Hematology. 6th ed* (págs. pp:1141-61). New York::McGraw-Hill.

C, G. (1996). *Manual de gerencia de la Calidad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

C, G.-M.C. (2001). *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Harcourt.

CJ, ... C. (1997). The caring efficacy scale: nurses' self-report of caring in practice setting. *Adv Pract Nurs Q*, 53-9.

Colliere-MF. (2003). *Promover la vida*. Mexico: Interamericana McGraw-Hill,

Comelles, J. (1992). Cuidar y curar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria. *Revista de Enfermería Rol* 172, 35-41.

Cordova-Modest, E. (Vol. 2, N°4 2009). *Observatorio Laboral Revista Venezolana*. 25-47.

D. Mena / V. M. González / A. Cervera / P. Salas / M. I. Orts. (Primera edición, 2016). *Cuidados Básicos de Enfermería*. Publicaciones de la Universitat Jaume I.  
DM., D. (1998). Dimensiones del cuidado. En D. DM., *Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería*. (págs. p.93-101). Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá: Facultad de Enfermería, Unibiblos.

Donabedian. (Enero-Febrero 1993). Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. En Donabedian, *Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención*. (págs. pp 94-97). Cuernavaca México: Instituto Nacional de SALUD Pública-volumen 35 numero 001.

Donahue, P. (1989). *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma.

Duffy J, H. L. (2007). Dimensions of caring: psychometric evaluation of the caring assessment tool. *ANS Adv Nurs*, 235-245.

Enfermería, C. I. (1961). *Principios Básicos de los cuidados de Enfermería*. Washington.: Organización Panamericana de la Salud.

Enfermería., C. I. ([acceso Mayo de 2006). *CIE- Personal fiable vidas salvadas*. Recuperado el 23 de enero de 2021, de [www.icn.ch/indkit2006sp.pdf](http://www.icn.ch/indkit2006sp.pdf)

HernandezMartin, Lastra, Alcaraz Gonzalez, Gonzalez Ruiz. (1997). *DELCUIDADODELASUPERVIVENCIA A LOS ORÍGENES DE LA ENFERMERÍA*. En *La Enfermería en la historia* (pág.23). Madrid: E.U. de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid.

INC. (agosto). Recuperado el 2021 de 02 de 14, de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil>

Instituto Nacional del Cancer. (Febrero de 2015). Recuperado el 2020 de 02 de 14, de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

Instituto Nacional del Cancer. (diciembre de 2020). Recuperado el marzo de 2021, de <https://www.cancer.gov/espanol>

J., W. (2002). *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. New York: Springe.

Kerouac. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

Larson P, F.S. (1993). *Patient satisfaction with nurses caring during hospitalization*.

López, R. M. (2003). Papel de la genética molecular en el cáncer infantil. *Anales de Pediatría*, n°59, 334-344.

Marriner, A. (2001). Guía de Gestión y Dirección de Enfermería. En A. Marriner, *Guía de Gestión y Dirección de Enfermería* (pág. P.410). Madrid: 6ª ed. Ed. Mosby.

Marriner, A. (2001). Guía de Gestión y Dirección de Enfermería. En A. Marriner, *Guía de Gestión y Dirección de Enfermería* (pág. P.410). Madrid: 6ª ed. Ed. Mosby.

Marriner-Tomey A, A.-M. (2002). *Modelos y teorías en enfermería*. 5ª ed. Madrid: Harcourt. Mora,

J. (2009). El cáncer del desenvolupament Part 1: introducción. *Pediatría*

Catalana. 9. Nightingale, F. (1990). *Notas sobre enfermería: qué es y cómo es*. Barcelona: Salvat.

otros, C. M. (1997). Atención de pacientes sometidos a cirugía electiva de vías biliares en instituciones del segundo nivel de atención. 13-33.

Pallares, L. (1996). *Como Organizar las Actividades de Evaluación de Calidad*. Capítulo 6. En L.

Pallares, *Guía Práctica para la Evaluación de la Calidad de la Atención de Enfermería* (págs. pp.70-71.). Madrid: Olalla Ediciones.

Passadore-Zamunier. (Arg. Vol. 7. N°34). *Auditoria en Enfermería. Temas de Enfermería actualizados*, 8-11.

Phaneuf, M. (1994). *Cuidados de Enfermería. El proceso*. Madrid: Interamericana-McGraw Hill.

Romans, H. (1889). *Libro de officiiis de Orden praedicaturum*. Roma.

SAH-Guia2012.pdf. (2012). Recuperado el 2021, de [www.sah.org.ar](http://www.sah.org.ar)

# Anexo

ANEXO I

**Turno:**M**Entrevista a enfermeras del Sector de Oncología:**

La siguiente encuesta fue realizada con el fin de recabar la información necesaria para conocer más acerca de la vida de las enfermeras/os que trabajan en el Sector de Oncología Pediátrica, con el fin de realizar un trabajo de investigación académica acerca de los cuidados de enfermería en estos pacientes. Es de naturaleza anónima solamente tiene que marcar el turno en el que se desempeña (M=mañana, T=tarde, N=noche) en el margen superior derecho. Desde ya agradecemos que conteste con la mayor sinceridad ya que es de suma importancia para poder valorar como realizan los cuidados, lo cual es el objetivo principal del presente trabajo:

## 1. GÉNERO:

F M 

## 2. EDAD:

<30 Entre 30-40 Entre 40-50 >50 

## 3. AÑOS EN EL SERVICIO:

<5 Entre 5-10 años Entre 10-20 >20 años

## 4. AÑOS EN LA INSTITUCION:

<5

Entre 5-10 años

Entre 10-20

>20

## 5. NIVEL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Auxiliar

Universitaria/o

Licenciada/o

Especialista

## 6. CUANTOS TRABAJOS POSEE

1

2

3

## 7. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE SATISFACCIÓN CON SU EMPLEO?

Muy satisfecho

Algo satisfecho

Poco satisfecho

Nada satisfecho



8. ¿POSEE CAPACITACIONES CONSTANTES ACERCA DE ACTUALIZACIONES DE LOS CUIDADOS A PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS EN SU LUGAR DE TRABAJO?

SI

NO

9. ¿REALIZA CAPACITACIONES CONSTANTES ACERCA DE ACTUALIZACIONES DE LOS CUIDADOS A PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS EN OTROS LUGARES?

SI

NO

10. EN SU SECTOR ¿REALIZAN CHECK LIST CON TODOS LOS PACIENTES?

SI

NO

Preparación de la medicación	SI	NO
Revisa datos del Pte correcto		
Revisa que el protocolo sea el correcto del pte		
Revisa el protocolo según drogas y dosis respectivas		
Revisa los protocolos de extravasación según dichas drogas		
Chequea indicación medica		
Posee los protocolos de preparación de Citostaticos		
Posee los protocolos de manipulación y desechos de Citostaticos		
Posee protocolos de derrame de Citostaticos		
Se coloca EPP		
Posee lugar físico adecuado para la preparación (campana)		
Señaliza con etiquetas con datos( nombre del pte, principio activo del framaco,dosis,dilución, tiempo, fecha y hora)		
Revisa, según protocolo, la fecha de preparación y estabilidad de la solución		

Valoración y Administración	SI	NO
Revisa la ficha clínica del pte		
Revisa si posee el consentimiento informado		
Revisa el diagnostico y etapa		
Revisa ultimo laboratorio		
Educa al pte y familia sobre el procedimiento a realizar		
Realiza una valoración física completa		
Verifica si posee acceso vascular (tipo de catéter)		
En caso de poseer catéter, verifica que se encuentre habilitado		
Verifica que el acceso se encuentre permeable.		
Administra antieméticos o premeditación		
Revisa que la bomba de infusión funcione correctamente		
Revisa que la droga a infundir sea la correcta		
Posee el EPP adecuado		
Durante el pasaje realiza controles al pte.		
Descarta correctamente elementos y medicación		
Registra todo el procedimiento		
Vuelve a controlar al pte		

Efectos Secundarios	SI	NO
<b>Nauseas</b>		
Informo al médico de su aparición		
Administro antieméticos(antes, durante, después)		
Recomendó al pte bebidas frías, o galletas saladas		
Recomendó, en la medida de lo posible, ventilar la habitación		
<b>Vómitos</b>		
Valoro la aparición de los mismos		
Valoro tiempo, cantidad, y aspecto de los mismos		
Informo al médico de su aparición		
Evaluó la hidratación del pte		
Educo sobre cómo debe ser la alimentación del pte		
<b>Diarrea</b>		
Contabilizo cuantos episodios en 24 hs		
Valoro tiempo, cantidad, y aspecto		
Informo al médico de su aparición		
Aconsejo al pte dieta blanda y rica en H.de Carbono y proteínas		
Evaluó la hidratación del pte		
Educo al pte o familiar acerca de la higiene perianal después de cada deposición		
<b>Mucositis</b>		
Informo al pte sobre qué es y la posible aparición		
Realiza enjuagues p/limpieza de mucosas		
Administra antifungicos orales (nistatina) SIM		
Administra soluciones p/Mucositis( analgésico,antihist.,etc)		
Se aconsejo alimentación liquida, fría y sin sal		
<b>Dermatitis o Rush</b>		
Examino la forma y proliferación del Rush		
Informo al médico sobre la misma		
Administro Talquistina o Antihistamínico		
Volvió a examinar si cedió		
<b>Hematológico( NTP)</b>		
Realizo una valoración de laboratorio post quimioterapia		
Toma Tº cada 4 hs		
Examino mucosas en busca de lesiones		
Puso al pte en aislamiento estricto		
Educo sobre la importancia de la higiene p/evitar infecciones		