



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**"Utilidad de la aplicación de una escala de enfermería
en la valoración y clasificación de pacientes críticos
oncológicos en las áreas de hospitalización de cirugía y
medicina del Instituto Nacional de Enfermedades
Neoplásicas, 2007"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

AUTOR

Carmen Susana ALVA MAYURÍ

ASESOR

Carmen CAMPOS CONTRERAS

Lima, Perú

2009



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Alva C. Utilidad de la aplicación de una escala de enfermería en la valoración y clasificación de pacientes críticos oncológicos en las áreas de hospitalización de cirugía y medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2007 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2009.

A la Licenciada Carmen Contreras,
asesora del presente trabajo de
investigación.

Al Director de la institución, el
departamento de enfermería y a las
enfermeras de los servicios de medicina y
cirugía por las facilidades participación y
colaboración brindada durante la
elaboración del presente estudio.

A Dios, a mis padres y amistades por su amor, comprensión, apoyo y estímulos brindados hacia mi superación personal y profesional

ÍNDICE

	PÁG.
INDICE DE TABLAS	
RESUMEN	
PRESENTACION	
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	
A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema.....	12
B. Formulación del Problema.....	14
C. Justificación.....	14
D. Objetivos.....	15
E. Propósito.....	15
F. Marco Teórico.....	16
F.1 Antecedentes.....	16
F.2 Base Teórica.....	18
G. Hipótesis.....	44
H. Definición Operacional de Términos.....	44
CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO	
A. Nivel, Tipo y Método.....	46
B. Área de Estudio.....	46
C. Población y Muestra.....	47
D. Técnicas e Instrumentos.....	48
E. Recolección, Procesamiento de datos.....	49
F. Presentación, Análisis e Interpretación de datos.....	49
G. Consideraciones Éticas.....	49
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	50

	PÁG.
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES y LIMITACIONES	
A. Conclusiones.....	59
B. Recomendaciones.....	59
C. Limitaciones.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA		PÁG.
1	Clasificación de los pacientes críticos según niveles de riesgo en los servicios de medicina y cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.....	51
2	Distribución de frecuencias de sistemas afectados de la escala de enfermería para pacientes críticos oncológicos, en los servicios de medicina y cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.....	53
3	Frecuencia de edades de los pacientes en la escala de enfermería para pacientes críticos oncológicos, en los servicios de medicina y cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.....	55
4	Distribución de frecuencias de sistemas afectados por departamento medico de la escala de enfermería para pacientes críticos oncológicos, en los servicios de medicina y cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.....	56
5	Distribución de frecuencias por departamento medico de la escala de enfermería para pacientes críticos oncológicos, en los servicios de medicina y cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.....	58

PRESENTACION

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la utilidad de la aplicación de una escala de enfermería en la valoración y clasificación de paciente crítico oncológico en las áreas no críticas del instituto de enfermedades neoplásicas.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, es la institución rectora en la detección y tratamiento de cáncer con una cobertura nacional de 35 a 40%, de atenciones por año. (1)

Así mismo el cáncer produce una enorme variedad de complicaciones oncológicas debido a la gran cantidad de tejidos que afecta, la mayoría de los pacientes muere debido a las metástasis y las complicaciones asociadas con la enfermedad que puede presentarse en cualquier momento durante su curso.(2)

La enfermera dentro de su accionar debe estar preparada para salvaguardar su cuidado de forma oportuna, eficaz y capaz de detectar riesgo que atenten con la vida de estos pacientes.

Actualmente solo en las áreas críticas (UCIs, UTIs), existen sistemas de valoración y monitoreo de pacientes críticos, scores pronósticos cuya intención es predecir la mortalidad del mismo.

Por otro lado el proceso de acreditación y evaluación de servicios exige contar con evidencias que reflejan la atención o el cuidado que recibe el cliente que por el tipo de riesgo multisistémico, es necesario contar con instrumentos que faciliten su aplicación y por ende una atención de enfermería de calidad proactiva y eficiente.

A partir de estas afirmaciones es que surge el interés de realizar el presente trabajo de investigación, titulado: **Utilidad de la aplicación de una Escala de Enfermería en la Valoración y Clasificación de pacientes críticos oncológicos en las áreas no críticas, en los servicios de cirugía y medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.**

Con el objetivo de determinar la utilidad de la aplicación de la escala de enfermería, en la valoración y clasificación del paciente crítico oncológico, en las áreas de medicina y cirugía, en el mejoramiento de la atención, contribuyendo a la disminución de riesgos y complicaciones en su estancia hospitalaria.

Y el propósito de proporcionar al personal de enfermería un instrumento de gestión, como estrategia en sistematizar y unificar criterios.

Consta de: **Capítulo I:** Introducción en el cual se expone EL planteamiento, delimitación y origen del Problema, formulación del problema justificación y objetivos, propósito, marco teórico, hipótesis y definición operacional de términos. **Capítulo II:** material y método, nivel, tipo y método, área de estudio, población y muestra, técnica e Instrumentos, procesamiento de recolección de datos, procedimiento para el procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. **Capítulo III:** resultados y discusión; **Capítulo IV:** conclusiones, recomendaciones y limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

RESUMEN

Muchos pacientes con cáncer necesitan un tipo de atención de urgencias mientras están enfermos o bajo tratamiento. Por consiguiente la precisión en la detección precoz, la decisión adecuada y el tratamiento inmediato de las complicaciones oncológicas es de vital importancia, cuando se administra el cuidado a estos pacientes. En las unidades críticas existen sistemas de valoración y monitoreo del paciente crítico como lo es SISTEMA APACHE II, GLASGOW, KARNOFSKY, SOFA, RAMSAY, TISS, sistemas de valoración médica y seguimiento de enfermería especializada. El presente proyecto de investigación trata de dar utilidad y aplicar una escala de enfermería de valoración y clasificación de paciente crítico oncológico en las áreas de hospitalización de los servicios de cirugía y medicina, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Lima-Perú 2007, tiene como objetivo general, Determinar la utilidad de la aplicación de una escala de enfermería en la valoración y clasificación del paciente crítico oncológico, con el propósito de proporcionar al personal de enfermería un instrumento de gestión como es una escala de valoración y clasificación de paciente crítico oncológico, como estrategia de sistematizar y unificar criterios y para efectivizar la atención integral de estos pacientes. El estudio es de tipo aplicativo, de enfoque cuantitativo y de método experimental, La población está constituida por todos los pacientes adultos oncológicos hospitalizados, de los servicios de medicina y cirugía, El instrumento fue elaborado teniendo en cuenta la operacionalización de la variable dependiente y la propuesta de escala de enfermería. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: los servicios de hospitalización necesitan una escala de valoración y clasificación de paciente crítico, debido al tipo de pacientes en el tratamiento y siempre necesita una urgencia oncológica.

Palabras claves: paciente crítico, escala de valoración y clasificación.

SUMMARY

Many cancer patients need a type of emergency care while they are ill or under treatment. Therefore accuracy in early detection, the right decision and the immediate treatment of oncological complications is of vital importance, when administered care units pacientes .En these systems are critical appraisal and monitoring of critical patient as it is SYSTEM APACHE II GLASGOW, KARNOFSKY, SOFA, RAMSAY, TISS, valuation systems and medical monitoring skilled nursing. This research project seeks to enforce and implement a scale nursing valuation and classification of critical patient oncology in the areas of hospitalization for surgery and medical services, the national institute of neoplastic diseases Lima-2007, aims to Overall, determine the effectiveness of the application of a scale of nursing in the assessment and classification of critical patient oncology, in order to provide nursing staff as a management tool is a scale of valuation and classification of critically ill cancer, as a strategy of systematic and unify criteria and to enforce the comprehensive care of these patients It is a application of quantitative approach and experimental method, the population is made up of all adult patients hospitalized oncology, services to medicine and surgery, the instrument was developed taking into account the operationalization of the dependent variable and proposal to scale nursing. The conclusions it reached were: services required hospitalization a scale of valuation and classification of critical patient because of the type of patients in this case Oncology, are always at risk of some urgency oncological.

Key words: Patient critical, scale de valuation and classification.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

El cáncer produce una enorme variable de complicaciones oncológicas debido a la gran cantidad de tejidos que afecta los lugares, en que se manifiesta los cambios metabólicos que provoca y la diversidad de metástasis asociadas.(3)

Muchos pacientes con cáncer necesitan un tipo de atención de urgencias mientras están enfermos o bajo tratamiento. La fiebre neutropénica es una de las razones más comunes, pero también hay otras. Las urgencias oncológicas son usualmente de naturaleza compresiva u obstructiva, metabólica o citopénica.(4)

Por consiguiente la precisión en la detección precoz, la decisión adecuada y el tratamiento inmediato de las complicaciones oncológicas es de vital importancia, cuando se administra el cuidado a estos pacientes.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, es la institución rectora en la detección y tratamiento de cáncer, en la actualidad atiende un promedio 237.481 pacientes(atenciones por año 2005),lo que representa del 35 a 40% de cobertura a nivel nacional, con un numero de camas de 366 en todo el hospital y el numero de camas en áreas criticas es 6 en UCI y 6 en UTI, la mayoría de estos pacientes hospitalizados van

referidos a las áreas de hospitalización y medicina, para ser sometidos a cirugía, radioterapia y quimioterapia respectivamente, con una mortalidad hospitalaria es de 67 pacientes del total de egresos hospitalarios por mes.(5)

El departamento de enfermería de la institución, actualmente cuenta con una manual de procedimientos y funciones de la enfermera asistencial y los servicios de hospitalización medicina ,tienen protocolos y guías de tratamiento específico, mas no cuentan con escala de valoración y clasificación de pacientes críticos para las áreas de cirugía y medicina, se hace referencia que muchos de estos pacientes tienen cirugías grandes .inestabilidad hemodinámica ,dependencias de auto cuidado, efectos propios de la quimioterapia ,que atentan con su estancia hospitalaria, y que no ameritan estar en ambientes comunes y sin atención especializada. En las unidades críticas existen sistemas de valoración y monitoreo del paciente crítico como lo es SISTEMA APACHE II, GLASGOW, KARNOFSKY, SOFA, RAMSAY, TISS, sistemas de valoración medica y seguimiento de enfermería especializada de la cual nos servirá como guía referencial en el diseño y creación de la escala sugerida.

Después de haber explorado la situación en relación a la problemática presentada, surgen las siguientes interrogantes:

¿Las enfermeras pueden valorar y clasificar a los pacientes críticos oncológicos en las áreas de hospitalización y medicina?¿Los grados de dependencia del paciente refleja la estabilidad real del paciente?¿El paciente crítico oncológico atendido en hospitalización y medicina, necesita una atención en especializada?¿La atención especializada en pacientes críticos oncológicos, disminuye el riesgo de morbilidad, baja costos y reduce estancia hospitalaria?¿Existe una escala de

valoración y clasificación para pacientes críticos oncológicos en áreas de hospitalización y medicina?,¿Como la enfermera prioriza la atención del paciente crítico oncológico en las áreas de hospitalización y medicina?,¿Que modelos de atención de enfermería utiliza la enfermera en la valoración y clasificación de paciente crítico oncológico?,¿Cual es la contribución de la escala de valoración y clasificación del paciente crítico oncológico en las áreas de hospitalización y medicina

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Ante esto, se hace la siguiente interrogante:

¿CUAL ES LA UTILIDAD DE LA APLICACIÓN DE UNA ESCALA DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE CRITICO ONCOLÓGICO EN LAS ÁREAS NO CRITICAS, DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS?

C. JUSTIFICACIÓN:

El presente proyecto de investigación trata de dar utilidad y aplicar una escala de enfermería de valoración y clasificación de paciente crítico oncológico en las áreas de hospitalización de los servicios de cirugía y medicina, basado en conocimientos técnicos científicos que van a permitir una atención sistemática, especializada, eficiente, aplicando el proceso de atención de enfermería, evitando así la rutinización y la mecanización del trabajo, permitiendo una atención integral personalizada y especializada, contando a su vez, con un documento de gestión normativo técnico para la acreditación de enfermería, y establecer un modelo de valoración de paciente crítico oncológico, en las áreas no críticas.

Por otro lado, en la institución actualmente, no se cuenta con documentos (escala de enfermería en la valoración y clasificación de pacientes críticos oncológicos en los servicios de hospitalización y medicina)

D. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la utilidad de la aplicación de un escala de enfermería en la valoración y clasificación del paciente crítico oncológico en las áreas NO CRITICAS del INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, contribuyendo al mejoramiento de su atención ,la modificación de su cuidado, valorando y clasificando y clasificando los riesgos que atenten contra su vida durante el proceso hospitalario.

Objetivo Específico:

- Diseñar una escala de enfermería para la valoración y clasificación de paciente crítico oncológico en las áreas de hospitalización (cirugía y medicina).
- Aplicar la escala de enfermería para la valoración y clasificación de paciente crítico oncológico.

E. PROPÓSITO:

- Proporcionar al personal de enfermería un instrumento de gestión como es una escala de valoración y clasificación de paciente crítico oncológico, como estrategia de sistematizar y unificar criterios y para efectivizar la atención integral de estos pacientes.

F. MARCO TEÓRICO

F.1 ANTECEDENTES

ENF. LILY REYES Y ELVIA MONZON; realizaron un estudio de investigación titulado: “Efectividad del Instrumento de valoración de enfermería según patrones funcionales de salud en el paciente crítico; en el Hospital militar Central, lima-2006.

El objetivo del estudio, es evaluar la efectividad del instrumento de valoración inicial de enfermería según patrones funcionales de salud en el establecimiento del diagnóstico enfermero y el plan de cuidados aplicado al paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos coronarios del hospital militar central. Se concluye:

La aplicación del formato de valoración del ingreso del paciente a la unidad coronaria contribuye de forma efectiva en la identificación de los problemas, necesidades más apremiantes del paciente, en el establecimiento del diagnóstico enfermero con su respectivo plan de cuidados de Enfermería.(6)

Enf. YAMILA RIVERO GONZALES y colaboradores:

Realizaron un trabajo de investigación “Escala de Evaluación de la Carga de Trabajo de Enfermería (EVECTE), en el hospital militar central “Dr. Luis Diaz Soto” Ciudad de la Habana Cuba, desde octubre del 2002 a febrero del 2003, con objetivo de construir un modelo de estimación que cuantifique de forma objetiva, la carga de trabajo de enfermería en el paciente crítico, y se tienen las siguientes conclusiones:

La aplicabilidad de la escala conllevaría a una valoración y planificación más objetiva de la carga de trabajo de enfermería lo que traduciría una

reorganización mas adecuada del trabajo y disminución positiva en algunos indicadores del servicio de medicina critica.(7)

JANETH SÁNCHEZ, Enf. “Medidas de bienestar del paciente con urgencias oncológico” En esta guía se hace una revisión breve de las causas mas frecuentes de consulta oncológica en urgencias y las correspondientes intervenciones de enfermería .Define:

“La mayoría de las enfermeras encuentran pacientes con cáncer en algún momento de su ejercicio profesional. Ojala siempre estén dispuestas a tomar un papel activo en su cuidado, infundiendo esperanza, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y optimizando el uso de recursos de cada institución mediante una labor coordinada con otros profesionales de las salud.(8)

IRIS MARISOL AREVALO CASTILLO, realizó un estudio de “Validación de los Scores SOFA Y APACHE II, en la Unidad de Cuidados Críticos de Emergencia del HNERM.” Febrero-abril del 2005.

Los objetivos del estudio, fueron estudiar la utilidad de cuantificar el Apache II y el SOFA, en la Unidad de Cuidados Críticos de Emergencias del HNERM; Establecer el numero y clase de órganos comprometidos ya sea como disfunción o falla al ingreso del pacientes a la UCE del HNERM; Describir la relación entre la mortalidad hospitalaria y el nivel de severidad según el APACHE Y SOFA, de los pacientes de la UCE del HNERM, y hospitalaria de los pacientes que ingresan a las UCIs de acuerdo al numero de órganos falla. Y se concluye:

Que ambos scores, son instrumentos útiles para la discusión del tratamientote pacientes en la unidad de cuidados críticos de emergencia del HNERM.

De lo arriba mencionado podemos deducir que la utilización de scores pronósticos nos va dar referencia sobre el estado clínico del paciente para mejorar el actuar en su rehabilitación.(9)

Mg. CARLOS ORTIZ MATOS, realizo un protocolo “Criterios de la Enfermera en la Priorizacion de Atencion de Pacientes de Medicina-Cirugia del Hospital de Apoyo Daniel Alcides Carrion 1999”.

Con el objetivo de identificar los criterios que utilice la enfermera para la priorizacion de la atencion de pacientes de tipo, I,II, III,del servicio de Medicina y Cirugia en el Hospital de Apoyo Daniel Alcides Carrion, Cerro de Pasco 1999.en el cual se concluye:

Si la enfermera maneja criterios de clasificación en pacientes de Dependencia I,II,III, entonces se prioriza la atención en el desempeño laboral.(10)

F.2 BASE TEÓRICA

F.2.1 PACIENTE CRÍTICO

Paciente en la cual su situación clínica en la cual se ve alterada de alguna forma una o varias constantes vitales ó es susceptible que se puedan alterar por diversas causas clínicas que pueden llevar a un compromiso serio para la continuación de la vida.

**COMPARACIÓN DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS EN LAS ETAPAS
TEMPRANAS Y TARDÍA DEL ESTADO DE SHOCK EN CADA
SISTEMA CORPORAL**

SISTEMA CORPORAL	SHOCK TEMPRANO	SHOCK TARDIO
Sistema respiratorio	Hiperventilación ;aumento del volumen/minuto:disminución de la PCO ₂ ; PO ₂ , normal	Respiraciones superficiales; Sonidos respiratorios que indican congestión; aumento de la PCO ₂ ; disminución de la PO ₂ .
Sistema cardiovascular	Presión sanguínea normal, o ligeramente baja: aumento de la presión diastolica ,disminución del pulso ,gasto cardíaco normal, taquicardia, vasoconstricción moderada en los estados de shock hipovolemico y el cardiogenico	Disminución de la presión sanguínea; disminución del gasto cardíaco, continua la taquicardia , la vasoconstricción ,se empeora el shock hipovolemico ,cardiogenico y séptico
Sistema renal	Producción urinaria normal o ligeramente baja:aumento de la osmolalidad urinaria: disminución de la concentración de sodio en la orina Hipocalimia	Oliguria o falla renal completa, concentración de productos de desecho hiperglicemia
Equilibrio acido-base Compartimiento vascular	Alcalosis respiratoria Desplazamiento de líquidos de los espacios intersticiales al compartimiento vascular ;sed	Acidosis metabólica, acidosis respiratoria, desplazamiento de líquidos del espacio vascular a los espacios intersticiales e intracelulares edema.
Piel	Cambios mínimos o nulos en el estado se SOC, hipovolemico y el cardiogenico, piel enrojecida ,y tibia en el estado shock vasogenico	Piel viscosa fría en los estado de shock hipovolemico, cardiogenico y séptico, piel fría, y jaspeada en otros tipos de SOC
Sistema hematológico	Liberación de glóbulos rojos provenientes de la medula ósea para incrementar el volumen vascular, con agregación plaquetaria	CID(Coagulación intravascular diseminada)
Sistema mental-neurológico	Inquietud; esda de alerta, confusión	Aletargamiento;inconsciencia
Sistema gastrointestinal- hepático	No hay cambios obvios	Disminución de la perfusion y disminución de los ruidos intestinales producción de FDM por el páncreas hipoxico Disfunción hepática Posible necrosis intestinal

Fuente: Long Barbara.Enfoques del Proceso de EnfermeríaTabla 9-2 (23)

F.2.2 CUIDADOS CRÍTICOS

El fin principal de la enfermera, es dar atención de calidad al paciente en estado comatoso, haciéndose consciente de sus necesidades, proporcionando ante todo, los cuidados y tratamiento preventivo con prontitud y precisión para evitar complicaciones y ayudar a la supervivencia del paciente e integrarlo a su medio.

PARÁMETROS PARA VALORAR AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

- **VALORACIÓN RESPIRATORIA**

La hipoperfusión de los pulmones, muy común en estado de shock, puede desencadenar un síndrome de insuficiencia respiratoria (SIRA), esta coedición puede inferirse en las primeras etapas de la enfermedad debido a los cambios en la actividad mental del paciente. Debe estar atento para detectar cualquier episodio de disnea que puede aparecer a medida que avanza el SIRA. Los cambios en la frecuencia respiratoria y en el color de las mucosas y la piel constituyen indicadores importantes del estado pulmonar. Deben auscultarse los ruidos de la respiración, en las primeras etapas de la enfermedad, los pulmones pueden no resultar afectados, pero a medida que avanza el SIRA, pueden escucharse roncus y estertores. (11)

- **VALORACIÓN DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS**

La producción de orina y la PVC son los parámetros que mejor reflejan el estado de los líquidos. Para hacer la medición de orina que se realiza cada hora, se instala una sonda vesical, otros tipos de líquido, como el drenaje gastrointestinal, el drenaje de las heridas o la transpiración, se miden o estiman de la manera más exacta

posible . Con frecuencia el peso corporal ofrece una mejor escala de medición de los cambios en los líquidos en lugar de hacerlo determinado las ingestiones y eliminaciones ,sin embargo este método puede ser inexacto en el caso de la determinación del volumen intravascular y cuando existe un desplazamiento del liquido hacia terceros espacios, los medios para valorar la acumulación de liquido de terceros espacios son: la detección de edema, la auscultación del pecho para determinar la presencia de liquido y la mediada del diámetro abdominal para determinar presencia de ascitis.(12)

- **VALORACIÓN NEUROLÓGICA**

Durante el estado de shock, las toxinas, el desequilibrio acido base o la hipoxia pueden afectar de manera severa el cerebro, por lo común la presencia de cambios leves en la actividad mental constituye el primer signo de la existencia de hipoxia cerebral, debe observarse al paciente para determinar la creciente presencia de inquietud. No debe administrarse sedantes al paciente en tanto no se haya valorado su estado y se haya determinado que el estado de inquietud no tiene una causa orgánica, En las etapas posteriores del estado de shock cuando la hiperfusión cerebral se ha visto seriamente deteriorada puede haber perdida de conciencia. Puede recurrirse a las mediciones de signos vitales y de los gases arteriales para evaluar las causas de los cambios neurológicos sutiles. (13)

- **VALORACIÓN HEMATOLÓGICA**

Los niveles de hemoglobina y de hematocrito constituyen herramientas importantísimas para evaluar la perdida de sangre en los casos de shock hipovolemico que sigue a la presencia de

hemorragias, sin embargo es bueno recordar que los niveles de hemoglobina y hematocrito no disminuyen de manera inmediata con la pérdida de cantidades excesivas de sangre debido a que el plasma se pierde junto con las células sanguíneas. La sangre que permanece en el compartimiento vascular tendrá inicialmente una concentración normal de GR, en una cantidad menor de plasma se incrementara el nivel de hematocrito. Puesto que los riñones retienen agua en respuesta a la pérdida de sangre. La sangre se diluirá aun más y se presentara una disminución de las concentraciones de hemoglobina y hematocrito.

Debe valorarse la CID, en los pacientes que se encuentren en estado de shock.(14)

- **OTRAS VALORACIONES**

También es importante llevar a cabrua valoración abdominal de los pacientes que están en estado de shock. La disminución de flujo sanguíneo hacia el intestino puede dar como resultado una disminución del peristaltismo o un íleo paralítico. Debe registrarse la disminución o ausencia de ruidos intestinales, deben examinarse drenaje gástrico y las heces para buscar evidencia de sangre debido a la alta incidencia de sangrado del tracto intestinal en los estados de shock.(15)

F.2.3 PACIENTE CRÍTICO ONCOLOGICO

Son todos los pacientes oncológicos hospitalizados, que en su estado pre, post operatorio y sometido a la administración de citostaticos, tienen complicaciones oncológicas, ya sea por su naturaleza compresiva, obstructiva, metabólica y citopenica, que están en riesgo inminente de mortalidad hospitalaria, son de prioridad 1,2, son recuperables , y no de mal pronostico y/o evolutivo.

La tarea de las enfermeras que cuidan a pacientes con cáncer será hasta cierto punto sencilla, si tienen una sólida filosofía personal y una actitud positiva hacia la enfermedad, fundamentada en el conocimiento que tienen de ella.

Después de realizar la valoración, que incluye reunir información subjetiva y objetiva, las enfermeras deben analizarla y formular diagnósticos de enfermería respectivos. Debido a que el cáncer es una enfermedad crónica que a, menudo, involucra varios sistemas corporales, el listado de diagnósticos de enfermería puede ser largo con frecuencia para las enfermeras es un reto identificar todos aquellos diagnósticos de los pacientes que harán necesarias sus intervenciones en cada uno de los casos específicos.

URGENCIAS EN ONCOLOGÍA

La urgencia oncología aparece como consecuencia de la progresión del tumor o de metástasis y pueden causar una morbilidad irreversible o la muerte si no se identifica y trata rápidamente. (16)

URGENCIAS HEMATOLÓGICAS

La progresión del tumor puede causar hemorragia por la erosión de los vasos sanguíneos o por alteraciones de la coagulación como la coagulación intravascular diseminada (CID)(17)

HEMORRAGIA

Observaciones

Hemorragia aguda, que procede en la mayoría de los casos, nariz, bronquio, estomago, colon, arteria carótida, vagina.

Trastornos /factores asociados

Cáncer: gástrico, esofágico, ginecológico, cabeza y cuello, coló rectal, leucemias, linfomas, mieloma múltiple, tratamiento quimioterapéutico, 10 días antes, recuento de plaquetas <20.000

Intervenciones:

- Valorar la presencia de hemorragia
- Vigile de control de vitales
- Estado mental
- Observe boca, nariz, recto, vagina, y piel
- Vigile datos de laboratorio
- Informe al médico de la hemorragia sospechada
- Vigile la infusión endovenosa, y los hemoderivados, plaquetas, o plasma fresco congelado
- Prepare al paciente para cirugía o cirugía con láser, cuando se indique

URGENCIAS CARDIOVASCULARES

Síndrome de vena cava superior (SVCS)

La obstrucción del flujo hacia la aurícula derecha se produce por compresión causada por la progresión del tumor o el aumento del tamaño de los ganglios linfáticos mediastínicos por la oclusión intraluminal, que causan algunos sarcomas, cáncer al pulmón, enfermedad de Hodgkin, o linfomas o por trombosis causada por los dispositivos de las vías centrales.(18)

Observaciones

Dilatación de las venas de cuello o tórax, plétora facial, edema de cara y cuello, parte superior del tórax, extremidades superiores, distensión

venosa yugular y cefalea persistente, mareo trastornos visuales, tos, disnea, disfagia, ronquera, dolor torácico, dificultad respiratoria

Trastornos /factores asociados

Cáncer de pulmón, enfermedad de hodgkin, linfomas no hodgkinianos, carcinomas (metástasis), mama, timo, testículo, y de cabeza y cuello. Quimioterapia mediante vías centrales permanentes, fibrosis inducida por radiación.

Intervenciones

- Valore cabeza, cuello, parte superior del tórax y extremidades superiores, en busca de síntomas de SVCS.
- Valore estado mental, nivel de conciencia, estado respiratorio, visión voz, en busca de cambios que indiquen SVCS.

Taponamiento Cardíaco

Puede estar causado por derrames pericardios con la extensión de la metástasis de células malignas o por hemorragias secundarias a coagulopatias como la CID, también puede deberse a pericarditis constrictiva causada por la del mediastino

Observaciones

Disminución de la PA, con presión del pulso estricta, elevación de la PVC, ruidos cardiacos, amortiguados, signos de Kussmaul, taquicardia, vasoconstricción periférica, piel fría, pegajosa, taquipnea, disnea, tos, ansiedad, ascitis, edema periférico, congestión pulmonar, shock, parada cardíaca, pulso paradójico 20 moho

Trastornos /factores asociados.

Metástasis que proceden de pulmón, mama, linfomas, leucemias, melanomas.

Intervenciones

- Valore la presencia de taponamiento cardiaco.
- Ausculte los ruidos cardiacos y respiratorio neumotórax
- Valore pulso carotideo, radial, femoral, y pedio
- Valore controles vitales, calcule la presión del pulso.
- Vigile estado respiratorio

URGENCIAS METABÓLICAS

Producción ectopía de un sustancia similar a la hormona antidiurética (ADH), por un tumor o estimulación de la hipófisis posterior para la producción de ADH, por el tumor o por fármacos específicos. Se produce por intoxicación hídrica e hiponatremia por dilución que si no se identifica y trata, puede causar insuficiencia cardiaca congestiva. (19)

Observaciones

Letárgica, debilidad, inmovilidad, confusión, obnubilación, náusea vómitos, anorexia, ganancia súbita de peso, generalmente sin edemas, disminución de la diuresis sin variación de la ingestión, ICC, sodio serico <135mEq/L, BUM elevado.

Trastornos /factores asociados

Cáncer de pulmón de células pequeñas, linfomas, cáncer de páncreas, cáncer de próstata, agentes quimioterapéuticos, vincristina ciclofosfamida, infección, neumonía vírica/bacteriana, aumento de la presión intracraneal.

Intervenciones

- Vigilar si existe retención de líquido o hipernatremia, por dilución
- Peso del paciente cada día, misma hora, bascula y ropa
- Vigilar estado neurológico y mental
- Evaluar datos de laboratorio del os electrolitos
- Auscultar pulmones para observar los ruidos respiratorios

HIPERCALCEMIA

Aumento de los niveles de calcio como consecuencia de la reabsorción de calcio en los huesos que es consecuencia de la destrucción del hueso por la metástasis esqueléticas, las prostaglandinas, las citosina, leucocitarias y la producción ectopia de una sustancia similar al la hormona paró tiroidea que estimula la liberación de calcio desde los huesos, esto puede producir una insuficiencia renal de comienzo gradual brusco.

Observaciones.

Poliuria, nictiuria, polidipsia, letárgica, confusión, desorientación, bradicardia, fatiga, debilidad muscular, hipotonía, deshidratación, nauseas, vómitos, anorexia, abolición de los reflejos, aumento de calcio serico, la seroalbumina puede estar disminuida con el calcio serico dentro de los

Trastornos /factores asociados

Cáncer: mama, pulmonar, células escamosas, tiroideo, renal, ovárico, esofágico, paratiroideo bucal, melanoma, mieloma múltiple, linfoma, músculo esqueléticos.

Intervenciones

- Valorar la presencia de signos y síntomas de hipercalcemia.
- Nivel de conciencia y estado mental

- Reflejos musculares y tolerancia a la actividad
- Estado nutricional, eritemas y sequedad, peso cada día, constantes vitales, turgencia de piel, control de electrolíticos, nivel de albúmina.

SÍNDROME DE LISIS TUMORAL

Esta urgencia aparece en caso se liberación rápida de componentes intracelulares, potasio, fósforo, ácido úrico, como consecuencia de necrosis rápida de células tumorales, inducida por la quimioterapia o radiación, los trastornos electrolíticos asociados pueden causar insuficiencia renal y parada cardiaca.

Observaciones

Oliguria, anuria, dolor en los flancos, cristaliuria, hematuria, arritmias cardiacas, bradicardia, taquicardia ventricular, prolongación de los intervalos P-R, Q-T, del segmento ST, con QT, cortas y picudas, disminución del calcio serico, calambres musculares , confusión, aumento de ácido úrico, serico, BUN.

Trastornos /factores asociados

Linfomas no hodgkinianos, leucemias cáncer de pulmón de células pequeñas.

Intervenciones

- Valorar estado del corazón, pulso apical, de frecuencia, ritmo, PA..
- Vigilar aparición de arritmias cardiacas.
- Evaluación de los niveles de calcio y potasio
- Valorar el estado neuromuscular
- Valorar el estado renal, vigilar la entrada y salida de líquidos, peso cada día, PH, urinario, nivel de ácido úrico, BUN, creatinina

- Valorar la eficacia de los líquidos parrel érales, como bicarbonato sodico, suplementos de calcio, alopurinol, ligados de fosfato.

URGENCIAS NEUROLÓGICAS

Compresión de la Medula Espinal

Esta situación de urgencia aparece como consecuencia del crecimiento del tumor o de la siembra de metástasis hacia el cuerpo vertebral con proliferación hacia el espacio epidural: suele causar lesiones neurológicas permanentes como paraplejia.(20)

Observaciones

Dolor cervical, dorsal, lumbar, aumenta con el movimiento, la maniobra de valsalva, la presión supina, la tos y el estridor es intenso localizado y persistente.

Debilidad muscular, alteraciones en la marcha y enfermedad del pie caído, parálisis, exaltación de los reflejos tendinosos, signos de babinski positivo, cambios sensitivos ascendentes desde los pies, parestesias, entumecimientos, hormigueo, perdida de sensibilidad, disfunción renal, ausencia del control intestinal y vesical.

Trastornos /factores asociados

Tumores de la medula espinal, metástasis vertebral que procede de: pulmón, mama, linfoma, mieloma múltiple, próstata.

Intervenciones

- Valorar el dolor: localización tipo, duración, efecto, realice escala de pirámide del dolor.
- Valorar sensación neuromuscular y sensitiva
- Vigile los reflejos tendinosos,
- Valore movimientos intestinales y distensión vesical
- Urgencias pulmonares

DERRAME PLEURAL

La progresión del tumor o metástasis irritan la membrana pleural, y originan un aumento de la producción de líquido en el espacio interpleural.

Observaciones

Disnea, tos, taquipnea, ruidos respiratorios, disminuidos, o ausentes, dolor torácico, pleuríticos, taquicardia, abultamiento asimétrico del espacio intercostal, matidez de la percusión sobre un campo con líquido, disminución de la frecuencia respiratoria.

Trastornos/factores asociados

Linfomas, cáncer de pulmón, mama, leucemia, cáncer ovárico, infección, tuberculosis, quimioterapéuticos: ciclofosfamida, citoxano, ifosfamida.

Intervenciones

- Auscultar ruidos cardiacos y pulmonares
- Valorar esfuerzo respiratorio, la frecuencia y ritmo de la respiración, el uso de músculos accesorios,
- Vigile las constantes vitales, color de piel, temperatura, humedad, distensión de venas del cuello,
- Valore dolor torácico, localización, características, comienzo, intensidad.

OBSTRUCCIÓN PULMONAR

La progresión del tumor causa obstrucción de la vía aérea: la intervención puede evitar el colapso del pulmón en la región dista a la obstrucción.

Observaciones

Disnea grave, estridor progresivo durante la espiración o ambas, incapacidad para hablar, uso de los músculos accesorios de la respiración,

aleteo nasal, movimientos asimétricos del tórax, disminución del fremito palpable, disminución o ausencia de ruidos respiratorios, aparición brusca de ansiedad.

Trastornos /factores asociados

Tumores primarios del pulmón

Intervenciones

Valorar el patrón respiratorio. Esfuerzo, función respiratoria, presencia de estridor y posibilidad de hablar, características de secreciones y ruidos respiratorios cada 4 horas, comuníquese.

URGENCIA RENAL

OBSTRUCCIÓN O INSUFICIENCIA RENAL

La progresión del tumor puede producir la obstrucción del flujo a través de los uréteres, la obstrucción de la salida vesical, obstrucción ureteral, o insuficiencia renal causada por un tumor sólido. (21)

Observaciones

Diuresis <30ml /h, anuria, vejiga palpable, poliauria, vacilación incontinencia consciente, hematuria, insuficiencia renal, aguda

Trastornos/factores asociados

Cáncer de vejiga, recto, próstata, cuello uterino, endometrio, ovárico, linfoma, linfoma hodgkin.

Intervenciones

- Vigilar ingesta y salida de líquidos
- Informar si la diuresis es <30ml/h
- Valorar las características, color y olor de orina

- Valorar el nivel de la vejiga si las pérdidas disminuyen, informar si existe distensión vesical.

SEPSIS Y SHOCK SEPTICO

La sepsis aparece como respuesta a una infección diseminada, generalmente por una bacteria Gram. Negativas, que libera endotoxinas liberan pirógenos endógenos que causan fiebre, y lesión local al revestimiento endotelial de las capilares activan el factor XII, de la coagulación y el sistema del complemento lo que puede producir hemorragia (CID). La multiplicación bacteriana, provoca la liberación de las cininas que aumentan la vasodilatación, el shock, se produce como consecuencia de una reducción intensa generalizada de la perfusión tisular, originada por la insuficiencia del volumen de sangre circulante, lo que genera hipoxia celular y disminución del gasto cardiaco.

Observaciones

Al principio: irritabilidad, fiebre, escalofríos, piel caliente y seca, cara roja, congestionada.

Gravedad creciente

Disminución del gasto cardiaco, del volumen circulatorio, y de la perfusión tisular, piel seca y fría que evoluciona a piel fría y pegajosa, edema periférico, oliguria, evoluciona en anemia, frecuencia cardiaca rápida y débil, hipotensión

Trastornos /factores asociados

Neutropenia preexistente secundaria al tratamiento o enfermedad.

Intervenciones

- Valore las constantes vitales, los ruidos respiratorios y el estado del corazón y la hipotensión puede ser una precursora de sepsis
- Vigile la presencia de inyección cutánea o bucal, IRA, ITU, secreción vagina, absceso peri rectal
- Valores estado mental los cambios de conciencia.

QUIMIOTERAPIA

Tratamiento del cáncer sistémico mediante fármacos que actúan sobre el ciclo celular, es útil, cuando hay una afección diseminada o cuando existe un riesgo alto de recidiva en el organismo puede ser curativo, puede prolongar la vida o puede ser paliativo, si emplea como adyuvante de la cirugía y /o de la radioterapia.

Complicaciones Posibles:

Probables frecuentes:

Supresión de la médula ósea, manifestaciones cutáneas, disfunciones digestiva, respiratoria, renal, cardíaca, sexual, reproductiva, desequilibrios electrolítico, químico, disfunción músculo esquelético

Cuidados sintomáticos en Quimioterapia

➤ **Mielosupresión Hematológica:**

Inhibición de la actividad de la médula ósea que causa una disminución de la producción de células sanguíneas y plaquetas causada por los efectos de la quimioterapia, el estado patológico.

➤ **Leucopenia:**

Reducción transitoria del número total de leucocitos circulantes, puesto que la vida del leucocito es muy corta (6-8 horas), las

leucopenias aparecen con frecuencia en pacientes que reciben quimioterapia, colocándolos en situación de riesgo a infecciones. Cuando el Recuento Absoluto de Granulositos (RAG), es <1.000 células /mm³, el paciente tiene riesgo a infección.

Datos objetivos:

Aumento de temperatura, si no esta enmascarado por corticoides, fármacos antiinflamatorio, Aumento y descenso brusco de los neutrofilos, Respiratorios: tos, producción de esputo, cambios en los ruidos respiratorios (sibilantes, estertores, roncus); Piel y mucosas: erosiones cutáneas, sitios de punción, enrojecimiento Perine: excoriación; Recto: fisuras, abscesos.

Complicaciones posibles:

Septicemia

➤ **Trombocitopenia:**

Reducción del numero de plaquetas circulantes causadas por la destrucción de la medula ósea durante la quimioterapia, las plaquetas circulan unos 10 días antes de ser eliminadas de la circulación.

Datos objetivos:

Desorientación, petequias, moraduras fáciles, encías y nariz sangrantes, púrpura, hipermenorrea, sangre en vómitos y orina, heces de color alquitrán, hemorragia prolongada en procedimientos invasivos, hemorragia vaginal y rectal.

➤ **Anemia :**

Reducción transitoria del numero de eritrocitos circulantes y del nivel de Hgb, causada por la destrucción de células durante la

quimioterapia, que produce hipoxia tisular por disminución de la capacidad de transporte de oxígeno.

Datos objetivos:

Sincope, pérdida de color en las uñas y las palmas de las manos.

Digestivo:

➤ **Nauseas, Vómitos, Anorexia:**

Están causadas por los cambios fisiológicos debidos al cáncer, a la toxicidad de la radioterapia o la quimioterapia.

Datos objetivos:

Momento de la aparición de nauseas y vómitos antes y después de la administración de la quimioterapia, obstrucción intestinal, estado nutricional; pérdida de peso, disminución de la ingesta de alimentos, deshidratación, sequedad de piel y mucosas, disminución de la turgencia cutánea, orina concentrada, y disminución de la diuresis

Estomatitis /Mucositis:

Estomatitis: Respuesta inflamatoria transitoria de la mucosa bucal a los efectos tóxicos de los citotóxicos de la quimioterapia puede evolucionar a ulceración hemorrágica e infección secundaria.

Mucositis: Respuesta inflamatoria transitoria de la membrana mucosa

Datos objetivos:

Mucosa bucal: Eritema general, tumefacción, hemorragia, ulceración, lesiones infectadas (cándida albicans, herpes simple), labios: fisuras, rajaduras en los ángulos de la boca

Complicaciones posibles.

Infección, malnutrición, deshidratación, desequilibrio hidroelectolitos.

➤ **Diarrea :**

Deposiciones frecuentes de consistencia banda a líquida con o sin molestias causadas por los efectos de la quimioterapia.

Datos objetivos:

Deposiciones frecuentes, acuosas sanguinolentas, con contenido mucoso, con aspecto de alquitrán, deshidratación: mucosas secas, turgencia cutánea escasa, disminución de la diuresis.

Complicaciones posibles:

Desequilibrio electrolítico, deshidratación, malnutrición, hemorragia digestiva.

➤ **Estreñimiento:**

Eliminación irregular durante más de 3 días, heces duras y secas con estrías de color rojo, disminución de los ruidos intestinales.

Complicaciones posibles.

ÍLEO.

➤ **Cardiotoxicidad:**

Lesión cardíaca causada por los efectos tóxicos de los fármacos antineoplásicos.

Valoración

Observaciones/hallazgos:

Taquicardia, extrasístoles, fármacos predisponentes: adriamicina, daunomicina, uso simultáneo con la ciclofosfamida.

Complicaciones posibles.

ICC, arritmias, cardiomiopatía.

➤ **Toxicidad Pulmonar:**

Problemas respiratorios pasajeros o crónicos, relacionados con efectos tóxicos de la quimioterapia, los fármacos asociados a la toxicidad pulmonar son: Bleomicina, Busulfan y Carmustina

Datos objetivos.

Estertores basales, finos y crepitantes, disnea en reposo, hipoxemia, taquipnea, fiebre, neumonía (no infecciosa), edema pulmonar, fibrosis pulmonar.

Renal

➤ **Nefrotoxicidad :**

Disfunción de cualquier parte del sistema renal

Datos objetivos:

Hematuria (leve a grave), proteinuria, oliguria, anuria, irritabilidad, neuromuscular, temblor, cambios de personalidad, ácido úrico elevado, hiperpotasemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipernatremia, hipertensión, vómitos.

➤ **Cistitis hemorrágica:**

Cistitis química proporcional a la dosis causada por los efectos tóxicos de los metabolitos de la ciclofosfamida o la ifosfamida sobre la mucosa vesical.

Valoración:

Observaciones/hallazgos.

Polaquiuria, pérdida del tono vesical, hematuria oculta o macroscópica.

➤ **Neurotoxicidad:**

La lesión de la vaina de la mielina, la parálisis de los nervios autonómicos o el daño del SNC, causado por los efectos de los fármacos quimioterapéuticos, (alcaloides de la Vinca), Vincristina, Vinblastina, etc.

Datos objetivos

Temblores, debilidad muscular, dificultad para andar sobre los talones, imposibilidad para levantarse de la silla, pie caído, ataxia, ptosis palpebral, hemiplejía, irritabilidad, convulsiones, somnolencia, coma, retención urinaria,:

➤ **Hepatotoxicidad:**

Disfunción del hígado inducida por los fármacos quimioterapéuticos, (nitrosúreas, metrotexato, 6-mercaptopurina), asparaginasa, e interferón.

Datos objetivos:

Prurito, ictericia, orina de olor dulzor, o ácido de la orina, el aliento, deposiciones de color blanquecina, tendencia hemorrágica, púrpura, epistaxis, ascitis, edema generalizado, eritema, irritabilidad, apatía, déficit de la memoria

Complicaciones posibles.

Cirrosis, ascitis, hepatomegalia.

CRITERIOS DE ADMISIÓN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

(Instituto de Enfermedades Neoplásicas) (22)

PROBLEMAS MÉDICOS

- Inestabilidad hemodinámica
- Necesidad de uso de drogas vaso activas
- Necesidad de reposición de volúmenes en gran cantidad
- Necesidad de poli transfusión
- Alteración aguda del estado de conciencia
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Insuficiencia respiratoria (I. II)
- Necesidad de terapia ventilatoria
- Riesgo de complicaciones mayores secundarias a terapia instalada (anticoagulación, fibrinólisis, diálisis, etc.)
- Post para respiratorio

PROBLEMAS QUIRÚRGICOS

- Tiempo operatorio mayor de seis horas
- Pacientes sometidos a craneotomía
- Pacientes sometidos a trasplante de órganos
- Sobrecarga de volumen intraoperatorio
- Politransfundido (mayor de un volumen sanguíneo circulatorio)
- Cirugía vascular o torácica (Neumonectomía)
- Alto riesgo intraoperatorio (por antecedentes o por accidentes)
- Necesidad de ventilación mecánica Post cirugías
- Inestabilidad hemodinámica post cirugía
- Post reanimación cardio respiratoria intraoperatoria
- Cirugía de grandes vasos.

CRITERIOS DE ADMISIÓN DISCUTIBLES

- Edad mayor de 84 años
- Hipoxemia mayor de 24 horas
- Hipotensión sostenida mas de 24 horas
- Karnofsky menor de 50
- Coma No Metabólico. No traumático, mayor de 24 horas
- FOMS, mas de 3 órganos
- Enfermedad de fondo progresiva a pesar del tratamiento
- Enfermedad crónica no reversible no tributaria de tratamiento
- Post parto cardiorrespiratorio sin respiración espontánea
- Metástasis cerebral

MOTIVOS DE ADMISIÓN A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

1) REANIMACIÓN

- Hídrica-Fluido terapia
- Drogas vaso activas
- Corrección de ácido base
- Oxigenación –ventilación

2) VIGILANCIA

- Vigilancia defunción Ventilador Oxigenatoria
- Vigilancia de estado Hemodinamico
- Vigilancia de estado Metabólico
- Vigilancia de estado Neurológico
- Vigilancia de función cardiovascular

3) TERAPIA INTENSIVA

- Ventilación mecánica
- Nutrición parenteral total

- Corrección hidroelectrolítica
- Estabilización hemodinámica
- Estabilización metabólica

F.2.4 ESCALAS Y SCORES DE VALORACIÓN EN PACIENTES CRITICOS.

APACHE II

Acute Physiology And Chronic Health Evaluación, Un sistema de clasificación de las enfermedades graves que utiliza los principios básicos fisiológicos para calcular el riesgo de muerte en los pacientes con enfermedad aguda.

KARNOFSKY

Índice de capacidades de Karnofsky; Escala de diez preguntas para medir la capacidad del paciente de haber una actividad normal, la capacidad de hacer un trabajo activo, la necesidad de asistencia.

GLASGOW

Una escala muy utilizada para valorar el nivel de conciencia en las UCI es la escala Glasgow para el coma. Esta se desarrolló inicialmente con el fin de valorar el nivel de conciencia en politraumatizados, aunque su uso se ha extendido para la valoración de pacientes con disminución del nivel de conciencia por otras causas. Sin embargo esta escala no se recomienda para monitorizar el grado de sedación en los pacientes críticos, y menos aún en aquellos cuya capacidad para comunicarse esté limitada por encontrarse conectados a ventilación mecánica y en algunos casos bajo los efectos de relajantes musculares.

SOFA el score SOFA como sistema pronóstico en la sepsis.

RAMSAY

La más utilizada es la escala Ramsay, que se confeccionó específicamente como sistema objetivo de puntuación para medir la sedación inducida por drogas. Resulta eficaz tanto para medir el nivel de reactividad y somnolencia en pacientes críticos sedados, como para la evaluación postoperatoria tras la anestesia general. Tiene el inconveniente de que no es muy precisa en la evaluación de la agitación y del exceso de sedación.

F.2.5 ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL

La acreditación es el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales voluntarios periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud. Dentro de la evaluación de los servicios hay componentes los cuales son.

- Administración
- Recursos humanos
- Normación
- Resultados
- Infraestructura (Áreas, instalaciones, equipamiento)

Los objetivos de la acreditación son tres principalmente:

- Garantizar a los usuarios con establecimientos que cuenten con los recursos y la capacidad de gestión adecuados para ofrecer servicios de salud efectivos, eficientes y de calidad
- Fomentar en los usuarios y el personal de los establecimientos de salud, procesos de auto evaluación permanente que permiten identificar puntos críticos y establecer mecanismos para mejorar la calidad de atención
- Establecer una sana competencia como producto de calidad de atención

F.2.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA / ROL DE LA ENFERMERA EN LA VALORACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

El proceso de enfermería es el método por el que se aplican los sustentos técnicos de la enfermería a la práctica real, proporciona la base para cubrir las necesidades individualizadas del cliente.

- I. La Valoración:** Es la primera fase del Proceso de enfermería, sus actividades se centran en la obtención de la información relacionada con el cliente, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente.
- Es primordial seguir un orden en la valoración de forma que en la práctica, la enfermera adquieran un hábito que se traduzca en no olvidar algún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:
- Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano.
 - Criterios de valoración por “sistemas y aparatos” : se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
 - Criterios de valoración por “Patrones Funcionales de Salud”: la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo familiar, determinado el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.
- II. Diagnóstico.** Durante esta fase, se canalizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración, se extraen

conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente.

- Actualmente nos enfrentamos al reto de utilizar todo nuestro conocimiento para valorar la fuerza y debilidad del paciente, de modo que el pueda intervenir en la valoración, planeación, evaluación del cuidado. Necesitamos conocer a nuestros pacientes como individuos...El Proceso de enfermería proporciona un marco de referencia, para conocer necesidades mas sistemáticas que accidentales.

G. HIPÓTESIS

La hipótesis que se ha formulado por el presente estudio está dado:

- **Hipótesis nula**

La aplicación de la escala de enfermería no es efectiva en la valoración y clasificación de paciente crítico oncológico, en las áreas de hospitalización y medicina.

- **Hipótesis alterna**

La escala de enfermería en la valoración y clasificación del paciente crítico oncológico, en las áreas de hospitalización y medicina, si es efectivo.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS:

- **Utilidad de una escala de enfermería en paciente crítico oncológico**

Es el logro alcanzado después de la aplicación de la escala de enfermería a pacientes críticos oncológicos, con la finalidad de permitir una atención sistemática, especializada, eficiente,

aplicando el proceso de atención de enfermería, evitando así la rutinización y la mecanización del trabajo, la unificación de criterios en la valoración y clasificación de dichos pacientes.

- **Pacientes crítico oncológico en las áreas de hospitalización de cirugía y medicina**

Son todos los pacientes adultos oncológicos hospitalizados, que en su estado pre, post operatorio y sometido a la administración de citostáticos, tienen complicaciones oncológicas, y están en riesgo inminente de mortalidad hospitalaria, son de prioridad 1,2, son recuperables, y no de mal pronóstico y/o evolutivo.

- **Escala de enfermería en la valoración de paciente crítico oncológico:**

Es un sistema de puntuación, que permite valorar y clasificar al paciente crítico oncológico con el fin de detectar problemas y/o complicaciones en los pacientes oncológicos hospitalizados, y a su vez pueda contribuir a que su cuidado sea especializado, bajo monitoreo y supervisión intensiva.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO

Por la naturaleza del problema, el estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, de método cuasiexperimental, de corte longitudinal y prospectivo, ya que se presenta datos obtenidos del instrumento y como se presenta en un tiempo y espacio determinado.

B. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas, perteneciente a la OPD, como organismo público descentralizado, ubicado en la Av. Angamos, Surquillo, siendo el objetivo de la institución contar con una población nacional con bajas tasas de morbimortalidad de cáncer y con acceso universal y equitativo a los servicios oncológicos, eficaz, eficiente y de calidad.

Para una mejor atención, esta institución se divide en servicios de hospitalización, clínica, servicios de medicina, donde se realiza la administración de agentes citostáticos, sala de operaciones, recuperación, unidades críticas, con un equipo multidisciplinario conformado, por médicos staff, residentes, enfermeras generales, especialistas, y técnicos de enfermería.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por todas las enfermeras que laboran en el servicio de medicina y cirugía, así como los pacientes adultos oncológicos hospitalizados, de los servicios de medicina y cirugía, de los servicios de 3 “0,” 4, 5, 6, “ E “ en su estado pre, post-operatorio y sometidos a la administración de quimioterapia, de buen pronóstico, recuperables que están en proceso de peligro inminente de muerte hospitalaria.

Dentro de los criterios de inclusión, tenemos:

- Grupo compuesto por pacientes críticamente enfermos, inestables y que requieren inmediato tratamiento intensivo tal como soporte ventilatorio (Ventilación mecánica), infusión de drogas vaso activas, etcétera. Ejemplos de este grupo incluyen: postoperatorio (PO), de cirugía vascular y shock, hipoxemia, hipotensión, etc.
- Pacientes que están en la posibilidad inminente de necesitar tratamiento intensivo y para esto requieren monitoreo estricto y tecnológicamente avanzado: por ejemplo: monitoreo hemodinámica (Swan Ganz). Algunos casos de este grupo de pacientes son aquellos procesos agudos que se instalan sobre una alteración preexistente (renal, cardíaca, pulmonar).
- Estos son pacientes críticos e inestables en quienes su estado de salud previo, enfermedad de base crónica o aguda solas o en combinación, hace que sus posibilidades de recuperación sean escasas o que el resultado del tratamiento intensivo sea pobre. Ejemplo: cáncer metastático complicado por enfermedad respiratorio o infección. Estos pacientes son motivo de controversia en la UCI.

Asimismo se tuvo criterios de exclusión de la muestra:

CRITERIOS DE MAL PRONÓSTICO

- Glasgow menor de 7, por más de 72 horas
- Edad mayor de 84 años
- FOMS. Mayor de tres órganos
- Pacientes con progresión de enfermedad o evolutivos.

También se obtuvo criterios de conveniencia:

Pacientes de los servicios de las clínicas

CRITERIOS DE ADMISIÓN DISCUTIBLES

- Hipoxemia mayor de 24 horas
- Hipotensión sostenida mas de 24 horas
- Coma No Metabólico. No traumático, mayor de 24 horas
- FOMS, mas de 3 órganos
- Post parto cardiorrespiratorio sin respiración espontánea
- Metástasis cerebral

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Considerando la naturaleza del problema y sus objetivos se opto por diseñar una escala de valoración y clasificación, teniendo como guía referencial los scores de APACHE, SOFÁ, GLASGOW, TISS. El instrumento fue elaborado teniendo en cuenta la operacionalizacion de la variable dependiente y la propuesta de escala de enfermería.

La validación del contenido del instrumento fue a través de las técnicas de jueces de expertos (Médicos y Licenciados en enfermería) y la confiabilidad del instrumento, utilizando el (∞) de Cronbach's, teniendo una prueba piloto antes de la aplicación por parte del investigador.

E. RECOLECCIÓN ,PROCESAMIENTO DE DATOS

En el proceso de recolección de datos se considero en primer lugar las gestiones administrativas, pertinentes:

Se enviara los oficios al Director del INEN, solicitando apertura al campo clínico. Por medio de una carta emitida por la Facultad de Medicina (Post Grado)

Posteriormente se coordinara con el jefe de unidades críticas y la directora del departamento de enfermería así como a las jefas de servicios y enfermeras asistenciales para la enseñanza y la aplicación de la escala (como debe utilizarse y a quienes aplicar dicha escala).

Se realizara la codificación y análisis, interpretación y presentación de los datos estadísticos.

Se realizara el análisis interpretando los resultados.

F. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Concluida la recolección y tabulación de los datos, estas serán procesados en forma mecánica, representados luego en cuadros estadísticos, lo cual permitirá observar el comportamiento de los datos obtenidos así como ver la distribución de los mismo y realizar análisis e interpretación de acuerdo a la base teórica.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los principios éticos son directrices generales que gobiernan la conducta proporciona una base para el razonamiento y dirigen las acciones. Los seis principios éticos son: No maleficencia, Veracidad, fidelidad y justicia.

Le presente proyecto de investigación será evaluado en el comité de investigación del Hospital, donde se realizara el estudio.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Luego del resultado los datos fueron procesados y presentados en tablas y/o datos estadísticos para su análisis y/o interpretación. Así tenemos que: En la clasificación de niveles de riesgo, de 14 pacientes (100%), el bajo riesgo (7-24 pts) obtuvo el mayor porcentaje con 92.9% (13). El mediano riesgo (25-48 pts) 7.1% (1) y 0% en pacientes de alto riesgo (49-78 pts). En cuanto a la valoración y clasificación de pacientes críticos oncológicos.

Respecto a los sistemas corporales afectados el cardiohemodinámico obtuvo el mayor porcentaje con 23.6%, seguido del sistema respiratorio 18.2%, sistema hematológico con 16.4%, el sistema metabólico renal y tegumentario 14.5%, y por último el sistema neurológico con 12.7%.

En la frecuencia por edades, los pacientes \leq de 44 años (6) obtuvo el 42.9%, de 45-54 (3) al igual que de 55-64 (3) obtuvieron el 21.4%, de 65-74 (2), 14.3%, y por último los de \geq 75, no se obtuvieron datos.

TABLA N° 1

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CRÍTICOS SEGÚN NIVELES DE RIESGO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS LIMA-PERÚ 2007

NIVELES DE RIESGO	FRECUENCY N°	PORCENTAJE %
Bajo Riesgo	13	92.9
Mediano Riesgo	1	7.1
Alto Riesgo	0	00.
TOTAL	14	100.0

El Bajo Riesgo indica, alteraciones fisiológicas y clínicas primarias, un primer nivel de descompensación de estos pacientes, como lo es, en el sistema neurológico, un estado de conciencia en alerta y un Glasgow 14-13, en el Sistema Respiratorio, disminución de la saturación de oxígeno 89-90%, apoyo ventilatorio como lo es con cánula binasal, frecuencia respiratoria, aumentada o disminuida en grado leve, en el Sistema Cardiac-Hemodinámico, grado mínimo de alteración de la presión arterial ¿endiente a la hipertensión o hipotensión , en la frecuencia cardiaca de igual manera ,de una taquicardia o bradicardia leve, disminución en el llenado capilar y pulsos periféricos, en el Sistema Metabólico renal ,apoyo en la nutrición ,ya que no se puede o hay disminución de la ingesta por vía oral, el uso de alimentación enteral por sonda nasogastrica, reposición de electrolitos, en el

Sistema Tegumentario, aumento o disminución de la temperatura a corporal, presencia de edemas, y lesión por presión, en el Sistema Hematológico, disminución de alguno de los componentes sanguíneos.

El Mediano Riesgo , significa, alerta en la valoración y clasificación de estos pacientes , ya que hay 2 o mas sistemas corporales afectados, en el Sistema Neurológico, disminución significativa del estado de conciencia, Glasgow, 12-13, en el Sistema Respiratorio, baja moderada de la saturación de oxígeno, y aumento o disminución de la frecuencia respiratoria en regular cantidad, apoyo ventilatorio continuo, como es con la mascarilla simple o de reservorio, en le Sistema Cardíaco-Hemodinámico, alteraciones significativas en la presión arterial, frecuencia cardíaca alteración en el llenado capilar y pulsos periféricos. En el Sistema Metabólico -Renal Suplementos nutricionales endovenosas, como lo es la nutrición parenteral parcial o total, aumento o disminución significativa de la diuresis tendiente a una poliuria o oliguria, reposición de 2 electrolitos, en el Sistema Tegumentario, inestabilidad en la temperatura corporal, edemas con fovea, lesiones por presión, y en Sistema Hematológico 2 alteraciones en los componentes sanguíneos.

Respecto al Alto Riesgo, nos refiere, parámetros, signos y síntomas que evidencian deterioro en los sistemas corporales de nuestros pacientes, peligro inminente de muerte y necesitan un cuidado especializado, intensivo y oportuno.

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE SISTEMAS AFECTADOS
DE LA ESCALA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CRÍTICOS
ONCOLÓGICOS, EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y
CIRUGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ 2007**

SISTEMAS AFECTADOS	FREQUENCY N°	PERCENT %
Cardiaco-hem	13	23.6
Hematológico	9	16.4
Metabólico-Renal	8	14.5
Neurológico	7	12.7
Respiratorio	10	18.2
Tegumentario	8	14.5
TOTAL	55	100.0

En la tabla N° 2, la distribución de la frecuencia de sistemas corporales afectados, que del total de sistemas afectados que suman 55, el Sistema Cardiaco-Hemodinámico tiene el 13(23.6%), el Sistema Respiratorio 10(18.2%), el Sistema hematológico 9(16.4%), el sistema Metabólico- Renal 8(14.5%), de igual manera que el Sistema tegumentario 8(14.5%), y por ultimo el Sistema Neurológico con 7 (12.7%).

El sistema cardiaco hemodinámico, se divide en la 5 Ítems que son: de la presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos periféricos, llenado capilar y infusiones de inotropicos o antiarrítmicos.

El sistema respiratorio, se compone 5: la saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, apoyo ventilatorio, tipo de respiración y tipo de secreciones.

El sistema hematológico se divide en 2 ítems que son: afecciones hematológicas y transfusión de hemoderivados.

El sistema metabólico-renal se compone de 4 ítems, que son tipo de nutrición, diuresis, heces, reposición de electrolitos.

El sistema tegumentario se divide en 3 Ítems que son; la temperatura axilar, la presencia de edemas y lesión por presión

El sistema neurológico, por el sistema de conciencia y la escala de Glasgow.

TABLA N° 3

**FRECUENCIA DE EDADES DE LOS PACIENTES EN LA ESCALA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CRÍTICOS ONCOLÓGICOS, EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL INSTITUTO DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ 2007**

FRECUENCIA DE EDADES	FREQUENCY N°	PERCENT. %
≤44	6	42.9
45-54	3	21.4
55-64	3	21.4
65-74	2	14.3
≥75	0	0
TOTAL	14	100.0

Respecto a la tabla N° 3, la distribución de frecuencia por edades de los 14 individuos evaluados es la siguiente: de menos de 44 años el 6(42.9%), de 45-54 ,3(21.4%), de 55-64 ,3(21.4%), de 65-74, 2(14.3%), no se halló datos de mayores de 75 años.

TABLA N°4

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE SISTEMAS AFECTADOS POR DEPARTAMENTO MEDICO DE LA ESCALA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CRÍTICOS ONCOLÓGICOS, EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ 2007**

Sistemas	Departamentos								Total	
	Medicina		Neurocirugía		Abdomen		Senos Tumores Mixtos			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cardiaco-hemodinamico	7	30.5	2	14.3	3	23.1	1	20.0	13	23.6
Hematológico	6	26.1	1	7.2	2	15.4	0	0	9	16.4
Metabólico-renal	3	13.0	3	21.4	1	7.6	1	20.0	8	14.5
Neumológico	1	4.4	3	21.4	2	15.4	1	20.0	7	12.7
Respiratorio	3	13.0	3	21.4	3	23.1	1	20.0	10	18.3
Tegumentario	3	13.0	2	14.3	2	15.42	1	20.0	8	14.5
TOTAL	23	100	14	100	13	100	5	100	55	100

En la tabla N° 4, de la distribución de frecuencia de sistemas corporales afectados por departamentos ,se obtuvo que de 14 individuos y 55 sistemas afectados ,el Departamento de Medicina tiene 23 sistemas afectados, con una alteración significativa en el sistema hematológico, el departamento de Neurocirugía con 14 sistemas afectados, que tiene su mayor alteración es en

los sistemas metabólico-renal, sistema neurológico, y sistema respiratorio, le 'Continua, el Departamento Medico de Abdomen con 13 sistemas afectados, el cual de mayor relevancia significativa es el sistema cardiaco hemodinámico y sistema respiratorio y el Departamento Medico de Senos Tumores Mixtos tiene 5 sistemas afectados ,en parte tegumentaria, metabólica-renal, respiratoria, cardiaco-hemodinamico.

El sistema cardiaco hemodinámico, se divide en la 5 ítems que son: de la presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos periféricos, llenado capilar y infusiones de inotropicos o antiarrítmicos.

El sistema respiratorio, se compone 5: la saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, apoyo ventilatorio, tipo de respiración y tipo de secreciones. El sistema hematológico se divide en 2 Ítems que son: afecciones hematológicas y transfusión de hemoderivados.

El sistema metabólico-renal se compone de 4 ítems, que son tipo de nutrición, diuresis, heces, reposición de electrolitos.

El sistema tegumentario se divide en 3 ítems que son; la temperatura axilar, la presencia de, edemas y lesión por presión.

El sistema neurológico, por el sistema de conciencia y la escala de Glasgow.

TABLA N° 5

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR DEPARTAMENTO MEDICO
DE LA ESCALA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CRÍTICOS
ONCOLÓGICOS, EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y
CIRUGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA-PERÚ 2007**

FRECUENCIA POR DEPARTAMENTO MÉDICO	FREQUENCY N°	PERCENT. %
Medicina	7	50.0
Abdomen	3	21.4
Neurocirugía	3	21.4
Senos-tumores	1	7.1
TOTAL	14	100.0

Respecto a la Tabla N° 5, de la distribución de frecuencias por departamento médico de la escala de enfermería para pacientes críticos oncológicos se obtuvo: que de 14 pacientes, el Departamento Médico de Medicina tiene el mayor porcentaje con 7 (50.0%), le sigue el Departamento Médico de Neurocirugía 3 (21.4%), de igual manera el Departamento Médico de Abdomen 3 (21.4%) y por último el Departamento de Senos Tumores Mixtos 1 (7.1%).

En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en los servicios de cirugía y medicina cuenta con 8 departamento médicos, los cuales se distribuyen 7 para cirugía y 1 para el mismo nombre de medicina.

Los departamentos de cirugía, tiene los departamentos de Abdomen, Cabeza y Cuello, Ginecología, Neurocirugía, Senos Tumores Mixtos, Tórax, Urología.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Mediante este trabajo de investigación se ha obtenido las siguientes conclusiones:

- La utilidad de la aplicación de la escala de enfermería se basa en el conocimiento de la utilización de ésta.
- La clasificación de los niveles de riesgo en los pacientes críticos oncológicos de las áreas de hospitalización de cirugía y medicina son de bajo riesgo, el sistema corporal más afectado es el cardiorrespiratorio y la edad promedio de paciente crítico oncológico es de menos de 44 años.

B. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del presente estudio son:

- Que el Departamento de Enfermería y los servicios de medicina y cirugía realiza en capacitaciones continuas sobre el propósito de la escala sugerida.
- Que se implemente y monitoree la escala de valoración y clasificación del paciente crítico oncológico para unificar criterios de atención.

C. LIMITACIONES

Las limitaciones del presente estudio estan derivadas de:

- La demora en la aplicación de la escala por problemas administrativos que fueron superados.
- El factor presupuestal en el material necesario para la capacitación y aplicación de la escala.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) (5) INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
“Oficina de Estadística e Informática “Lima-Mayo del 2006.
- (2) (3) (4) (16) (17) (18) (19) (20) (21) TUCKER, CANOBBIO, PAQUETTE,
WELLS, “Normas de cuidados del paciente “Harcourt/Océano.
- (6) ENF. LILY REYES Y ELVIA MONZON; “Efectividad del Instrumento de
valoración de enfermería según patrones funcionales de salud en el paciente
critico; en el Hospital militar Central, lima-2006.
- (7) Enf. YAMILA RIVERO GONZALES y colaboradores:“Escala de
Evaluacion de la Carga de Trabajo de Enfermeria (EVECTE), en el hospital
militar central “Dr. Luis Diaz Soto” Ciudad de la Habana Cuba, desde octubre
del 2002 a febrero del 2003.
- (8) ATENCION DE URGENCIAS DE LOS PACIENTES CON CANCER.
Pagina de internet.
- (9) AREVALO CASTILLO IRIS MARISOL. “Validación de los Scores Sofa y
Apache II, en la Unidad de Cuidados Críticos de Emergencia del HNERM.
Febrero-Abril 2005.
- (10) Mg. CARLOS ORTIZ MATOS, “Criterios de la Enfermera en la
Priorizacion de Atencion de Pacientes de Medicina-Cirugia del Hospital de
Apoyo Daniel Alcides Carrion 1999”.
- (11) (15) UCI-INEN 2002 “Proceso de Admision y Atencion en la Unidad de
Cuidados Intensivos”
- (22) LONG C.BARBARA .Enfoque del Proceso de Enfermeria. 1998. 3era
Edicion.”

BIBLIOGRAFÍA

AREVALO CASTILLO IRIS MARISOL. “Validación de los Scores Sofa y Apache II, en la Unidad de Cuidados Críticos de Emergencia del HNERM.

Febrero –abril 2005.

BARBOZA BESADA EDUARDO. “Principios y Terapéutica Quirúrgica.

1era Edición Lima- Abril 1999

HOSPITAL MILITAR CENTRAL “Curso de Actualización de Enfermería en el Manejo de Pacientes Críticos “21, 22,23 Agosto del 2000

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

“Oficina de Estadística e Informática “Lima-Mayo del 2006

INSTITUTO DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS “Reglamento de Organización y Funciones” .Abril 2003

MARRINER TOMEY ANA, RAILE A MARTHA. “Modelos y Teorías de Enfermería. 4Ta Edición 1999

OTTO.Shirley, MSN, CRNI, “Enfermería Oncológica”

POLIT, Denise F. HUNGLER Bernadette “Investigación Científica En las Ciencias de la Salud” Quinta Edición, McGraw Hill Interamericana 1997.

SOLIDORO S. ANDRES “Quimioterapia del Cáncer”. Lima-Perú 1994

TUCKER, CANOBIO, PAQUETTE, WELLS, “Normas de cuidados del paciente “Harcourt/Océano

UCI-INEN 2002 “PROCESO DE ADMISION Y ATENCION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS”

PÁGINAS DE INTERNET

Buscador : Google Tema: Escalas de Evaluacion - Paciente Critico

[http://www.mdanderson.org/atenciondeurgenciasdelospacientesconcancer.](http://www.mdanderson.org/atenciondeurgenciasdelospacientesconcancer)

<http://www.neurocirugia.com/escalas/Karnofsky.htm><http://www.neurocirugia.com/escalas/Karnofsky.htm>

<http://tratado.uninet.edu/c120203.html>

[http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/MedicinaIntensiva/Admision.](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/MedicinaIntensiva/Admision)

<http://www.intermedicina.com/Avances/Clinica/ACL68.htm>

http://www.tdcat.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0331104-104403/E_TESIS.pdf

<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo1/capitulo1.htm>

[http://www.medigraphic.com/espanol.](http://www.medigraphic.com/espanol)

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pàg.
A	Operacionalización de la variable.....	I
B	Autoinstructivo	III
C	Instrumento.....	V
D	Prueba binomial	VI
E	Consentimiento informado.....	VII
F	Confiabilidad del Instrumento.....	X

ANEXO A
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR FINAL
Valoración y Clasificación de Paciente Crítico Oncológico	Son un conjuntos de ítems, que están clasificados y ordenados de acuerdo a los sistemas corporales ,siguiendo un orden de cabeza a los pies, donde estos pacientes están con riesgo inminente de muerte hospitalaria, debido a su estado patológico, en su pre, post-operatorio y sometido a la administración de agentes citostaticos	<p style="text-align: center;">SISTEMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NEUROLOGICO <i>Nivel de conciencia</i> <i>Glasgow</i> • RESPIRATORIO <i>Saturación de oxígeno</i> <i>Tipo de respiración</i> <i>Tipo de secreciones</i> • CARDIACO- HEMODINAMICO <i>Presión arterial</i> <i>Frecuencia cardiaca</i> <i>Pulsos periféricos</i> <i>Llenado capilar</i> <i>Infusión de drogas</i> <i>(inotropicos,antiarritmicos, otros)</i> • SIST. METABOLICO – RENAL <i>Tipo nutrición</i> <i>Diuresis</i> <i>Heces</i> <i>Balance hídrico</i> • TEGUMENTARIO 	Son un conjunto de ítems clasificados y ordenados de acuerdo a sistemas corporales, siguiendo un orden de “cabeza y pies”, y tratamiento específico,(pacientes con terapéutica medica). Estos ítems están basados en la aplicación de una escala de enfermería que va tener un sistema de puntuación dentro de un continuo descriptivo, y se va cuantificar por análisis subsecuente de datos obtenidos. Clasificando a los pacientes críticos oncológicos	<p>Rango anormal alto:</p> <p>Sistema neurológico. Agitado</p> <p>Sistema respiratorio FR \geq 40 Polipnea Sanguinolentas</p> <p>Sistema cardiaco-hemodinamico P.A. 200/120 FC. 150x` Infusión de drogas : + de dos</p> <p>Sistema metabólico renal Poliuria Diarrea BH + 4000</p>	<p>Pacientes de:</p> <p>Alto riesgo: (49-78)Pts.</p> <p>Mediano riesgo : (25-48)Pts</p> <p>Bajo riesgo. (7-24)Pts.</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR FINAL
		<p><i>Temperatura axilar</i> <i>Coloración</i> <i>Edema con fovea</i> <i>Ulceras por presión</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • HEMATOLOGICOS <i>Afecciones hematológicas</i> <i>Transfusiones de glóbulos rojos, plasma, plaquetas.</i> • ESPECIFICOS <i>Pos RCP(0-24)horas</i> <i>Retos de K,Mg, Na</i> <i>Apositos quirúrgicos</i> <i>(drenes Blake,P,K)</i> 		<p>Sistema tegumentario $T \geq 41$ <u>Rango anormal bajo</u> Sist. Neurológico Soporoso Glasgow ≤ 7 Sistema respiratorio $SO_2 \leq 75\%$ Ventilación mecánica Apnea Sist. Cardiac-hem. P.A. 60/40 F.C. ≤ 40 Pulso no palpable Llenado capil. + 3 “ Sist. Metabólico-R. NPO Anuria Íleo BH ≤ 4000 Sist. Tegumentario $T \leq 34$ Ictericia Elema con fovea Upp IV grado Sist. Hematológicos + de una transfusión +afección hematológica Específicos Apositos qx hematico purulento.</p>	

ANEXO B
AUTOINSTRUCTIVO DE LA ESCALA DE VALORACIÓN Y
CLASIFICACIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS ONCOLÓGICOS DE LOS
SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA (INEN)

Estimada (o):

Colega, este autoinstructivo es para comprender y emplear con facilidad la escala de valoración y clasificación de nuestros pacientes oncológicos, además de algunas definiciones que debemos tener en cuenta en la aplicación de la escala.

- **RANGO ANORMAL ALTO:**
Son resultados o parámetros que están por encima de lo establecido
- **RANGO ANORMAL BAJO:**
Son resultados o parámetros que están por debajo de lo establecido

1+	<p>1 Nivel de descompensación:</p> <p>Alteraciones fisiológicas y clínicas primarias; que nos están indicando descompensación clínica de nuestros pacientes</p>
2+	<p>2 Nivel de descompensación:</p> <p>Nos debe indicar alerta en la valoración y clasificación de nuestros pacientes, dos o varios sistemas corporales alterados.</p>
3+	<p>3 Nivel de descompensación:</p> <p>Parámetros, signos y síntomas que evidencian deterioro en los sistemas corporales de nuestros pacientes, peligro inminente de muerte y necesitan un cuidado especializado y oportuno.</p>

INDICACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA:

MARCAR CON UNA ASPA (X) CADA ITEM DE CADA SISTEMA

1. Pacientes oncológicos adultos (20-80 años) de los servicios hospitalización de medicina y cirugía
2. Grupo compuesto por pacientes críticamente enfermos, inestables y que requieren inmediato tratamiento intensivo tal como soporte ventilatorio, infusión de drogas vaso activas. Ejemplos de este grupo incluyen: postoperatorio (PO), de cirugía vascular y shock, hipoxemia, hipotensión, etc.
3. Se excluye pacientes no recuperables, de mal pronóstico o enfermedad evolutiva.
4. Las escalas de evaluación son de ayuda para el diagnóstico clínico para la valoración y clasificación de estos pacientes críticos.

ANEXO C
INSTRUMENTO

Escala de Enfermería para pacientes críticos oncológicos en los servicios de Hospitalización de Cirugía y Medicina (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas)

FICHA DE PACIENTE

Fecha: _____ Hora (0-24): _____ Dpto. Mx: _____

Apellidos y nombres: _____ Dx. _____ Cx y/o Qt. _____

Sistemas		RANGO ANORMAL ALTO				RANGO ANORMAL BAJO				Ptje
		+3	+2	+1	0	+1	+2	+3		
Neurológico	Nivel de conciencia				Orientado	Alerta	Somnoliento	Estupor P.		
	Glasgow				15	14-13	12-10	10-8		
Respiratorio	Saturación de O ₂				90 - 100%	89- 85%	84 –78%	<75%		
	FR	> 35		25-34	12-24	8-11		< 6		
	Oxígeno				Espontánea	CBN	Mreserv	VM		
	T. de respiración			Polipnea	Eupnea	Bradipnea		Apnea		
	T. de secreción	Sanguinolentas	Purulentas	Densas	Transparentes					
Cardiaca Hemodinámica	P.A.	> 200/120	1080-120	160-100	Normal	80-50	70-40	<60/30		
	FC	> 150	140-150	110-139	60-100		40-50	< 40		
	Pulsos Periféricos				Normal	Leve	-	No palpable		
	Llenado capilar				Normal	>3"	> 5"	> 7"		
Sist. Metabólico Renal	Infusión de drogas (inotróp, antiarr, otros)	+++	++	+	0					
	T. de Nutrición				V.O.	SNG-SNE	NPT-NPP	NPO		
	Diuresis		Poliuria		Normal		Oliguria	Anuria		
	Heces		Diarrea		Normal		Estreñimiento	Ileo		
Tegumentario	Reposición K, Mg., Na.,				0	+	++	+++		
	T° Axilar	> 41°	39-40°	38-38.5°	36-37.9°	35.9-35°		< 34°		
	Edema C / F				Normal	Leve	Moderado	Servero		
Específicos	UPP				0	+	++	+++		
	Estancia Hospitalaria Pos RCP (0-24 H)				0	0-12	12-24 h	> 24 h		
	Apósitos quirúrgicos (Drenab. Blake, P, K)				Normal	Seroso	Sero hemático	Hemático purulento		
	Infusión de Qt.				0	+	++	+++		
	Afecc. Hematológicas Hb, L, Pq.				0	+	++	+++		
	Transfusión de Gr, Pasma, Pq.				0	+	++	++++		
									<u>TOTAL</u>	

Edad
 < 44
 45 - 54
 55 - 64
 65 - 74
 >= 75

Clasificación
 Bajo riesgo 7 – 24
 Mediano Riesgo 25 – 48
 Alto Riesgo 49 – 72

Sistemas afectados
 A. Neurológico
 B. Respiratorio
 C. Cardiaco-Hem
 D. Metabólico-Renal
 E. Tegumentario
 F. Hematológico

ESCALAS DE EVALUACIÓN

Escala de Glasgow		Escala de edema	Descripción	Profundidad de la fovea	Tiempo de recuperación de la fovea	Diuresis	Hemato-lógico	
<i>Apertura ocular</i>	4 3 2 1	Esponáneo A la voz Al dolor Ninguna	El edema es el líquido acumulado en el espacio extravascular del organismo. Con fovea es al presionar el tejido queda huella.	Leve (+1)	¼-1/2'' (≤6.4-12.8mm)	1 10-15''	Anuria < 100 ml/d	Hb < 8
<i>Respuest a verbal</i>	5 4 3 2 1	Orientado Confuso Palabras inapropiadas Sonidos incomprensibles Nula		Moderado (+2)	½-1'' (12.8mm-2.5cm)	1-2'	Oliguria < 500 ml/d	Leucocito < 4 000
<i>Respuest a motora</i>	6 5 4 3 2 1	Obedece ordenes Localiza dolor Retracción al dolor Decorticación (Flexión) Descerebración (Extensión) nula	Severo (+3)	≥1''(≥2.5cm)	2-5'	Poliuria > 2 l/d	Plaquetas <100 000	

Estado de conciencia	
<i>Alerta</i>	Responde inmediato a preguntas, puede ser desorientado o confuso. Obedece ordenes complejas
<i>somnoliento</i>	Confuso y sin interés por el medio que lo rodea. Se duerme fácilmente cuando no se estimula. Obedece órdenes sencillas.
<i>Estuporoso</i>	Duerme cuando no se estimula, responde rápida y adecuadamente a los estímulos dolorosos de moderada intensidad
<i>Estupor profundo</i>	Responde solamente a estímulos dolorosos prolongados
Coma	No responde a ningún estímulo, presente, fenómeno de decorticación y descerebración.

Escala de palpación y de pulso		Llenado capilar
0	No palpable	<i>Maniobra que se práctica en lechos unguales para valorar la circulación arterial de la extremidad. El lecho se comprime para blanquearlo y la liberación de la presión debe producir recuperación del flujo sanguíneo el color de la uña(menos de 3'')</i>
1	Leve palpación(débil y filiforme)	<i>La gravedad de la insuficiencia arterial es directamente</i>
2	Palpable(pulso normal)	<i>Proporcional al tiempo necesario para que el flujo y el</i>
3	Lleno (pulso hiperdinamico)	<i>Color de la uña se restablezcan.</i>

LEYENDA

+	Una infusión de droga (inotrópicos, antiarrítmicos, otro) Una reposición de electrolitos. Una UPP (lesión por presión) Ejemplo: UPP sacra, UPP de talón, etc. Una infusión de Qt Una infusión de un tipo de hemoderivado (gr, plaq, plasma) Un trastorno hematológico (anemia, Neutropenia y plaquetopenia)
++	Dos
+++	Tres

ANEXO D

PRUEBA BINOMIAL

JUEZ N° ÍTEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	VALOR 5
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	0	1	0	0.145

Considerándose válido cuando la suma del valor es < 0.5

ANEXO E
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada (o) colega la presente es para saludarlo cordialmente y a la vez solicitar su colaboración voluntaria en el estudio de investigación que se detalla a continuación.

Agradezco de antemano su participación.

1. TÍTULO

“Utilidad de la aplicación de una escala de enfermería en la valoración y clasificación de pacientes críticos oncológicos en las áreas de hospitalización de cirugía y medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”

2. INVESTIGADOR

Lic. Susana Alva Mayurí.

3. OBJETIVO

Determinar la efectividad de la aplicación de un escala de enfermería en la valoración y clasificación del paciente crítico oncológico en las áreas NO CRITICAS del INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS, contribuyendo al mejoramiento de su atención ,la modificación de su cuidado , y clasificando los riesgos que atenten contra su vida durante el proceso hospitalario.

4. PROCEDIMIENTO

El presente Estudio de Investigación es de método experimental que se aplicará en el mes de Noviembre del 2006, una escala de valoración y clasificación a pacientes críticos oncológicos en las áreas no críticas de los servicios de hospitalización de Cirugía y Medicina de INEN.

5. BENEFICIOS

Su participación es voluntaria e importante, los resultados que se obtengan serán útiles para determinar la efectividad de la técnica que permitirá mantener permeable la sonda nasoyeyunal.

6. RIESGO PARA SU SALUD

No existe, es un trabajo de investigación que busca mejorar el cuidado de enfermería al paciente con sonda nasoyeyunal.

7. ALTERNATIVAS DE PARTICIPACIÓN

Su participación es voluntaria. Usted puede retirarse del estudio en el momento que crea pertinente. Todas las preguntas o dudas que Ud. tenga acerca de este estudio serán respondidas personalmente por el responsable del mismo.

8. CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos personales que se obtengan del presente trabajo, permanecen en estricto anonimato. Su nombre no será utilizado para ningún propósito.

9. CONSENTIMIENTO

Si usted está interesado en participar por favor llene la ficha que presentamos a continuación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

como Enfermera (o) Asistencial de los Servicios de Hospitalización de Cirugía y Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, expongo que he sido informada por la investigadora Lic. Susana Alva Mayurí, recibiendo explicaciones verbales sobre el procedimiento, beneficios y confidencialidad de la aplicación de una Escala de Valoración y Clasificación de Pacientes Críticos Oncológicos en las Áreas No Críticas del INEN.

Por lo tanto manifiesto que he tenido y estoy satisfecha de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas y otorgo mi consentimiento informado para la aplicación de la lista de cotejo en mi persona.

Entendiendo que este consentimiento informado puede ser revocado por mi en cualquier momento ante del desarrollo del trabajo de investigación, y para que así conste, firmo el presente documento.

Firma de la Enfermera (o) Asistencial

D.N.I. :

C.E.P.:

FECHA:

Firma del Testigo

D.N.I.

ANEXO F
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Cronbach's alpha	Cronbach's Alpha based on Standardized Ítems	N° de of items
<p>0.245</p> $\alpha = \frac{K(N^\circ \text{ items})}{k^2}$ $(K - 1) [1 - \sum S] (V. de \text{ Items})$ $i = \frac{1}{2} i$ <p><i>S (varianza total)</i></p>	<p>0.439</p> <p>Nivel bajo</p> <p>0.70</p>	<p>23 validados</p> <p>24 propuestos</p>