

**FCM**



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE ENFERMERIA**

**CICLO DE LA LICENCIATURA**

**EN ENFERMERIA**

**Causas de re internaciones de pacientes oncológicos  
pediátricos (Estudio descriptivo, de corte  
transversal)**

**AUTORES:**

**NATALIA IRENE, ARENA**

**MARIA ELENA, AGUIRRE**

**MARIELA NOEMI, TRUJILLO**

**Mendoza, Mayo 2019**

## ADVERTENCIA

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

## ACTA DE APROBACION

Presidente: \_\_\_\_\_

Vocal 1: \_\_\_\_\_

Vocal 2: \_\_\_\_\_

Trabajo aprobado el: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMIENTO**

En agradecimiento a todas aquellas personas que con su tiempo y dedicación nos transmitieron el hermoso don y máspreciado valor del cuidado de la salud, contagiando con su entusiasmo, su entrega y conocimiento en el Respeto e Integridad por el ser Humano como tal.

A esas personas especiales que están en nuestras vidas, a quien dedicamos y agradecemos porque nos han dado todo su apoyo, comprensión, paciencia y constancia en todo este tiempo que hemos compartido. Gracias por estar siempre a nuestro lado y por ser tan especiales.

También queremos hacer una memoria en agradecimiento de todas aquellas personas que no se encuentran físicamente presente pero que con su aporte supieron alentar e incentivar nuestros esfuerzos, vocación y camino. Y para concluir un especial agradecimiento en estos 2 años a los profesores de la “Cátedra de la Licenciatura de Enfermería de la Facultad Nacional de Cuyo”

**GRACIAS A TODOS**

María Elena Aguirre, Natalia Irene Arena, Mariela Noemí Trujillo,

## **PREFACIO**

Esta tesis surge del deseo, de poder ayudar de alguna forma a los pacientes oncológicos pediátricos y a sus familias a través de la detección de causas y factores que influyen a que reingresen al servicio de internación pediátrico abordándolo desde el conocimiento y así transmitirlo a los padres mediante la educación una de las funciones de Enfermería.

Además, este estudio será de gran importancia para el equipo de salud, no solo para favorecer a la recuperación del paciente sino también para su reinserción en la sociedad brindándole mejor calidad de vida.

La enfermedad oncológica es compleja, puede revestir gravedad y se hace más llevadera y mejor si la familia sabe cómo es el manejo en cuanto al cuidado, día tras día la atención de los pacientes oncológicos pediátricos es llevada a cabo por un equipo multidisciplinario incluyendo la enfermería como pilar fundamental, ofreciendo compromiso y dedicación y la guía para lograr una buena calidad de vida en el paciente.

Para la familia el hecho de habituarse con las prácticas del cuidado en su propio hogar es de vital importancia. Contar con el apoyo del equipo multidisciplinario que lo atiende, saber que se evacuaran sus dudas, que se brindara información en forma clara y concisa, los hace sentir que no están solos.

LAS AUTORAS

## INDICE GENERAL

Introducción	12
Descripción de la realidad problemática	15
Planteamiento de problema	17
Justificación	18
Objetivos del estudio	19
Objetivo General	19
Objetivo Especifico	19

### Capítulo I

Marco Teórico	20
Definición de cáncer	20
Factores Pre disponentes	20

Incidencia del cáncer en niños	27
Diferencia entre pacientes hematológicos y oncológico	28
Las 3 grandes armas de la Oncología Complicaciones del Tratamiento	28
Educación a la familia de pacientes con cáncer	29
Cuidados y su importancia	29
Neutropenia: definición	30
Cuidados para pacientes con neutropenia trombocitopenia Definición	30
Cuidados a pacientes con trombocitopenia	31
Teorías y Modelos de cuidado desde la enfermería	31
Factores que inciden en la re internación	32
Capítulo II	
Diseño Metodológico	41
Tipo de estudio	41
Área de estudio	42

Universo	42
Muestra	43
Criterio de inclusión	44
Variables: definición	44
Tabla de operacionalización de las variables	44
Técnica e instrumento de recolección de datos	45
Plan de recolección de datos	45
Análisis, procesamiento y presentación de datos	49

### **INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS**

TABLA Y GRAFICO N° 1 Distribución de la muestra según el sexo	50
TABLA Y GRAFICO N° 2 Distribución de la muestra según las edades en pacientes de sexo femenino.	51
TABLA Y GRAFICO N° 3 Distribución de la muestra según las edades en pacientes de sexo masculino.	52
TABLA Y GRAFICO N° 4 Distribución de la muestra según la zona de residencia.	53
TABLAS Y GRAFICOS N° 5 Distribución de la muestra según el número de reinternaciones que han presentado.	54



TABLA Y GRAFICO N° 6 Distribución de la muestra según la condición de la vivienda en la que vive.	55
TABLA Y GRAFICO N°7: Distribución de la muestra según si la población encuestada cuenta con agua potable.	56
TABLA Y GRAFICO N°8: Distribución de la muestra según si comparte habitación.	57
TABLA Y GRAFICO N°9: Distribución de la muestra según el nivel de instrucción de los cuidadores.	58
TABLA Y GRAFICO N° 10: Distribución de la muestra según si la población recibe información por parte del servicio de enfermería.	59
TABLA Y GRAFICO N° 11. Distribución de la muestra según si los cuidadores reconocen pautas de alarma.	60
TABLA Y GRAFICO N° 12: Distribución de la muestra según si se aplican técnicas de higiene bucal.	61
TABLA Y GRAFICO N° 13: Distribución de la muestra según las veces en la semana que se realiza aseo personal.	62
TABLA Y GRAFICO N° 14: Distribución de la muestra según si conoce la dieta adecuada.	63
TABLA Y GRAFICO N° 15: Distribución de la muestra según si conoce los cuidados para preparar los alimentos.	64
TABLA Y GRAFICO N° 16: Distribución de la muestra según si consideran importante la higiene a la hora de preparar los alimentos.	65

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

La presente investigación busca determinar las causas que producen las reinternaciones en pacientes pediátricos con cáncer, internados en el Hospital Humberto Notti, en el servicio de Internación Pediátrico n° 5.

El cáncer infantil constituye un grupo heterogéneo de enfermedades con etiología, tratamiento y pronóstico diferente. El diagnóstico de cáncer puede adquirir un significado especial, en muchas ocasiones es el enfrentamiento con una muerte inminente. De hecho, el cáncer sigue siendo la segunda causa de muerte en la infancia, en los países en desarrollo, después de los accidentes.

El espectacular desarrollo de la oncología pediátrica en los últimos 20-30 años ha permitido que el 70% de los niños con neoplasias, se curen de su enfermedad en los países desarrollados y puedan llevar una vida normal. Han sido los grandes avances en la medicina en el último siglo y la intervención interdisciplinar, (la colaboración estrecha entre todos los especialistas implicados en el manejo del paciente), lo que ha permitido que el pronóstico y la supervivencia de estos niños mejoren.

El diagnóstico y tratamiento rápido y adecuado intentan no sólo curar al paciente, sino que las secuelas físicas y psicológicas sean las mínimas posibles. La responsabilidad en la detección precoz de estas enfermedades reside en el pediatra de cabecera y los individuos cercanos al enfermo; sin embargo, su supervivencia y su calidad de vida dependen, en la gran mayoría de casos, del manejo adecuado y cuidadoso por parte de un conjunto complejo de especialistas, coordinados por el oncólogo. Esta patología supone una amenaza constante en cuanto a la calidad de vida a la que la familia y el pequeño paciente se enfrentaran durante un periodo

indeterminado de tiempo. Por ello consideramos necesario e importante empatizar con el paciente y su entorno cercano, la familia.

La amenaza de muerte y la incertidumbre de la supervivencia son centrales a la hora de abordar el problema del cáncer y esto lo hace diferente de otras enfermedades crónicas, que no tienen un desenlace fatal.

Los médicos oncólogos que tratan a estos pacientes se ven obligados a enfrentarse a estos cuestionamientos: la incertidumbre en el éxito del tratamiento, los efectos secundarios del mismo, los riesgos que no se cumplan con las indicaciones, con lleva consecuencias graves en los niños.

El cuidado de un niño debe orientarse hacia la atención integral del paciente y a la familia, es por ello que los profesionales deben tener los conocimientos sobre el manejo durante el diagnóstico y tratamiento, que acompañen y que pueda adelantarse ante posibles riesgos que pueden llevarlo a una reinternación.

Múltiples son las causas que pueden incidir en la reinternación de los niños con patologías crónicas como el cáncer, las cuales estén relacionadas a la propia enfermedad, a su entorno social y cultural. Nos detendremos a analizar las causas que inciden en la reinternación de los pacientes pediátricos con cáncer, se caracterizará demográficamente a cada familia, en aspectos social, cultural y su relación con los cuidados que se le brindan diariamente. Nuestra muestra de estudio estará conformada por pacientes atendidos en el Servicio de Internación Pediátrico N° 5, del Hospital Humberto Notti durante el periodo abril, mayo, junio y julio del año 2018.

A través de diferentes instrumentos, obtendremos datos, los cuales analizaremos, con el fin de lograr discutir las causas de una reinternación, en relación con la realidad de cada núcleo familiar de los distintos pacientes.

## DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Nos propusimos en la presente investigación, la problemática que observamos dentro del Servicio de Internación Pediátrico N° 5 del Hospital Humberto Notti. Se detectó un aumento de re internaciones de pacientes oncológicos pediátricos. Esta observación fue tomada luego de remitirnos al libro de Actas del servicio de Internación n° 5, en el cual se registran los ingresos, especificando fecha, hora y motivo de ingreso. Por ello nos planteamos conocer las posibles causas que originen las reinternaciones en este tipo de pacientes.

En la práctica diaria como profesionales y dentro del campo de la salud el cual está formado por un grupo interdisciplinario, se otorga a estos pacientes relevancia a la hora de presentar una reinternación, y es tomada como urgencia pediátrica. Es así que, pensamos que es muy beneficioso para la salud del paciente conocer cuáles serían las posibles causas que originen una reinternación. Para poder resolverlas con anterioridad a que suponga un riesgo en la salud del paciente.

Teniendo una mirada panorámica de las reinternaciones dentro del servicio, se destaca la escasez de información que cada padre capta en el inicio de esta enfermedad. Ya sea a la hora de brindar cuidados esenciales para evitar este tipo de ingreso precoz o en cuanto a desconocimiento de los cuidados post-quimioterapia, pautas de alarma, medidas de higiene adecuada y demás. Evidentemente recibir una noticia como el diagnóstico de cáncer, produce en la dinámica familiar una alteración que se irá afrontando de forma paulatina, por ello en primera instancia la información que se le brindará, debe ser básica, con el fin de no producir en ellos sentimientos de estrés o temor por partes de los padres.

Uno de los puntos de partida es trabajar con lo anteriormente planteado, es hacer hincapié en la necesidad de fortalecer los conocimientos de los familiares en cuanto a la patología, y como está afecta al paciente. Para evitar fallas a la hora de brindar cuidados en el domicilio, una vez que presenten el alta hospitalaria.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las causas de re internaciones en pacientes pediátricos con cáncer, en el periodo abril, mayo, junio y julio del Año 2018 en el Hospital Humberto Notti?

## JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Se realiza la siguiente investigación con el fin de lograr conocer aquellas causas que produzcan una reinternación. Nos avocamos en primera instancia a valorar la dinámica familiar. Enfatizando en como la calidad del cuidado puede influir en la salud del paciente. Creemos que, resolviendo el problema de raíz, podremos evitar complicaciones. Somos conscientes de la gravedad que supone ser diagnosticado con cáncer, por lo mismo creemos que cualquier avance que se logre realizar en pro al paciente le será muy beneficioso, en el transcurso de su enfermedad.

Luego de indagar sobre el tema, observamos que, existen pocas investigaciones que se enfoquen en las causas de porque un paciente oncológico presenta una reinternación. No se enfatizan en su realidad holística, lo cual creemos que es determinante ya que este paciente pertenece a un grupo familiar, el cual lo define de una manera u otra. El paciente pediátrico es un paciente dependiente de un cuidador. Por ello esta investigación está enfocada en los cuidadores, en beneficio del paciente oncológico pediátrico.

El Hospital Infantil Humberto Notti es un centro de referencia para pacientes pediátricos oncológicos y oncohematológicos situado en la ciudad de Mendoza, Argentina. Dado que pertenecemos a este ámbito laboral, decidimos realizar nuestra investigación con los pacientes que se internan aquí.

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar las causas que originan la reinternación de paciente pediátrico con cáncer del SIP 5, hospital Humberto Notti.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a la población de pacientes pediátricos del SIP-V.
- Caracterizar socio-demográficamente a la familia de los pacientes hospitalizados.
- Caracterizar según aspectos culturales a la familia de los pacientes hospitalizados.
- Evaluar el conocimiento de la familia, sobre la higiene y alimentación de pacientes pediátricos con cáncer.

## MARCO TEÒRICO

### **Definición de cáncer**

El término “cáncer” es genérico, engloba diferentes tipos de cáncer, definimos al mismo como; crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con la capacidad de invadir a células normales y provocar la destrucción de tejidos, esta no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y la célula en la cual se originan.

Dividimos a esta neoplasia en tres principales subdivisiones o subtipos: los sarcomas que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo, los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y por último de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. Los de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas, que se inician con la inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

### **Factores predisponentes**

Estamos expuestos a diferentes factores causales del cáncer dentro del ámbito en el que nos situamos, los factores predisponentes han incrementado al pasar los años, la tecnología y la industrialización del nuevo siglo XXI han permitido grandes avances, que los hacen imprescindibles en la vida cotidiana. El manual de enfermería Oncológica, publicado por el Instituto Nacional del Cáncer<sup>1</sup> en el año 2012, menciona

<sup>1</sup> Lic. Celano C, Lic. Estrada S, DraGandurN; Manual de Enfermería Oncológica, el Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Educación (2012) BS.AS Pág. 8-9



los factores predisponentes capaces de originar estas neoplasias, en determinados porcentajes de individuos expuestos a ellos.

Los investigadores estudian cómo estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa. A continuación, se exponen los siguientes factores:

**Herencia:** Uno de los principales predisponentes es el factor hereditario, se considera que el 5 al 10 % de la población mundial se encuentra dentro de los agentes causales más comunes del cáncer, estos genes llamados supresores tumorales u oncogenes se encargan de prevenir en condiciones normales la multiplicación tumoral, consecuentemente su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular estos procesos llevan un alto riesgo de cáncer. Otros tipos de neoplasias como retinoblastoma solo se presenta si se encuentra un gen específico y otros como el cáncer de colon o cáncer de mama se presenta solo en algunas familias siendo de factor puramente hereditario.

**Sustancias químicas:** estas sustancias cancerígenas se relacionan con la labor diaria de las personas que trabajan con estas sustancias, como, por ejemplo, el alquitrán y sus derivados se consideran altamente cancerígenos, sus vapores en algunas industrias (refinerías) se asocian con la elevada incidencia de cáncer del pulmón entre los trabajadores. Hoy en día se sabe que el benzopireno –sustancia química presente en el carbón– provoca cáncer de la piel en personas cuyos trabajos tienen relación con la combustión del carbón. El arsénico se asocia con cáncer del pulmón, pues los trabajadores de minas de cobre y cobalto, fundiciones y fábricas de insecticidas presentan una incidencia de este tipo de cáncer mayor que lo normal. En los trabajadores de las industrias relacionadas con el asbesto, la incidencia es de hasta 10 veces más que lo normal.

Una sustancia producida por el hongo *Aspergillus flavus*, llamada aflatoxina que contamina alimentos mal conservados, ocasiona cáncer de hígado en algunos animales. Se ha encontrado que, en países donde la contaminación de alimentos por mohos es frecuente, la incidencia de cáncer de hígado y de estómago es alta. El cigarrillo es otro agente cancerígeno; se ha determinado que la muerte por cáncer de pulmón es 6 veces mayor entre fumadores que entre no fumadores.

**Radiaciones:** La radiación provoca un cambio en el ADN como roturas y transposiciones cromosómicas, iniciando un proceso carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un período de latencia de varios años. Al igual que los rayos ultravioletas del sol y los rayos x que incrementan la proporción a adquirir cáncer de piel y leucemia.

**Infecciones o virus:** diferentes clases de virus y bacterias pueden llegar a provocar cáncer, cada vez hay más evidencias de infecciones causadas por estos tipos de patógenos que secundariamente desencadenan el cáncer, por ejemplo; la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago, las personas infectadas con esta bacteria tienen 4 veces más probabilidad de padecer esta neoplasia, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfopiteliomas, el virus de la hepatitis con el hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cérvix. Estos virus del tipo ARN contienen un gen denominado oncogén viral, capaz de transformar las células normales en células malignas.

**Traumas:** se considera perjudicial la irritación mecánica producida sobre una porción de la piel y la fricción ejercida sobre lunares. El cáncer de labio en los fumadores de pipa se asocia con la irritación crónica producida por la pipa sobre un grupo de células en el labio.

A continuación, se exponen en tablas los porcentajes que se dan según el factor expuesto.

Tabla 1: Factores ambientales que favorecen al cáncer

• Dieta	35%
• Tabaco	30%
• Infección	10%
• Alcohol	3%
• Comportamiento sexual y reproductivo	7%
• Ocupación	4%
• Polución	2%
• Factores geofísicos	3%
• Medicamentos y proco. médicos	1%
• Productos industriales	1%

Cole, P. and Rodu, B; Cancer. Principles of Oncology, 6° Ed 2001, pp 241-252.

Tabla 2: En la siguiente tabla se exponen los agentes que producen diferentes tipos de cáncer, relacionados con virus.

Agente	Sitio de cáncer
Hepatitis B	Hígado
Hepatitis C	Hígado
HIV-1	Sarcoma de Kaposi
HTLV-1	Linfoma T del adulto
HPV	Cuello uterino y orofaringe

Cole, P. and Rodu, B; Cancer. Principles of Oncology, 6° Ed 2001, pp 241-252.

Tabla 3: En la siguiente tabla se exponen tumores secundarios vinculados a fármacos

Agente	Sitio de cáncer
Quimioterapia	Leucemia
Hormonas exógenas estrógenos	Vagina, mama, endometrio
Contraceptivos orales	Hígado, endometrio
Tamoxifeno	Endometrio
Fenacetina	Riñón y vías urinarias,

Cole, P. and Rodu, B; Cancer. Principles of Oncology, 6° Ed 2001, pp 241-252.

Tabla 4: En la siguiente tabla se exponen los tumores relacionados a bacterias y parásitos

Agente	Sitio de cáncer
Helicobacter Pylori	Estomago
Schistosomahaematobium	Vejiga
Opisthorchisvivemini	Hígado

Cole, P. and Rodu, B; Cancer. Principles of Oncology, 6° Ed 2001, pp 241-252.

Tabla 5: En la siguiente tabla se exponen tumores relacionados a la exposición a carcinógenos en la ocupación industrial

Industria	Carcinógeno	Cáncer
Barcos demolición, etc.	Asbestos (amianto)	Pulmón, pleura
Pegamentos	Benceno	Leucemia
Pesticida	Arsénico	Pulmón, piel, hígado
Refinería mineral, manufactura	Níquel, cromo	Pleura, fosas nasales

Constanza, M.E. ET AL : ACS Textbook of Clinical oncology, 5 ° ed 2001, pp 55 74

## **Incidencia de cáncer en niños**

Según la OMS, " el cáncer representa el 0,5- 4,6 de morbilidad de niños, también se estima que 200 por cada millón de niños padecen de esta neoplasia y cabe destacar que según el programa de vigilancia epidemiológica y resultados lineales del NCT-(SEER) cada año desde el año 2001 hasta 2007 se presentan 32 de 100.000 niños entre 0-14 años con cáncer." <sup>2</sup>

El cáncer es un conjunto de enfermedades con una incidencia muy baja en los niños, comparado con la incidencia en mayores a 15 años.

Gracias al diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y el cuidado integral del paciente, la posibilidad de sobrevida puede llegar hasta más del 80 por ciento. El cáncer infantil posee características propias definidas, cada una con un nombre, un tratamiento y un pronóstico muy específico. Los tumores embrionarios como retinoblastoma, nefroblastoma, neuroblastoma y hepatoblastoma, son formas de cáncer específicas del niño, mientras que, por el contrario, la mayoría de los cánceres del adulto no existen en pediatría. La distribución de las patologías en Argentina indica que las leucemias constituyen la enfermedad oncológica más frecuente, seguida de los tumores de sistema nervioso central y los linfomas. A continuación, los describiremos.

**Tumores cerebrales:** Son los tumores sólidos más frecuentes en la infancia, con una incidencia de alrededor del 20% de los casos. Son más frecuentes en varones y la edad habitual de diagnóstico se sitúa entre los 3 y los 9 años. A diferencia de los adultos, en los que predominan los gliomas hemisféricos, en los niños la localización más frecuente es el cerebelo, siendo el tumor más frecuente el PNET o meduloblastoma (PNET cerebelar).

Los síntomas de presentación suelen ser muy inespecíficos y secundarios a una mayor presión intracraneal (hidrocefalia) debido a la obstrucción provocada por el tumor en los ventrículos, que dificulta la circulación del líquido cefalorraquídeo.

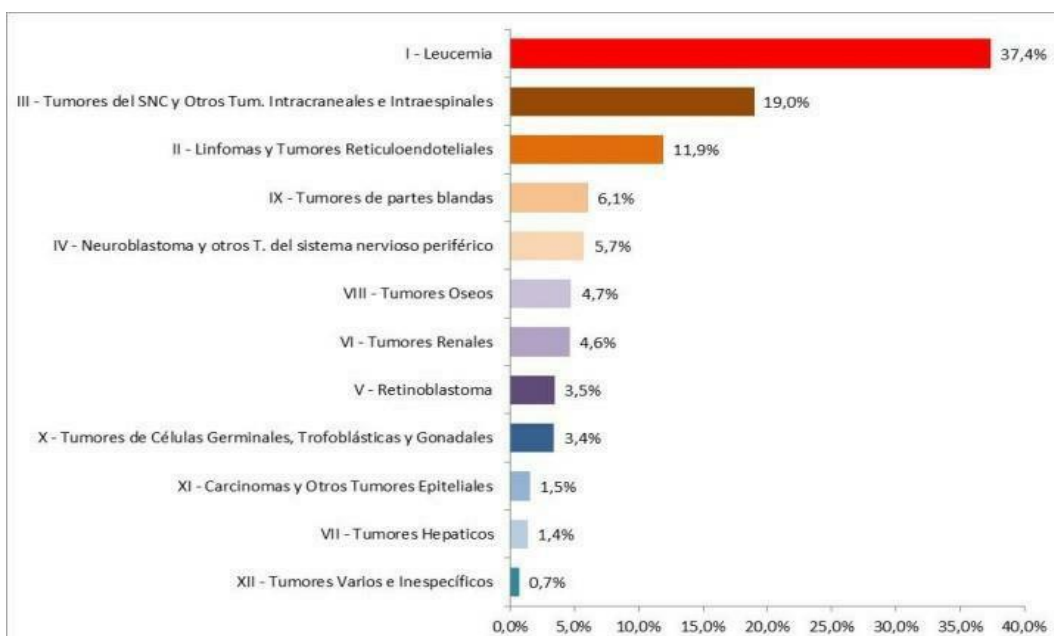
<sup>2</sup> Lidia Fraquelli, Programa de capacitación en soporte clínico del paciente oncológico pediátrico, "Cáncer infantil, Generalidades", Hospital Garrahan junio 2017

Los síntomas más comunes son: irritabilidad, letargia, diplopía, vómitos, dolor de cabeza y cambios en la conducta y de personalidad. Según la localización del tumor en el SNC pueden aparecer otros síntomas/signos focales (convulsiones, hemiparesias...) y/o alteraciones endocrinas (localización hipotálamo-hipofisaria).

**Leucemia linfoblástica aguda;** Es, sin duda, el cáncer pediátrico más frecuente, representando un 30% del cáncer infantil. La edad pico de la enfermedad se sitúa entre los 3 y los 5 años. Se caracteriza por una proliferación incontrolada de linfoblastos, células blancas malignas dentro de la médula ósea.

Es una enfermedad diseminada que puede extenderse a otros órganos como el hígado, el bazo y los ganglios. Se considera que, además de la médula ósea, dos son los “santuarios” en los que pueden quedar células neoplásicas a pesar del tratamiento: el Sistema Nervioso (por la afectación neoplásica de las meninges) y los testículos.

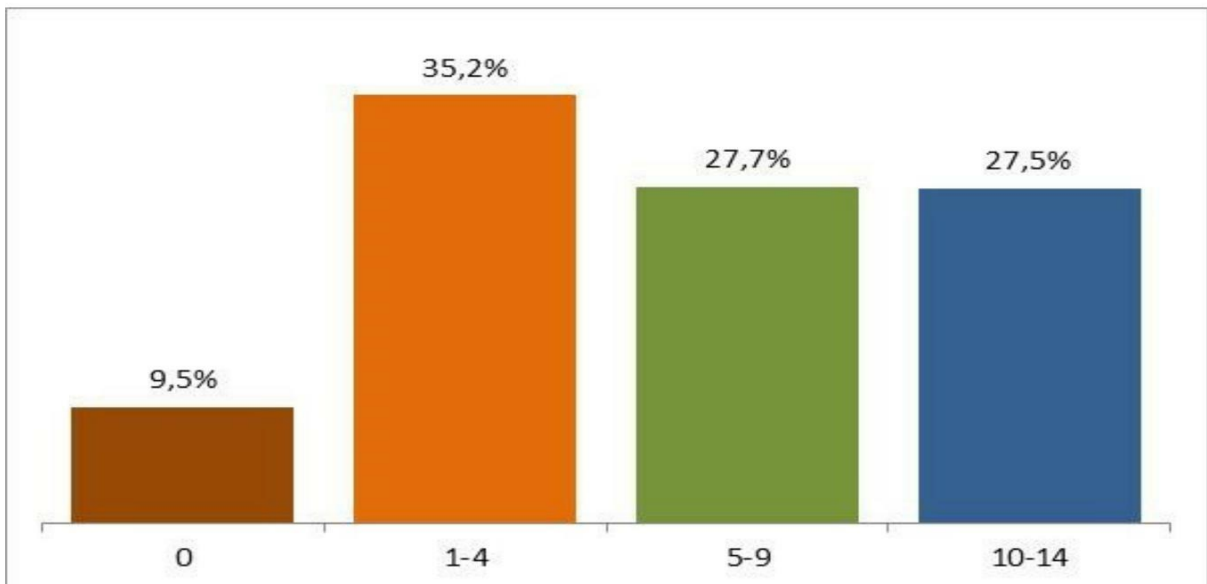
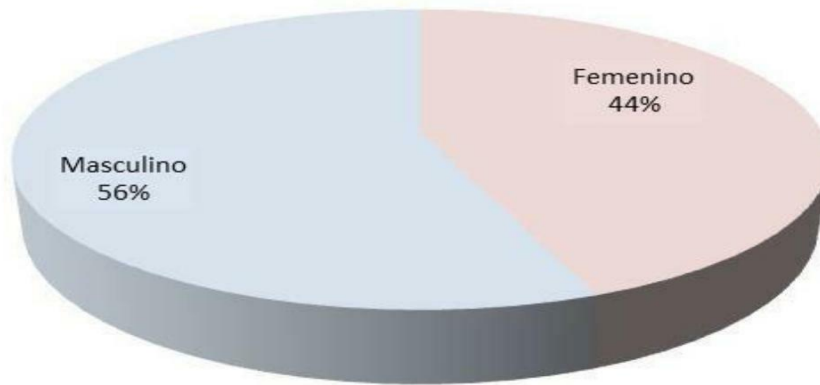
Gráfico 1: Estadística de diferentes tipos de cáncer



Distribución por sexo y por edad al diagnóstico. ROHA, 2000-2016. Total pacientes: 22.450

La distribución por sexo en los niños con cáncer muestra una ligera predominancia para el sexo masculino.

Gráfico 2; Distribución según sexo y edad



Distribución por sexo y por edad al diagnóstico. ROHA, 2000-2016. Total pacientes: 22.450  
Pág.- 21

Por año se diagnostican en Argentina un promedio de 1320 casos nuevos de cáncer pediátrico, entre 450 y 520 son leucemias de las cuales más de la mitad logran curarse con un tratamiento muy intenso y con requerimientos de instituciones de alta complejidad y profesionales especializados.



En el análisis de los niños registrados desde el año 2000 al 2016, el 80% de ellos fueron atendidos en instituciones públicas y el resto en instituciones privadas.

Desde la perspectiva clínica, la edad límite para considerar a los pacientes Pediátricos continúa debatiéndose, la mayoría de las estadísticas vitales e Informes epidemiológicos consideran como cáncer pediátrico aquel que ocurre antes de los 15 años; sin embargo, actualmente en instituciones especializadas cubre hasta los 18 o 21 años.

Según datos aportados a través del Instituto Nacional de cáncer, esta es una enfermedad menos frecuente en la edad pediátrica que en la adulta. Se considera que el cáncer pediátrico representa entre el 1 y el 2% de todos los diagnósticos de cáncer, lo que constituye un caso nuevo por cada 10.000 niños entre el nacimiento y los 15 años. Desde esta perspectiva el problema puede parecer poco importante y quedar relegado entre otros tantos problemas de salud que la sociedad tiene actualmente, pero existen otras formas de enfocarlo que permiten destacar la importancia que tiene el cáncer pediátrico en una sociedad. Se ha de tener en cuenta que este tipo de enfermedad es una de las primeras causas de muerte en los países desarrollados.

El impacto de este tipo de enfermedades en nuestra sociedad se hace evidente si se analiza el potencial de años de vida perdidos que representan; sin embargo, el tratamiento del cáncer infantil ha permitido mejorar en forma extraordinaria la supervivencia y en la actualidad, globalmente considerados, los resultados terapéuticos en este grupo de edad, son mejores que en los adultos y se aproximan a una supervivencia superior al 70%.

## **Diferencias entre pacientes hematológicos y oncológicos**

En el paciente oncológico, de diferentes tipos de neoplasias, la enfermedad invade inicialmente un órgano, en la que se reproducen desmedidamente las células tumorales, posteriormente estas células viajan por la sangre o por el sistema linfático colonizando otros órganos, a lo que llamamos metástasis

Estos pacientes en el momento del diagnóstico, más del 40% presentan anemia, y dolor dependiendo de la ubicación de la enfermedad, al continuar con los tratamientos antineoplásicos (quimioterapias) esta se incrementa, sin embargo, es probable que no requieran terapia transfusional.

El nivel de leucopenia si bien está presente, no requiere inmunoterapia que logre disminuir los tiempos de neutropenia, por lo cual estos pacientes se encuentran menos susceptibles a contraer infecciones. Dentro de los síntomas, el dolor juega un papel relevante, es aquí donde se debe tener un especial cuidado con el tratamiento del mismo, a través del equipo de cuidados paliativos.

En los pacientes oncohematológicos, la enfermedad invade médula ósea o tejido linfático, consecuentemente la producción de células de diferentes tipos se ve afectada causando; leucopenia, anemia y plaquetopenia, por lo que dentro del tratamiento es probable que se requiera terapia transfusional. Las infecciones son uno de los riesgos en estos pacientes, al igual que la neutropenia febril se ha considerado que es una de las urgencias más importantes en los pacientes con cáncer, principalmente luego de recibir tratamiento. El desafío de enfermería quien cuida a estos pacientes, es lograr reconocer los signos y síntomas y actuar junto con el equipo de salud ante esta urgencia.

## Las Tres grandes Armas Terapéuticas de la Oncología

**Cirugía:** La cirugía es el procedimiento más antiguo del tratamiento contra el cáncer, se considera el método curativo en neoplasias de elección, en el tratamiento de tumores sólidos localizados, a diferencia con los tumores del SNC, la función en este procedimiento invasivo

consiste a conocer frente a qué enfermedad nos encontramos, reducir la mayor cantidad posible de masa tumoral sin dañar las funciones vitales o elocuentes y, si lo hubiera, disminuir los efectos negativos de la hidrocefalia mediante la colocación de un sistema que derive el líquido cefalorraquídeo al abdomen (válvula de derivación ventrículo-peritoneal).

**Radioterapia:** La radioterapia se utiliza con frecuencia en el tratamiento de los tumores malignos del SNC y de las leucemias con diseminación neuromeningea. Consiste en la utilización de la irradiación ionizante para conseguir la destrucción de las células tumorales residuales, con el menor perjuicio del tejido normal adyacente a ellas. Muchos tumores cerebrales reciben radioterapia además de la cirugía, bien de forma local o en todo el cerebro y médula espinal con una mayor dosis a nivel local. La dosis administrada varía en función del tipo de tumor y la edad del enfermo. En la década de los 70 todos los enfermos de linfoblástica aguda recibían radioterapia cráneo espinal para evitar la aparición de recaídas menígeas. La radioterapia se emplea cada vez menos en los tumores infantiles, por los importantes efectos secundarios que produce.

**Quimioterapia:** La quimioterapia consiste en la administración de fármacos citotóxicos, es decir, que producen muerte celular, impidiendo la proliferación y el crecimiento de la célula cancerosa, impidiendo que la célula se alimente de nutrientes por vía sistémica (oral e intravenosa principalmente). Es el tratamiento estándar de las leucemias y se utiliza en algunos tumores del sistema nervioso, aunque su eficacia no es tan marcada como en otras neoplasias.

El primer paso es conseguir la remisión completa; una vez conseguido esto se trata de consolidarlo, mantenerlo y además, proteger al SNC de la meningitis. Esto último se hace en la actualidad mediante la administración de MTX a

altas dosis y triple quimioterapia (MTX, hidrocortisona y citarabina) a lo largo del tratamiento.

En casos extremadamente seleccionados se realiza mediante la radioterapia craneal profiláctica a dosis bajas. Este es el tratamiento de una LLA de riesgo estándar. En casos de muy alto riesgo puede ser necesario un trasplante de médula ósea.

En cuanto a los tumores del SNC, la quimioterapia tiene un papel adyuvante de la cirugía y radioterapia, y sólo si el tumor es quimio sensible.

El meduloblastoma es el tumor “tipo” que se puede tratar con las tres armas de forma combinada. Algunos fármacos anticancerosos son capaces de atravesar la barrera hematoencefálica, esto unido a la sensibilidad de las células neoplásicas hacen que sólo algunos citostáticos puedan ser usados en estos tumores. Los fármacos más comúnmente usados son los alcaloides de la Vinca, nitrosoureas, derivados del platino, y algunos inhibidores de la topoisomerasa tipo II.

Hoy día se puede afirmar que la moderna terapia se basa en la aplicación de un tratamiento mínimo en los casos en que se prevé un buen pronóstico, para evitar posteriores secuelas; y muy intensivo en los casos desfavorables, tratando así de buscar la máxima efectividad y la mínima toxicidad. Un futuro esperanzador para el cáncer infantil, lo constituye la biología molecular puesto que, al dar a conocer el comportamiento biológico del tumor, posibilita un diagnóstico y un pronóstico más exacto.

## COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

### **Citotoxicidad**

El incremento de la eficacia del tratamiento con quimioterapia en las últimas décadas ha demostrado un alto porcentaje de efectividad, y un alta tasa de supervivencia en pacientes con cáncer.

Dentro del tratamiento antineoplásico el objetivo de este es la acción selectiva y toxica sobre las células tumorales y de este modo alcanzar la remisión completa, lamentablemente siempre se obtiene este resultado en todos los tejidos sanos, cuyas células tienden a multiplicarse rápidamente, por ejemplo; células de la medula ósea, tejido gastrointestinal, folículo piloso y órganos linfoides.

La toxicidad asociada al tratamiento quimioterapia es un aspecto importante, principalmente por la influencia negativa que ejerce sobre la calidad de vida de los pacientes expuestos a estos tratamientos, así como el riesgo vital que esta implica en determinadas circunstancias clínicas. Como se muestra en el siguiente cuadro publicado por la fundación para la excelencia y la calidad oncológica (ECO), se logran subdividir los tipos de toxicidad relacionados con el tratamiento de quimioterapia

### **Toxicidad hematológica**

La toxicidad en la medula ósea es el efecto secundario más importante que producen los agentes neoplásicos, en esta afectación se ven comprometidas las células hematológicas, leucocitos, plaquetas y en menos proporción los eritrocitos. Por esta razón las consecuencias inmediatas son la susceptibilidad a contraer infecciones y a las hemorragias, al igual que la anemia. El factor estimulante hematopoyético ha contribuido notablemente en la prevención de la leucopenia (disminución de leucocitos) evitando así el inicio de la neutropenia febril (Neutropenia conocida también como granulocitopenia, disminución crónica de neutrófilos en sangre, esta condición predispone a contraer infecciones).

Tabla 6: Clasificación de la toxicidad en función al momento de aparición

Fundación para la excelencia y calidad de la oncología, (ECO)

Toxicidad inmediata	Toxicidad precoz	Toxicidad retardada	Tardía
Hs-días post- QT	Días-semanas tras QT	Semanas-meses tras QT	Meses-años tras QT
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Vómitos</li> <li>❖ Fiebre</li> <li>❖ Híper/ Hipotensión</li> <li>❖ Flebitis</li> <li>❖ Insuficiencia renal aguda</li> <li>❖ Reacción alérgica</li> <li>❖ Rush cutáneo</li> <li>❖ Cistitis hemorrágica</li> <li>❖ Necrosis tisular local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Alopecia</li> <li>❖ Aplasia medular: leucopenia anemia y Plaquetopenia</li> <li>❖ Mucositis</li> <li>❖ Diarrea</li> <li>❖ Íleo paralítico</li> <li>❖ Hiperglucemia</li> <li>❖ Psicosis</li> <li>❖ Retención hídrica</li> <li>❖ Síndrome pseudogripal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ototoxicidad</li> <li>❖ Anemia</li> <li>❖ Aspermia</li> <li>❖ Pigmentación cutánea</li> <li>❖ Fibrosis pulmonar</li> <li>❖ Neuropatía periférica</li> <li>❖ Cardiotoxicidad</li> <li>❖ Fibrosis del conducto lagrimal</li> <li>❖ Ataxia cerebelosa</li> <li>❖ Daño hepatocelular</li> <li>❖ Fenómeno de Raynaud</li> <li>❖ SHU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Hipogonadismo</li> <li>❖ Leucemias agudas</li> <li>❖ Linfomas</li> <li>❖ Encefalopatía</li> <li>❖ Cataratas, carcinogénesis</li> <li>❖ Menopausia precoz</li> <li>❖ Fibrosis hepática</li> <li>❖ Cirrosis</li> <li>❖ Osteoporosis</li> </ul>

## **Toxicidad gastrointestinal**

El tejido gastrointestinal por tratarse de un tejido en continua proliferación es muy susceptible a los tóxicos antineoplásicos, esta toxicidad puede manifestarse en varias formas, una de ellas es el vómito. Puede afectar con mayor incidencia la mucosa oral, pero también puede extenderse en todo el tracto digestivo.

### **Mucositis**

Dentro de los efectos secundarios medianamente tardíos al tratamiento con citostáticos encontramos, Mucositis; estas comprenden un papel sumamente importante, en el mecanismo de barrera del hombre tanto endógeno como exógeno, definimos esta complicación como la reacción inflamatoria de todo el tracto gastrointestinal, el cual adquiere mayor protagonismo en la mucosa oral.

La Mucositis oral es una complicación frecuente y debilitante del tratamiento del cáncer, este tipo de complicación puede llegar a afectar al 100 %de los pacientes sometidos a dosis altas de quimioterapia.

Los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia, radioterapia, o ambos presentan los síntomas de 4 a 5 días, alcanzando el máximo el día diez. Después de iniciar el tratamiento el revestimiento de la mucosa pierde grosor, lo que puede dar a lugar al desprendimiento, enrojecimiento, inflamación y ulceración, como resultado de la muerte celular.

Es importante la prevención de este efecto adverso, considerar permanentemente la posibilidad que tiene el paciente a padecer esta afección, es esencial el cuidado en la higiene bucal y crioterapia durante el tratamiento de quimioterapia.

Encontramos dentro de la Mucositis diferentes tipos y estadios, enfermería como pionera de la prevención y promoción de la salud debería estar un paso más delante de esta complicación, es así que hacemos hincapié en la

observación de cada paciente valorar la mucosa oral en cada control, algunos de los métodos preventivos que se utilizan habitualmente es:

-Crioterapia: está indicada como profilaxis en drogas de vida media tales como el fluoracilo, metrotexato. Se le indica al paciente mover hielo molido en boca por 5 minutos previos la administración de la droga, y durante al menos 30 minutos posteriores a la administración de la misma.

-Anestésico local: en caso de dolor puede administrarse buches medicamentosos en proporciones iguales de jarabe de difedrinamina, mylanta, lidocaína en pomada

### **Estomatitis**

Al igual que la Mucositis, este es un efecto adverso post-quimioterapia habitual en pacientes expuestos a estos tratamientos, se debe tener en cuenta la observación continua y minuciosa de la mucosa oral ya que esta afectación muestra su principal signo de alarma en la mucosa oral y por lo tanto todo el tracto digestivo se ve afectado.

### **Mucositis rectal**

Estos síntomas se presentan hasta 5 días después de recibida la quimioterapia. Es necesario; valorar las características de las heces, aumentar los alimentos ricos en fibras, aumentar la ingesta de líquidos, realizar una higiene adecuada luego de cada deposición colocar cremas indicadas en región anal, con previa higiene.

### **Náuseas y vómitos**

Estos síntomas están relacionados con la toxicidad gastrointestinal, hepática o cerebral, no solo influyen los tratamientos quimioterapia utilizados sino también la predisposición de cada paciente a presentarlos.

Estos síntomas se caracterizan por ser los efectos adversos de las quimioterapias que más ansiedad provoca en los pacientes, teniendo una gran



repercusión sobre la calidad de vida y obligando en algunos casos a posponer el tratamiento debido a complicaciones, como deshidratación y llevando al desequilibrio hidroelectrolítico.

El rol de enfermería debe evitar estos sucesos, generalmente se administra la indicación médica los antieméticos correspondientes según el tipo de quimioterapia prescrita por el médico oncólogo/ hematólogo antes de cada alimento habitual con 3 dosis /día.

Se debe hacer hincapié en la alimentación durante la terapia con quimios que recibe el paciente, por lo tanto, también pensar en la educación del paciente y la familia es muy relevante para evitar estas complicaciones.

- Disminuir los factores externos y ambientales que contribuyan a estimular las náuseas y/o vómitos.
- Preguntar al paciente sobre los gustos con respecto a la alimentación y facilitar el contacto con el equipo interdisciplinario correspondiente.
- Educar a los padres y/o familia;
- Evitar el consumo de alimentos con exceso de condimentos
- Ofrecerle la alimentación a temperatura de ambiente o fría
- Promover la alimentación fraccionada, líquida o semilíquida
- Evitar alimentación concentrada en grasas, dulces (caramelos)
- Enseñar técnicas de relajación y aplicar actividades de entretenimiento para disminuir la probabilidad de aparición de síntomas

## **Diarrea**

Se trata de una complicación frecuente en pacientes que reciben quimioterapia, esta puede presentarse 24 horas siguientes a la administración de quimioterapia y suele resolverse en 2-3 días, pero puede persistir 14 días. Puede producir tanto disminución de calidad de vida, como complicaciones sumamente importantes como; depleción de volumen y alteraciones de electrolíticas.

El instituto nacional del cáncer caracteriza y clasifica los grados de severidad de la diarrea.

Tabla 5: Grado de severidad de diarrea

Grado 0	No diarrea
Grado 1	Incremento del número de deposiciones > 4 deposiciones/día
Grado 2	Incremento, 4-6 deposiciones /día
Grado 3	Más de 7 deposiciones, incontinencia, signos de deshidratación, necesidad de hidratación endovenosa
Grado 4	Signos de deshidratación severa, con repercusión hemodinámica.

Efectos secundarios de quimioterapias, Fundación para la excelencia y calidad en la oncología. Pág. 2

### **Estreñimiento**

Es la complicación intestinal más frecuente de los pacientes con cáncer y tratamiento quimioterápico, consiste en la disminución de deposiciones, menos de 2 veces por semana, asociado a mayor dureza en heces.

Se da con mayor frecuencia en el sexo femenino y en pacientes con tratamiento analgésico con opiáceos y tratamientos con antieméticos. La disminución de ejercicio físico y las deficiencias nutricionales también favorecen a la aparición de estreñimiento.

### **Sistema renal**

Los riñones son los encargados de regular el volumen de líquido corporal, mantienen un equilibrio hidroelectrolítico, además de eliminar los productos de desecho del organismo. El daño de los riñones puede clasificarse como pre renal, renal agudo, o pos- renal, la quimioterapia puede ocasionar daño renal,

como el deterioro de los túbulo renales, resulta debido a la precipitación de metabolitos lo que puede llevar a la obstrucción

### **Educación a la familia del paciente con cáncer.**

Los niños y adolescentes que se encuentran con tratamiento quimioterápico, así como también, las familias, son parte del tratamiento. Enfermería debe asociarse con las familias y obtener su máxima participación en el tratamiento de esta enfermedad, se debe educar teniendo en cuenta diferentes barreras de aprendizaje como el lenguaje, impedimentos físicos del cuidador como por ejemplo (ceguera, sordera), diferentes prácticas religiosas que puedan afectar el aprendizaje y es fundamental valorar en la familia cualquier tipo de barrera emocional que se presente a la hora de educar.

La educación debe presentarse de forma verbal y por escrito al inicio de la terapia, en cada consulta de control, y también en tratamiento a largo plazo.

La comunicación establecida por el equipo de salud hacia el paciente y su familia debe ser entendido por los mismos, esta enseñanza integral requiere de continuidad permanente incluso luego de finalizar el tratamiento, consigo tendremos que realizar una correcta evaluación de lo aprendido durante la hospitalización y asegurar una externación con un correcto manejo de lo indicado por el médico oncólogo.

Valorar a la familia holísticamente, efectuando conclusiones de la modalidad adecuada de aprendizaje para cada una de ellas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Preferencia para el aprendizaje
- Instrucciones audiovisuales
- Instrucciones por escrito
- Demostración práctica
- Instrucciones verbales.
- Tener en cuenta las barreras de aprendizaje.

Las necesidades de atención y de enseñanza después del alta, también pueden evaluarse, estas incluyen:

1. Cómo y cuándo comunicarse al servicio de emergencia y al equipo Médico
2. Proceso de la enfermedad
3. Plan del tratamiento
4. Posibles efectos secundarios del tratamiento
5. Plan para el alta, fechas y días de próximos controles
6. Cuidados esenciales para el hogar
7. La importancia de la integración a la vida cotidiana escuela/actividades
8. Suplementos nutricionales y vitaminas

En la diaria relación terapéutica con la familia de un niño con cáncer recién diagnosticada, debemos empatizar con cada una de ellas, conocer las emociones presentes junto con la incertidumbre que provoca esta enfermedad. Es imperativo que se les proporcione información detallada de los signos y síntomas que deben reportarse, cuando y como recurrir al equipo de oncología, a la hora del alta brindar asistencia y asegurar que las indicaciones del tratamiento en el domicilio estén claras y entendibles.

Antes del alta, el encargado del cuidado del paciente en el domicilio deberá ser evaluado, demostrando cualquier técnica o procedimiento que aplicara en el mismo, la flexibilidad del personal de enfermería es crucial para que las familias reciban exitosamente las habilidades y la información necesaria para el cuidado del niño en su casa.

## Cuidados y su Importancia

### Higiene bucal

La adecuada higiene bucal es fundamental para evitar la colonización de bacterias y hongos.

A- En esta profilaxis se realizan buches con solución fisiológica al 0,9% o agua mineral 4 veces al día si no hay Mucositis, de lo contrario si la Mucositis ya está instalada se realiza cada 4 horas. Esta práctica mejora la lubricación oral, así como también logra estimular las glándulas salivares para aumentar el flujo salivar, si el paciente presenta xerostomía (ausencia de secreción de saliva) favorece a la acumulación de partículas alimentarias y placas bacterianas en la mucosa oral.

Es muy importante educar a los padres y como ente sanitario educar a la familia con respecto a la adecuada higiene y profilaxis q debe emplear en el domicilio.

B- Es caso de presentar xerostomía, se debe realizar una adecuada higiene bucal después de cada comida al menos 4 veces al día, con buches de Plac-aut.

C-La limpieza dental se realiza de la siguiente manera: El cepillo de dientes debe ser súper suave, en caso de no serlo se sumerge el cepillo de 15 a 30 segundos en agua caliente durante el cepillado, ya que se pone en peligro la integridad de la mucosa, se le explica al paciente la técnica de cepillado que debe realizarse con sumo cuidado sin traumatizar las encías, dado que esto incrementa el riesgo de sangrado.

D- En pacientes que se encuentran con Mucositis de grado 3-4 y en condición de plaquetopenia (disminución de plaquetas) se realizan solo buches con Plac-aut o solución fisiológica.

## **Cuidados en la alimentación**

Los pacientes neutropénicos deben recibir alimentos con baja carga bacteriana y fúngica, y evitar la contaminación con virus y paracitos. Es importante recalcar los cuidados en la preparación de los alimentos: Las personas que preparen los alimentos de estos pacientes deben tener extremas normas de higiene, lavado de manos antes y después de la manipulación, la preparación debe realizarse en superficies limpias, nunca deben dejar los alimentos preparados fuera de la heladera por más de 2 hora. No deberán preparar los alimentos personas que se encuentren cursando enfermedades de tracto digestivo, respiratorio o de piel.

No permitir el ingreso de alimentos traídos por visitas, comprados en restaurantes, ni de venta ambulatoria, no se deberá consumir alimentos que no se encuentren cocidos.

## **Cuidados en la piel**

La valoración integral del paciente nos permite situarnos en un contexto social, cognitivo y de salud se encuentra cada paciente. Dentro del rol de enfermería es significativo el seguimiento de la educación de los pacientes con respecto al cuidado de la piel. Recordemos que la piel es la primera barrera de defensa del organismo, recalcando la alta probabilidad que tienen estos pacientes que se encuentran inmunocomprometidos luego de recibir tratamiento oncológico

Cuidados:

- Realizar higiene corporal en lo posible con jabón hidratante
- Utilizar cremas tópicas para minimizar el prurito, como cremas o lociones con vitamina A, D o E.
- No utilizar lociones o perfumes aromatizados
- Evitar utilizar ropa de lana o muy ajustadas

# Neutropenia

## Definición

La neutropenia se define<sup>3</sup> al “recuento de neutrófilos en sangre periférica, por debajo de 2000 cels/mm<sup>3</sup> se define por neutropenia severa a el recuento de neutrófilos menor a 1000-500 por mm<sup>3</sup>”<sup>3</sup>. Este descenso de neutrófilos en sangre periférica, conlleva a la alteración de los mecanismos de defensa del paciente, lo cual están altamente predispuestos a contraer infecciones, que puede llegar a ser mortal, el riesgo de infección puede agravarse según el grado y la duración de la neutropenia, el riesgo máximo de neutropenia es con un porcentaje menor de 100/mm<sup>3</sup>.

Las enfermedades infecciosas son una causa determinante en la morbilidad y mortalidad de pacientes oncológicos

En los pacientes neutropénicos el factor más determinante de riesgo de complicaciones es infecciosa, son los causantes de morbilidad y mortalidad durante el tratamiento de las enfermedades oncológicas.

Los niños con tratamiento oncológico, luego de recibir quimioterapia, se caracterizan por convertirse en inmunocomprometidos, es decir que tienen alterados todos sus mecanismos de defensa

Los factores asociados con el riesgo de infección son; la duración y severidad de la neutropenia, el tipo y la intensidad del régimen de quimioterapia, la alteración de la inmunidad celular y humoral, la ruptura de las barreras mucosas y de la piel.

## Síntomas de alarma

- Fiebre
- Cansancio
- Dolor de cabeza
- Dolores musculares
- Sensación de calor y frío

---

<sup>3</sup> Efectos secundarios de quimioterapias, Fundación para la excelencia y calidad en la oncología.  
Pág.2

- Escalofríos
- Dolor de garganta
- Tos y dificultad para respirar
- Congestión nasal
- escozor al orinar
- Enrojecimiento, hinchazón, dolor en lesiones o herida quirúrgica o catéter
- Dificultad para tragar
- Dolor de abdomen
- Diarrea
- Molestias en el ano o recto defecar

Para prevenir la incidencia y disminuir la duración de la neutropenia post quimioterapia se utilizan factores estimulantes de colonias de granulocitos (G-CSF) NEUPOGEN.

### **Cuidados para pacientes con neutropenia**

- Evitar contacto con personas con infecciones activas o resfriados, hasta que la cifra de neutrófilos se recupere
- Higiene bucal 3-4 veces por día.
- Mantener limpia la piel (usar jabones neutros)
- Lavado de manos antes de las comidas y tras ir al baño
- Evitar el contacto con heces de animales
- Acudir a urgencias en caso de fiebre de 38°C

### **Trombocitopenia**

“Se entiende por plaquetopenia la disminución del recuento de plaquetas (menor a 100.000 -150.000/ l), la principal complicación clínica es la hemorragia que puede llegar a ser mortal, aunque estas solo aparecen con recuentos menores a 20.000”<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Efectos secundarios de quimioterapias, Fundación para la excelencia y calidad en la oncología. Pág.3



Las hemorragias pueden aparecer en distintas localizaciones: epistaxis, hemoptisis, hematemesis, melenas. Otra aparición pueden ser hematomas o petequias,

### **Cuidados a pacientes con trombocitopenia:**

- Evitar el riesgo de traumatismo o heridas
- Evitar estreñimientos
- Aumentar la ingesta de líquido para una correcta hidratación
- Emplear cepillos de dientes suaves
- Evitar empleo de enemas, o laxantes
- Emplear protectores gástricos
- Evitar los antiagregantes plaquetarios como la aspirina, sustituyéndolo por paracetamol

### **Teorías y modelos del cuidado desde la enfermería.**

Leininger plantea que la Enfermería se debe dirigir hacia la comprensión de creencias en salud y estilos de vida diferentes ya que son formas de cultura determinantes al intentar comprender y ser efectivo con la gente. En general, los planteamientos de las teorías del cuidado pueden resumirse en los siguientes aspectos:

- Los cuidados sirven para mejorar o perfeccionar las formas de vida de los individuos durante su proceso vital.
- Los cuidados deben incluir actividades de asistencia, de apoyo o de facilitación para un individuo o un grupo de individuos con necesidades evidentes o previsibles.
- Las conductas de cuidado pretenden garantizar una atención de calidad que propenda por el confort, la compasión, el afrontamiento, la empatía, la ayuda, el estar atento y propiciar cambios a favor del bienestar del otro, el preservar su autonomía.

Este modelo es ideal para aplicarlo en el paradigma de atención integral donde considera a la persona y su contexto como factores que favorecen o no a los desarrollos adecuados en el manejo de las situaciones producidas por el cáncer en el niño y su familia.

El concepto de cuidado y apoyo en Oncología se ha utilizado para referirse a los diferentes servicios que se proporcionan tanto al paciente como a la familia. El cuidado y apoyo que se ofrece al paciente oncológico es y debe ser siempre interdisciplinario: Manejo del dolor, apoyo nutricional, psicológico y social. Se tiene bien descrito el fenómeno, que desde el momento del diagnóstico va provocando una alteración con los lazos familiares, de amistad, sociales (escuela, trabajo), facilitando la pérdida de control y aumentando con ello la ansiedad, confusión e incertidumbre; el paciente tendrá que someterse a un tratamiento como la cirugía, radioterapia, quimioterapia, procedimientos como la biopsia, cirugía radical, punción lumbar y aspirado de médula ósea, que por sí son muy agresivos y provocan en el paciente una serie de alteraciones conductuales,

El cuidado de la familia es muy importante, porque su comportamiento repercute de forma notable en la psicología del niño y en su ánimo para afrontar la enfermedad. Es fundamental que los padres reciban la información suficiente del oncólogo responsable del niño; información que será reforzada por el resto del personal, sin que haya el más mínimo signo de contradicción o de incoherencia. La captación de dudas o inseguridades, aunque sean insignificantes, pueden producirles mucha ansiedad y preocupación a los padres y familiares.

Cuando hay que corregir o dar sugerencias al niño y a los padres, es preferible que ésta sea dada por el profesional con que más lazos afectivos tengan, siendo por supuesto reforzada por los demás miembros del equipo multidisciplinario.

Es bueno favorecer las relaciones entre las familias ingresadas en la planta para que de esta forma puedan conjuntamente superar mejor los problemas que pueden surgir entre ellas: por la larga hospitalización, por los niveles económicos y socioculturales diferentes y por las vivencias anteriores.

## **Factores que inciden en la reinternación**

No existe una forma única de afrontar el cáncer infantil; la adaptación al cáncer debe ser considerada como un proceso dinámico y flexible que depende de las siguientes variables:

Variables personales, que dependen de la edad del niño, su nivel de desarrollo psicoevolutivo con las metas cognitivas, motoras y sociales que debe alcanzar en cada etapa y el grado de comprensión de la enfermedad, favorecido o no por la actitud ante la comunicación del diagnóstico.

Variables propias de la enfermedad: tipo de cáncer, su pronóstico y fase de la enfermedad, con etapas diferenciadas; el diagnóstico, el tratamiento, las recaídas o recurrencias y el desenlace: la supervivencia o la muerte del niño y el duelo de la familia.

Variables ambientales: la adaptación de cada miembro de la familia a cada etapa de la enfermedad, las características del funcionamiento familiar, la presencia de otros estresores concurrentes, el apoyo social y económico que ésta tenga y el medio sociocultural.

El apropiado manejo del especialista en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos relacionados al cáncer. Sobre todo, dependiendo de las diferentes patologías, estadios de la enfermedad, existe una alta probabilidad de que el paciente se cure, por ello se debe tener en cuenta factores psicosociales que forman parte de los antecedentes del desarrollo del menor y de la familia donde este se encuentra inmerso, son datos de gran importancia a conocer desde el inicio de su padecimiento, a lo largo del tratamiento y sobre todo considerar para su reingreso a la sociedad y medio ambiente.

Es difícil manejar la situación de dar una mala noticia, como es el diagnóstico de cáncer para el médico pediatra. E informar sobre la complejidad de la patología a los familiares del paciente.

Cuando el paciente con cáncer se hospitaliza se desencadena una serie de alteraciones psicológicas que no pueden ignorarse. Uno, el hecho de conocer el diagnóstico, rompe de una manera radical con la dinámica y estilo de vida

que anteriormente se llevaba; dos, el proceso de adaptación a un lugar no agradable como es el hospital, ya que éste confronta con la muerte.

Al relatar el impacto de la enfermedad en el niño con cáncer se detecta que, a lo largo de la enfermedad, no se puede separar la reacción de los padres y el afrontamiento de la familia de la reacción del niño enfermo.

En la vida del niño los padres funcionan como un filtro protector que elabora las experiencias haciéndoselas más tolerables al niño.

Es por ello fundamental la forma en que ambos padres afronten la enfermedad para cómo le puedan ayudar a su hijo a lo largo de la misma. Resulta realmente importante desde esta perspectiva estudiar y conocer cuál es la conducta y las emociones de los familiares del paciente pediátrico con cáncer, en este caso los padres, ya que se presentan una gran cantidad de fantasías en relación con la causa de la enfermedad. Por otro lado, en la entrevista con la madre, generalmente existe una idea de culpa, por no cuidar al niño, por no haber proporcionado alguna alimentación específica, con idea de que la LAL se asocia a una anemia, y que son ellas las causantes de la enfermedad.

Es importante recordar que la buena relación del equipo interdisciplinario-paciente se establece con empatía, verbalizar los miedos e ideas, racionalizar o comprender la información para que de esa forma la propuesta de tratamiento tenga un buen inicio, y favorecer la adherencia al tratamiento y como consecuencia disminuir la posibilidad de abandono del tratamiento, de parte de la familia, ya que la información ha demostrado ser una de las mejores formas de contender con la ansiedad que provoca el diagnóstico.

El cáncer es una de las enfermedades más agresivas que un individuo puede sufrir, más lo que implica el tratamiento. Una enfermedad no es simplemente un problema físico sino un problema que compromete a las emociones y a la conducta en general, por lo que los diferentes estados

emocionales juegan un papel determinante tanto en la susceptibilidad a la enfermedad como en la recuperación de la salud.

La noticia de tener cáncer, los tratamientos del cáncer y los controles posteriores a la enfermedad pueden afectar en distintas medidas a la calidad de vida y al bienestar psicológico de estos pacientes.

Además, hay que tomar en cuenta en cada caso especial la edad en que inicia la enfermedad, y que las alteraciones serán vividas por los padres o tutores es intensa, por lo que debemos incluir automáticamente a los padres.

En este sentido la familia, del paciente lo condiciona en su totalidad. Las alteraciones emocionales en el niño que ingresa por primera ocasión al hospital son, los temores, fantasías, conflictos y distorsiones, de suma importancia no sólo por las consecuencias psicológicas inmediatas sino por la influencia que puedan tener en el futuro desarrollo emocional y la estructura de la personalidad. Existen diferentes etapas emocionales por las que pasa un niño con enfermedad oncológica y su familia; muy semejantes a las que se presentan en el duelo: negación, aislamiento, ira, pacto, depresión, aceptación y elaboración. (Kubler-Ross, 1969). Estas etapas no necesariamente se presentan en este orden ya que puede haber regresión o fijación en alguna de ellas.

En el niño se deben considerar tres factores:

- a) Desarrollo psicológico alcanzado al inicio de la enfermedad.
- b) Tipo, localización y estadio del cáncer.
- c) Relación madre-hijo, condiciones familiares y socioeconómicas. El riesgo de muerte del niño, ocupa el centro de la atención de los padres, asociado el padecimiento con (muchas veces a través de) sentimientos de culpa.

Los padres ante un acontecimiento de tal magnitud, como es el que su hijo tenga cáncer hace que se muestren confusos, sumamente ansiosos y con desesperanza, siendo estos sentimientos lo que transmiten a sus hijos, con la

expresión, actitudes, silencios e inclusive la conducta verbal. Una de las formas más frecuentes de actitud que los padres demuestran a sus hijos es el pesimismo que tienen hacia el futuro de ellos, lo hacen con la sobreprotección, comunicándoles (en forma sutil) que dicha fragilidad en el trato se debe a que algo anda mal en ellos

La posibilidad de que la familia exprese y maneje sus propios sentimientos, aumenta la fortaleza de su capacidad para hacer frente a las decisiones. El constante enfrentamiento con la enfermedad, el tratamiento, sus efectos colaterales y la incertidumbre, minan la capacidad de adaptación de los padres y del paciente.

Como se puede observar el conjunto de factores que participan en la subjetividad del sufrimiento, resulta sencillo ya que estos conforman de alguna manera, lo que la OMS considera la salud y del concepto recientemente utilizado que es calidad de vida. Por eso no debemos perder de vista la participación multifactorial, en la calidad de vida y la percepción del dolor, lo que nos dará como un conjunto total a los aspectos psicosociales, afectivo-emocionales y la conducta relacionada con el dolor, más la influencia que tiene la cultura, las creencias y la religión en la percepción del dolor en los pacientes. Para entender qué es lo que sucede tanto con el niño como con la familia podemos establecer las respuestas emocionales de la forma siguiente:

El paciente presenta: regresión estructural, dependencia (por lo general de la madre), ansiedad, estrés, pérdida del control, ira, fantasía de abandono e indefensión.

Los padres refieren: confusión, labilidad emocional, ambivalencia, signos de negación, ansiedad, desamparo, ira, culpa y vulnerabilidad.

Intervención: La propuesta de atención se establece de acuerdo a las condiciones en que se encuentre cada uno de los casos y en general los pacientes hospitalizados deben ser atendidos en un 100%, en su primer internamiento, se realiza una entrevista diagnóstica y de valoración.

Es decir, si no se comprende claramente la enfermedad, si se carece de una cultura de tratamiento y si no se emprenden las modificaciones necesarias, el abandono del tratamiento médico tendrá lugar sin duda alguna.

Por otro lado, la cultura es el conjunto de creencia, prácticas que enmarcan la perspectiva y decisiones de un grupo de personas. Los malentendidos y problemas de comunicación entre pacientes, familias y profesionales de cuidados de la salud se pueden atribuir que cada uno de ellos utiliza de manera distinta conceptos y procesos de razonamiento en respuesta a la salud y las enfermedades.

La percepción que tiene la familia de la experiencia del cáncer, más específicamente del tratamiento de quimioterapia, recibe influencia considerable de sus creencias culturales. Además de las costumbres de crianza de sus hijos relacionadas con la salud y la toma de decisiones de la familia reciben efectos de la cultura y deben ser consideradas cuando se elabora un plan de cuidados y tratamiento para la familia.

## CAPITULO II

### DISEÑO METODOLOGICO

#### TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de naturaleza descriptiva, de corte transversal, cuantitativa, de fuente primaria y de campo.

En un primer momento se describirán la dinámica de cada una de las variables de estudio, analizando la frecuencia absoluta, frecuencia relativa y sus porcentajes de ocurrencia. A través de la tabulación de datos que se obtienen por medio de las encuestas dirigidas a los padres de los pacientes pediátricos que han presentado al menos una reinternación en el servicio de internación pediátrica del hospital Humberto Notti.

Se pretende conocer las causas de re internaciones de pacientes oncológicos pediátricos.

Según periodo y secuencia de estudio será de corte transversal, ya que se irán estudiando las variables simultáneamente en un determinado momento abril, mayo, junio y julio del año 2018.

Según análisis y alcance de los resultados será descriptivo, ya que se ordenarán y se observarán los factores como causas principales de re-internaciones.

El diseño de la investigación será cuantitativo, ya que se medirán y analizarán cada una de las variables. De acuerdo a la fuente, será fuente primaria ya que los datos se obtendrán de forma directa por el encuestado.

De acuerdo al lugar donde se desarrolla la investigación será de campo, ya que se trabajará en el propio lugar donde sucedan los hechos.

Para fundamentar la elección de este tipo de estudio que más se adapta a la investigación a realizar, se ha seleccionado la obra titulada “Metodología en la Investigación” escrita por el Licenciado en comunicación Roberto Hernández Sampieri y otros. Este autor aduce que un estudio descriptivo busca especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o fenómenos sometido al análisis.



Es necesario referir que los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente, los conceptos o variables con los que tienen que ver; aunque pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés. El autor menciona que en esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir qué se va a medir y cómo se va a lograr la precisión en esa medición. También debe ser capaz de especificar quién o quienes tienen que incluirse en la medición. La Investigación descriptiva requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder. La descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descripto.

## **ÁREA DE ESTUDIO**

El presente estudio se llevará a cabo en el Hospital Humberto Notti ubicado en Mendoza, departamento de Guaymallén, calle Bandera de los Andes en el SIP V. (servicio de internación pediátrica)

## **UNIVERSO**

La población que fue elegida para la realización del siguiente trabajo de investigación, fue la población que se encontraba en el servicio de internación pediátrica n° 5, al realizar las encuestas correspondientes. Las cuales han sido avocadas a los padres de los pacientes pediátricos que padecen enfermedad oncológica. Los mismos son los responsables de los cuidados de estos.

Del total del universo, se tomó una muestra de 40 padres para la realización de los formularios esta muestra se considera representativa ya que supone el 66,6% del total. En abril, mayo, junio y julio se presentaron 60 re internación de pacientes oncológicos.

## **MUESTRA**

La muestra tomada fue de 40 pacientes oncológicos pediátricos que presentaron reinternaciones en el servicio de Internación pediátrica n° 5 para realizar la investigación, fue escogida a través de los siguientes criterios.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

Los criterios de inclusión escogidos a la hora de la toma de la muestra fueron los siguientes, los pacientes elegidos para formar parte de la investigación debían ser mayores o igual a un año de edad, y ser menores o iguales a 13 años y 12 meses de edad. Tienen que ser pacientes oncológicos, los cuales reciban tratamiento en el Hospital Humberto Notti.

Por otro lado, deben de haber presentado al menos un registro de internación en el servicio de internación pediátrica n°5, del Hospital Humberto Notti en el periodo de abril, mayo, junio y julio del año 2018.

## **VARIABLES, DEFINICION**

1. Determinación de las causas que originan las reinternaciones, variable dependiente-
2. Caracterización de la población de pacientes pediátricos oncológicos, variable independiente.
3. Caracterización socio-demográficamente a la familia de los pacientes hospitalizados, variable independiente.
4. Caracterización según aspectos culturales a la familia de los pacientes hospitalizado, variable independiente.

**TABLA DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	SUB-DIMENSION	VALOR FINAL
Determinar causas de re-internación	Luego de realizar la caracterización de los pacientes y familiares, se podrán conocer posibles causas.	Posibles errores a la hora de brindar cuidado por falta de información	Técnicas en importancia de higiene y técnicas en comunicación	Si no a veces
Caracterización de la población	Definir aspectos determinantes	Conocer su entorno	Edad, sexo, n° de reinternaciones	Mayor a un año, y menor a 14 años y 12 meses. Femenino o masculino Más o menos de dos reinternaciones
Caracterización sociodemográfica a la familia de los pacientes	Definir su entorno tanto social, como demográfico	Al conocer sus condiciones, se definirán posibles causas de reinternaciones.	Habitabilidad y confort de la vivienda.	Rural o urbana. Propia o alquilada. Habitación individual o compartida.
Caracterización según aspectos culturales a la familia de los pacientes hospitalizados	A través de la definición de este aspecto podremos conocer errores	Evaluar si hay dificultad para comprender la información que se brinda	Nivel de instrucción. Reconocimiento de pautas de alarma	Según su nivel académico.

## **TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

La técnica que se utilizara es la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario. El formulario estará enumerado con un total de catorce preguntas. Y contendrán una explicación del estudio con instrucciones de llenado. Se compondrán de enunciados o ítems elaborados de acuerdo de cómo se opere con las variables.

## **PLAN DE RECOLECCION DE DATOS**

Se realizó a través de un formulario, el cual fue elaborado por las autoras de esta investigación. A continuación, se muestra el formulario propuesto para la medición de las variables.



Tema: “causas de Reinternación de pacientes oncológicos pediátrico y su relación con el cuidado enfermero”.

El objetivo de la siguiente encuesta es obtener datos sobre las causas que influyen en la Reinternación de pacientes oncológicos pediátricos dichos datos serán analizados por los presentes estudiantes del ciclo de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Nacional De Cuyo.

**Instrucciones: marcar la respuesta que considere correcta con una cruz**

1- ¿Tiene niño o niña internada en el SIP v?

Niño                      Niña   

2- ¿Qué Edad tiene su hijo?

1 a 5 años

5 a 10 años

10 a 14 años y 12 meses

3- ¿Cuántas reinternaciones ha presentado su hijo en el periodo de abril mayo, junio y julio?

Menos de 2 reinternaciones

Más de 2 reinternaciones

## Social

4- En relación a la zona donde Ud. Vive ¿Qué tipo de zona es?

Rural

Urbana

5- En relación a su vivienda

Alquila

Propia

Otros (sucesión, asentamiento etc.)

6- Su vivienda cuenta con servicio de agua potable

Si

No

## Cultural

7-En relación a los padres cual es el nivel de instrucción que poseen

Nivel primario      completo  incompleto

Nivel secundario      completo  incompleto

Nivel terciario      completo  incompleto

8-Durante la estadía de re internación ha recibido educación por parte del personal de enfermería

SI       No       A veces

9-Ud comprende cuando el equipo de salud le explica las pautas de alarmas en caso de presentar síntomas que requieran inmediata atención médica

Si       No       A veces

**Importancia de la higiene**

10- En relación a la higiene bucal Ud. Realiza a su niño /a técnica de cepillado después de cada comida

Si       No       A veces

11-En relación al aseo personal de su niño/a cuantas veces en la semana lo realiza

3 días  5 días  7 días

### Técnica de Alimentación

12- sabe cuál es la dieta que debe seguir su hijo.

Sí  No

13- conoce los cuidados que debe tener a la hora de preparar los alimentos.

Sí  No

14- cree que es importante la higiene a la hora de preparar los alimentos.

Sí  No

El mismo explica las consignas para resolverlo. Y guarda la pauta de ser anónimo.



## **ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS**

### **Procesamiento de datos**

Se realizó tabla matriz de datos en la cual se muestra de forma resumida los resultados, y tablas uni y bivariadas. Cada grafico tiene un comentario en el que se describe el resultado de la consigna que se propuso en el formulario.

La fuente de datos fue tomada a través de las encuestas que se les realizaron a los padres de los pacientes que se internan en el SIP n° 5 del Hospital Humberto Notti

### **Análisis de datos**

Se realizó tablas con frecuencia absoluta y frecuencia %, en la que se pueden observar los resultados más importantes que se obtuvieron. A simple vista. Permitiendo así, lograr obtener conjeturas. Y deducir los motivos por los que los pacientes oncológicos pediátricos presentan internaciones.

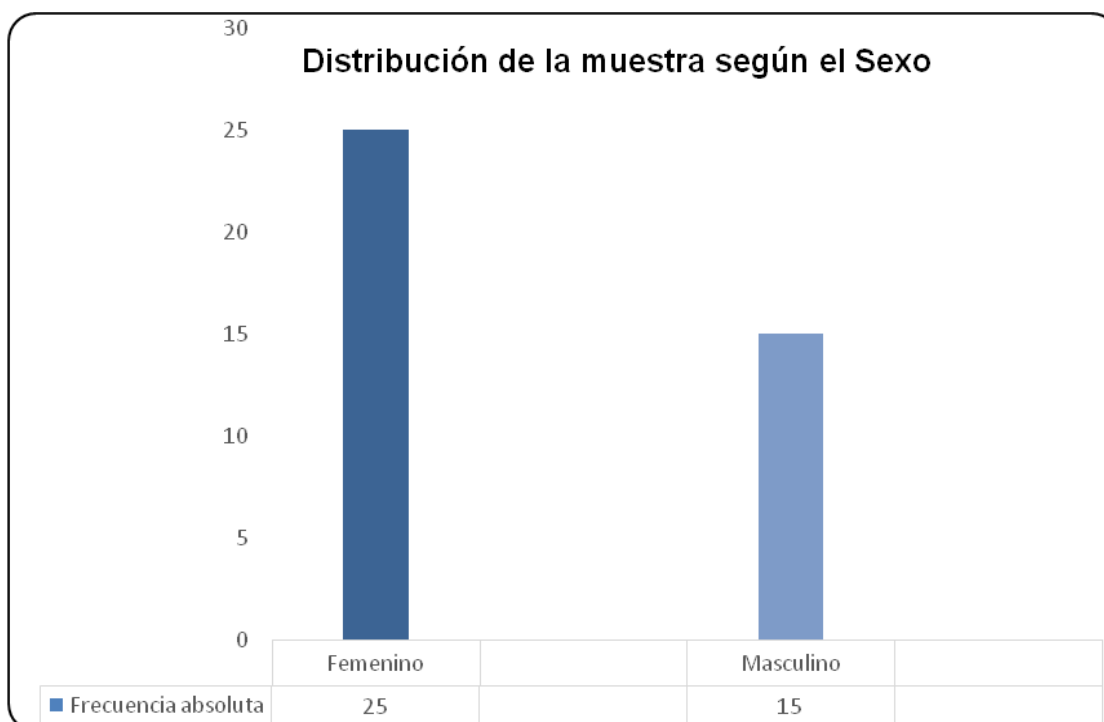
## PRESENTACIÓN DE DATOS

TABLA N°1. Distribución de la muestra según Sexo.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Femenino	25	63%
Masculino	15	37%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas por las autoras a padres de niños re internados en el servicio de oncología del hospital H. Notti, durante abril y mayo de 2018.

GRAFICO N°1: Distribución de la muestra según el sexo



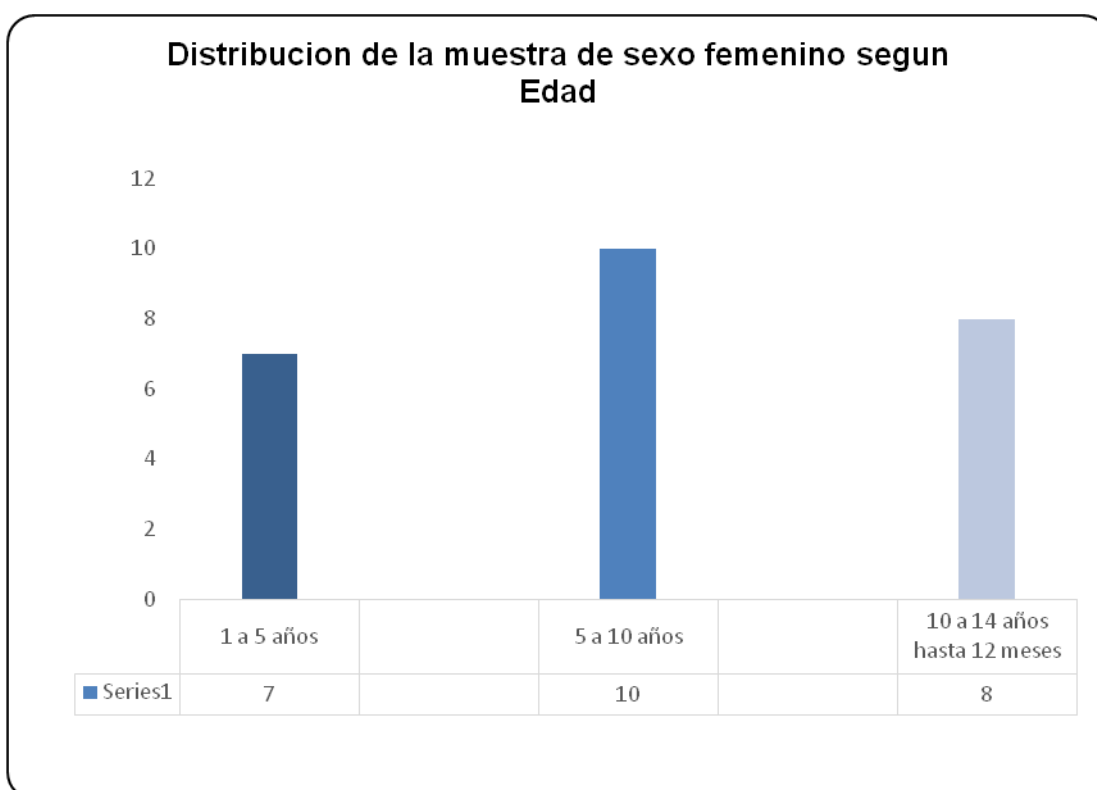
Comentario: el siguiente gráfico muestra que de los 40 pacientes que fueron tomados para realizar las encuestas el 63% son de sexo femenino y el 37% son masculinos.

TABLA N°2. Distribución de la muestra según las edades en pacientes de sexo femenino.

Intervalo de Edades	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
1 a 5 años	7	28%
5 a 10 años	10	40%
10 a 14 años hasta 12 meses	8	32%
Total	25	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas por las autoras a padres de niños re internados en el servicio de oncología del hospital H. Notti, durante abril y mayo de 2018.

GRÁFICO N°2. Distribución de la muestra de sexo femenino según su edad



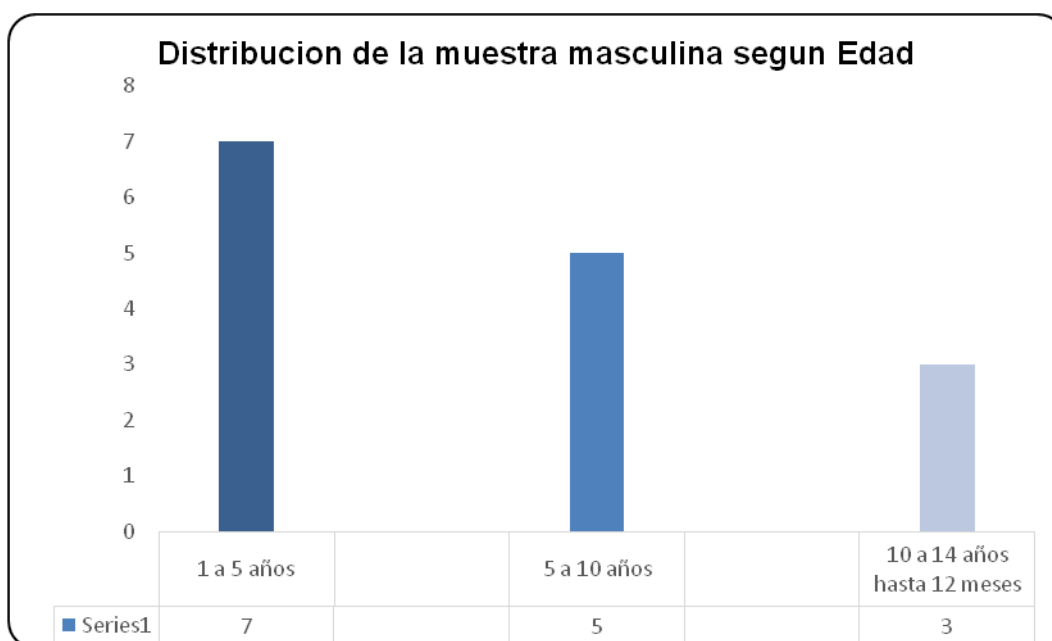
Comentario: el siguiente gráfico muestra que el 28% de los pacientes escogidos de sexo femenino tienen entre 1 a 5 años de edad. Que el 40% está en el rango de 5 a 10 años. Y que el 32% restante tiene entre 10 a 14 años y 12 meses.

TABLA N°3. Distribución de la muestra según las edades en pacientes de sexo masculino.

Intervalo de Edades	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
1 a 5 años	7	47%
5 a 10 años	5	33%
10 a 14 años hasta 12 meses	3	20%
Total	15	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°3. Distribución de la muestra de sexo masculino según su edad



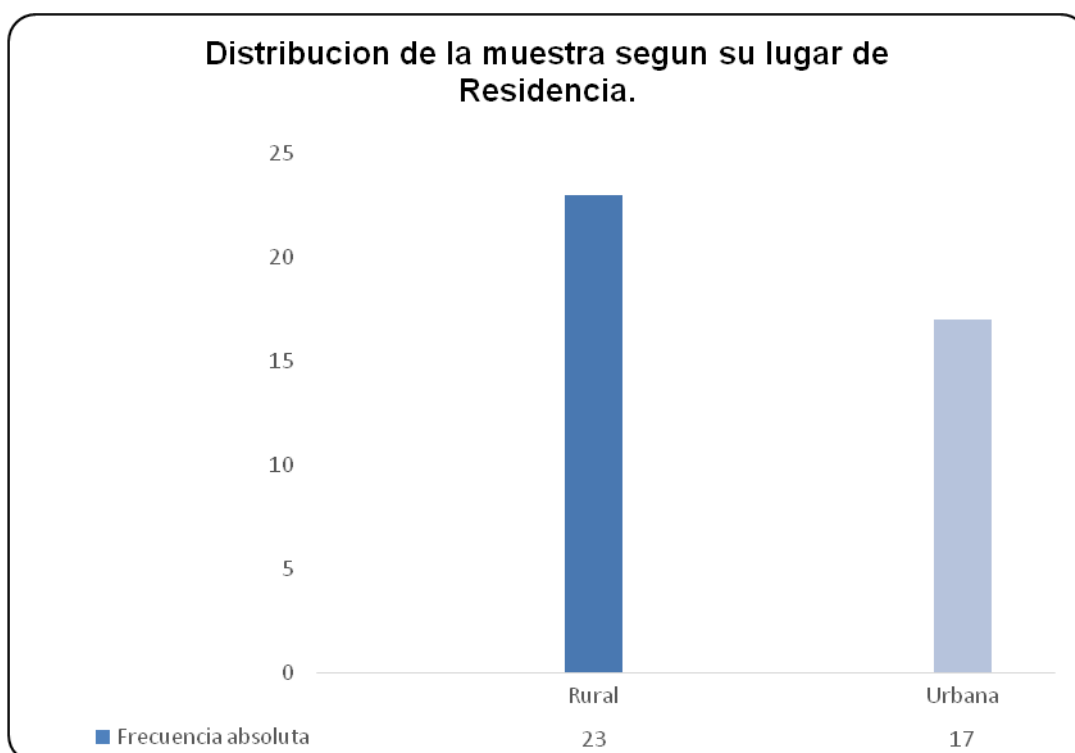
Comentario: el siguiente gráfico muestra que de los pacientes escogidos de sexo masculino para realizar la investigación el 47% tienen entre 1 a 5 años de edad. Que el 33% corresponden al rango de 5 a 10 años. Y que el restante 20% están entre los 10 a 14 años y 12 meses.

TABLA N°4. Distribución de la muestra según la zona de residencia.

zona de residencia	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Rural	23	58%
Urbana	17	43%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°4. Distribución de la muestra según su lugar de residencia.



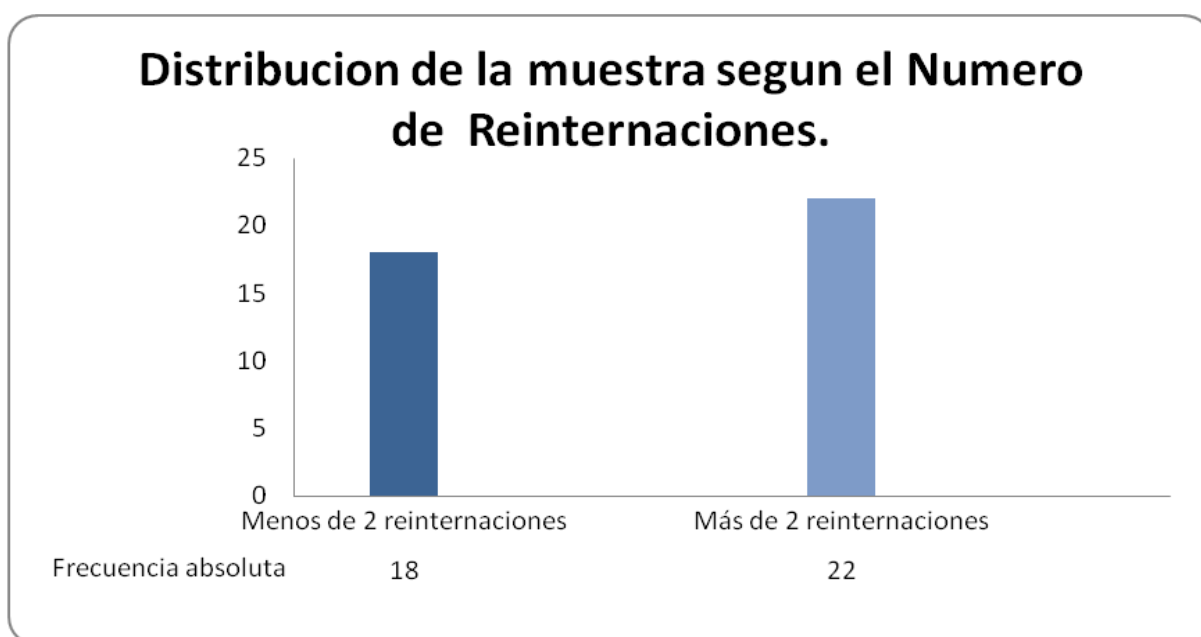
Comentario: el siguiente gráfico muestra que el 58% de los encuestados viven en zona rural, mientras que el 43% reside en zona urbana.

TABLA N°5. Distribución de la muestra según el número de re internaciones que han presentado.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Menos de 2 re internación	18	30%
Más de 2 re internaciones	22	70%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°5. Distribución de la muestra según el número de re internaciones que han presentado.



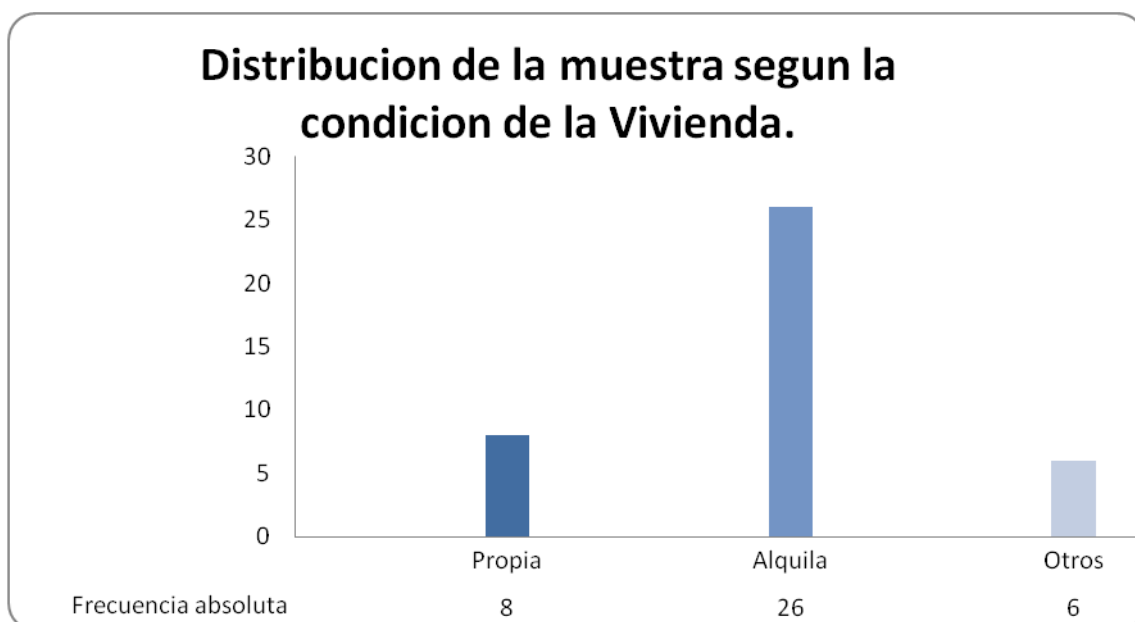
Comentario: el siguiente grafico muestra que en el periodo de abril/mayo, de los 40 pacientes oncológicos pediátricos escogidos, el 70 % presento más de dos reinternaciones. Y solo el 30 % se re interno menos de 2 veces.

TABLA N°6. Distribución de la muestra según la condición de la vivienda en la que vive.

vivienda	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Propia	8	20%
Alquila	26	65%
Otros	6	15%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°6. Distribución de la muestra según la condición de la vivienda en la que vive.



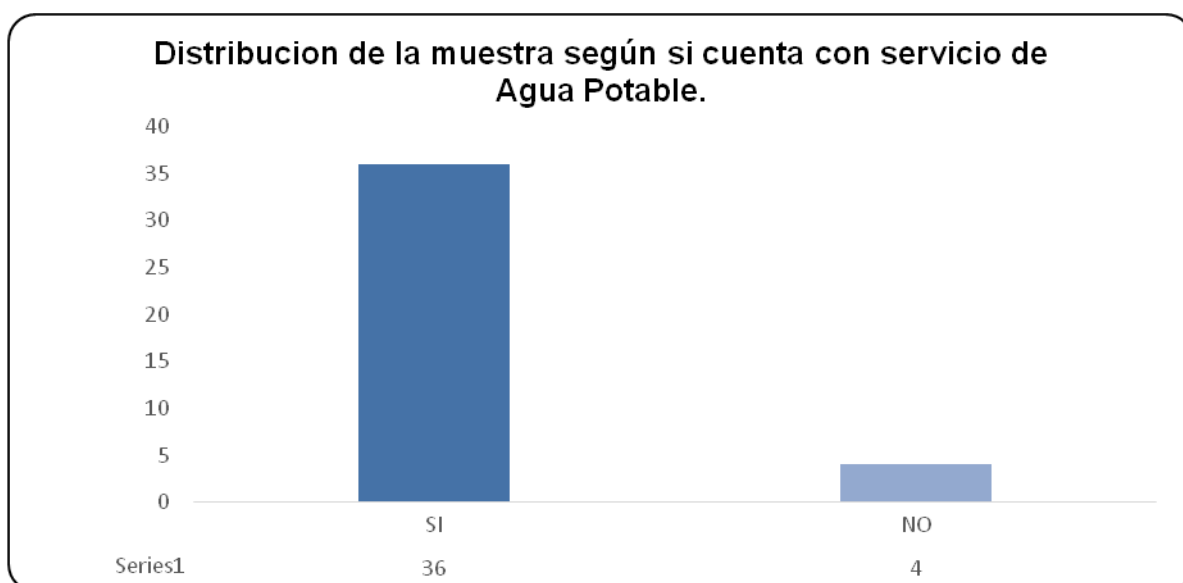
Comentario: el siguiente gráfico muestra que el 20% de los encuestados poseen vivienda propia. Y que el 65% alquila. El restante 15% se mantiene en otra situación.

TABLA N°7. Distribución de la muestra según si la población encuestada cuenta con agua potable.

servicio/red de agua potable	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	36	90%
NO	4	10%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°7. Distribución de la muestra según la condición de la vivienda en la que vive.



Comentario: el siguiente gráfico muestra que el 90% de los encuestados cuentan con agua potable en su vivienda, y que el 10% no la posee.

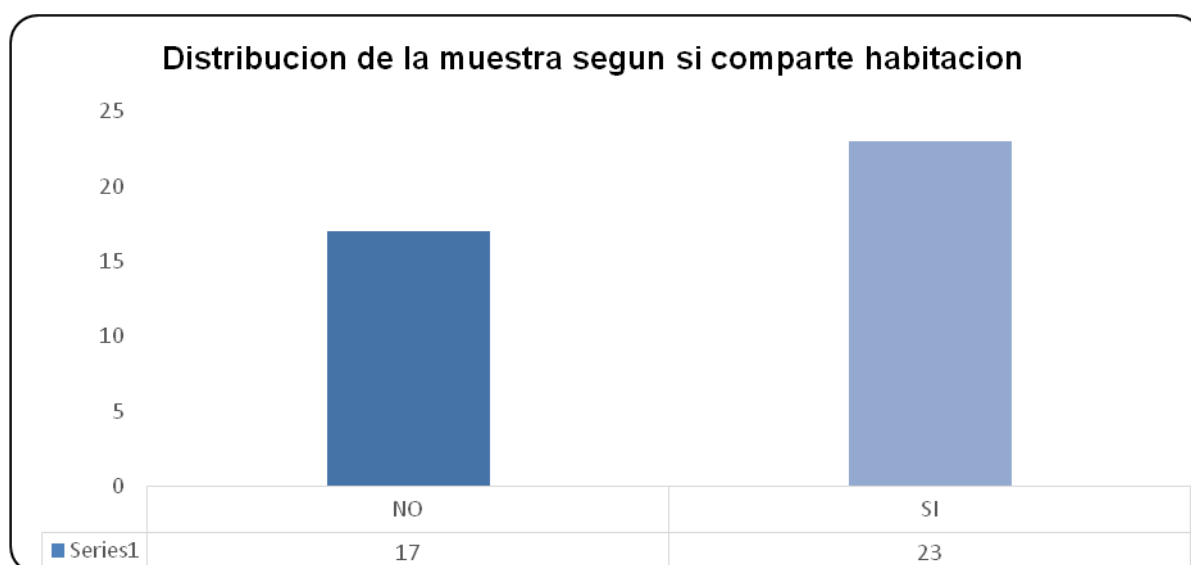


TABLA N°8. Distribución de la muestra según si comparte habitación.

En la vivienda se comparte habitación	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
SI	23	58%
NO	17	42%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°8. Distribución de la muestra según si comparte habitación.



Comentario: el siguiente gráfico muestra que el 58 % de los pacientes comparte su habitación con otros hermanos. Y que el 42% restante cuenta con habitación individual

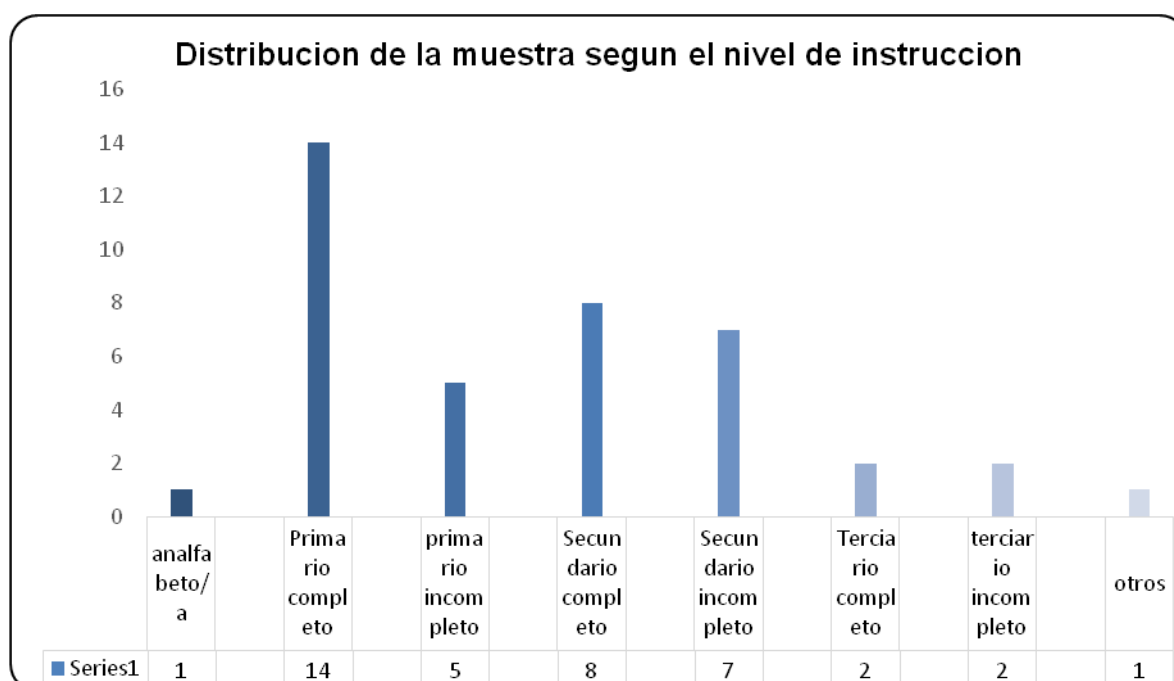
TABLA N°9. Distribución de la muestra según el nivel de instrucción de los cuidadores.

Nivel de instrucción de los padres	Frecuencia	Frecuencia
------------------------------------	------------	------------

	absoluta	relativa
analfabeto/a	1	2%
Primario completo	14	35%
primario incompleto	5	13%
Secundario completo	8	20%
Secundario incompleto	7	18%
Terciario completo	2	5%
terciario incompleto	2	5%
Otros	1	2%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°9. Distribución de la muestra según su nivel de instrucción.



Comentario: el siguiente gráfico muestra el nivel de instrucción de los padres de los pacientes escogidos para realizar la investigación. El 2% es analfabeto, 35% refiere haber terminado el primario completo. El 13% comenta no haber completado el nivel primario. El 20% haber terminado la secundaria. Y el 18%

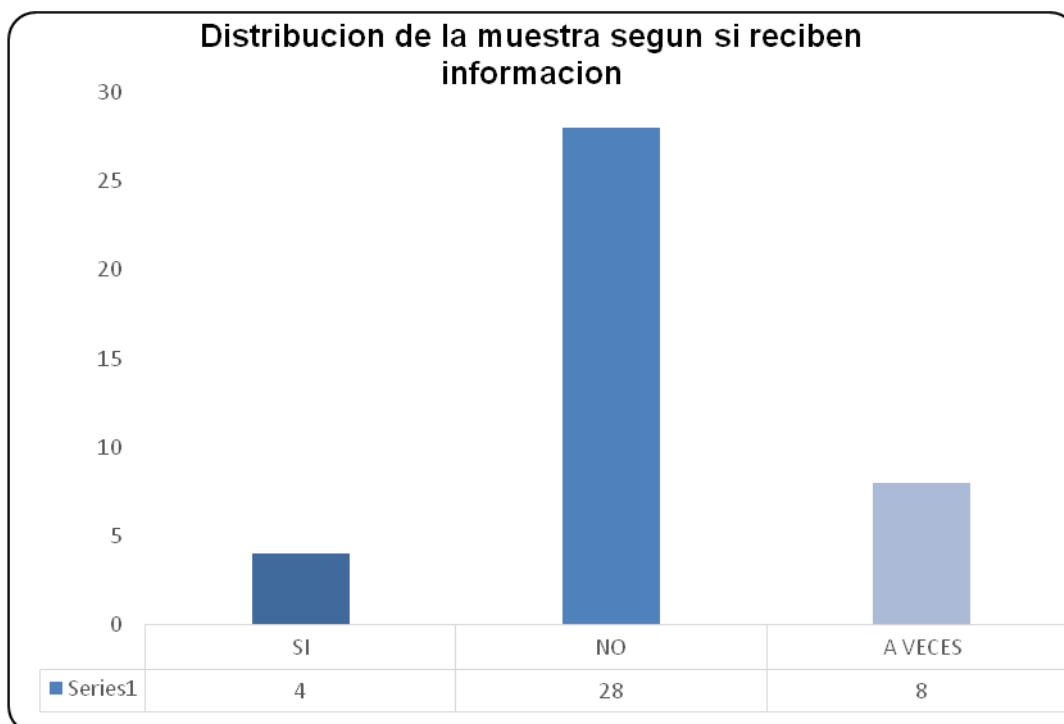
no haberlo hecho. En lo que respecta al nivel terciario el 5% refiere haberse concluido su educación terciaria. El otro 5% refiere no haberla completado. Y el 2% refiere otro tipo de formación.

TABLA N°10. Distribución de la muestra según si la población recibe información por parte del servicio de enfermería.

Educación por parte del servicio de Enfermería	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa
Si	4	10%
No	28	70%
A veces	8	20%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°10. Distribución de la muestra según si la población recibe información por parte del servicio de enfermería.



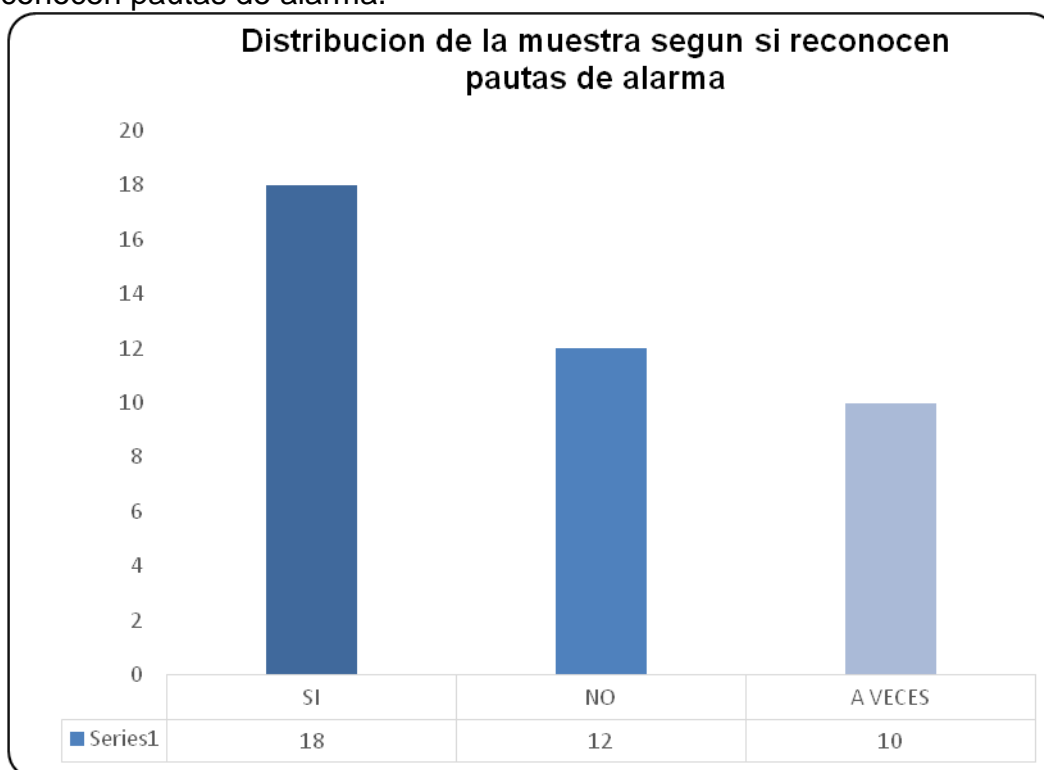
Comentario: el siguiente gráfico muestra que el 70% de los encuestados refiere no haber recibido educación por parte del personal de enfermería. El 20% comenta que a veces recibió información por parte del personal. Y el 10% refiere que no suele recibirla.

TABLA N°11. Distribución de la muestra según si los cuidadores reconocen pautas de alarma.

Cuidadores reconocen pautas de alarmas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	18	45%
No	12	30%
A veces	10	25%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°11. Distribución de la muestra según si los cuidadores reconocen pautas de alarma.



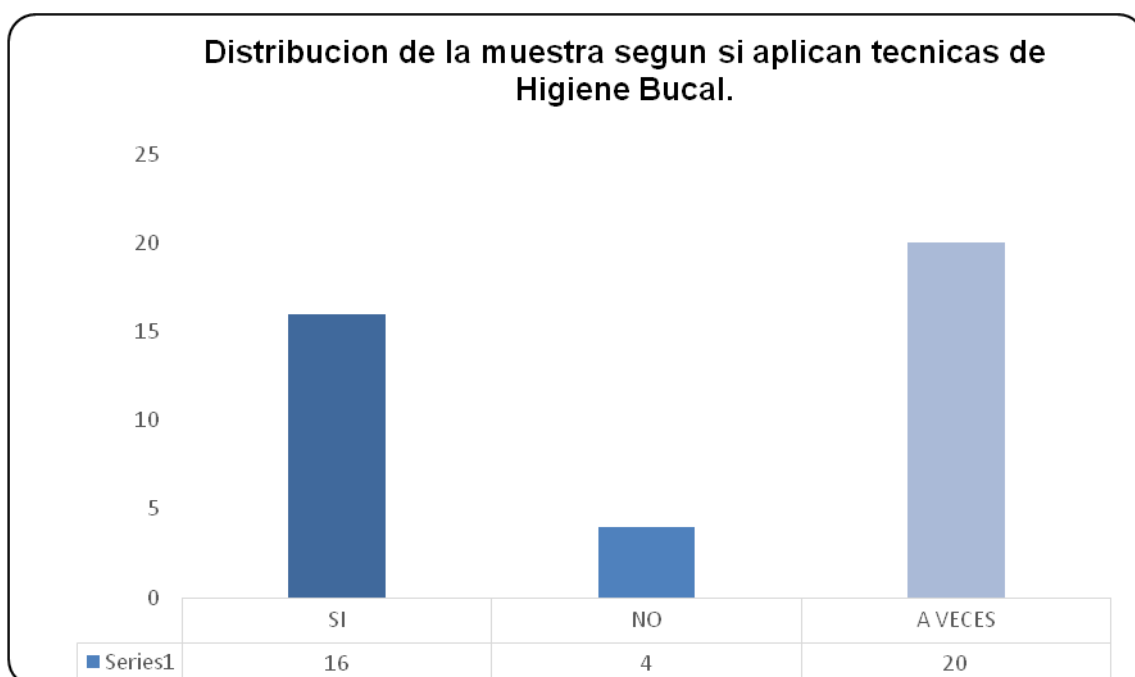
Comentario el siguiente gráfico muestra que el 45% de los entrevistados refiere comprender si una pauta de alarma requiere atención inmediata. el 30% comenta no saber diferenciarlas. Y el restante 25% refiere que en ciertas ocasiones es capaz de reconocerlas y tomar acción.

TABLA N°12. Distribución de la muestra según si se aplican técnicas de higiene bucal.

Técnica de cuidados/Higiene bucal	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	16	40%
No	4	10%
A veces	20	50%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°12. Distribución de la muestra según si aplican técnicas de higiene bucal.



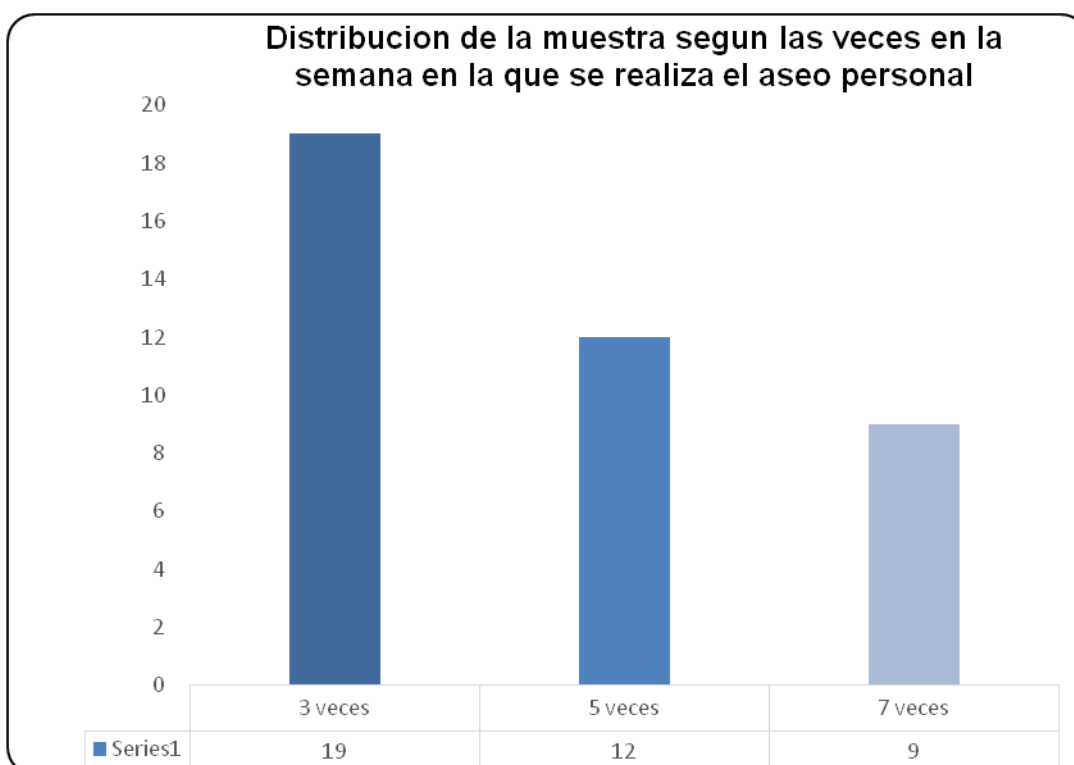
Comentario el siguiente gráfico muestra que el 40% de los encuestados refiere aplicar la técnica de higiene bucal luego de cada comida el 10% comenta no realizarla. Y en 50% lo realiza a veces.

TABLA N°13. Distribución de la muestra según las veces en la semana que se realiza aseo personal.

Aseo personal del paciente	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
3 veces	19	47%
5 veces	12	30%
7 veces	9	23%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N° 13. Distribución de la muestra según las veces en la semana que se realiza aseo personal.



Comentario el siguiente gráfico muestra que el 47% de los encuestados realiza la técnica de aseo personal tres veces por semana. El 30% refiere

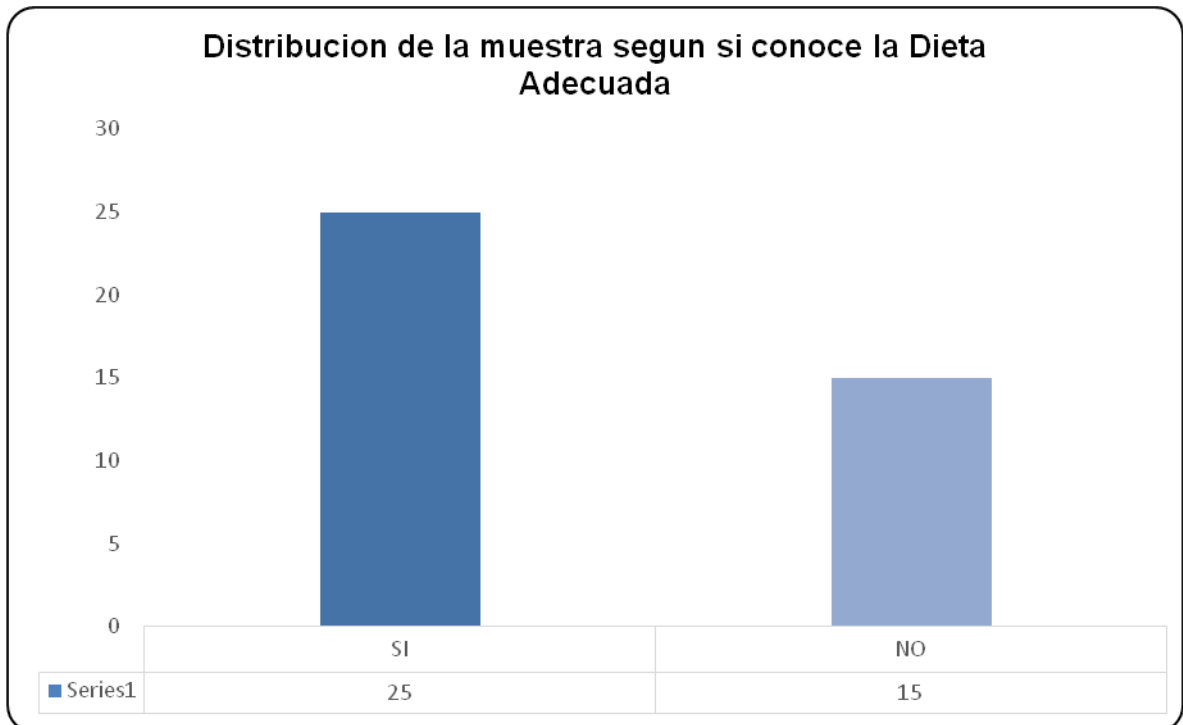
queda realiza 5 veces por semana. Y el 23% comenta que lo realiza todos los días.

TABLA N°14. Distribución de la muestra según si conoce la dieta adecuada.

Técnica de alimentación/conoce de la dieta de su hijo	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa
Si	25	63%
No	15	37%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°14. Distribución de la muestra según si conoce la dieta adecuada.



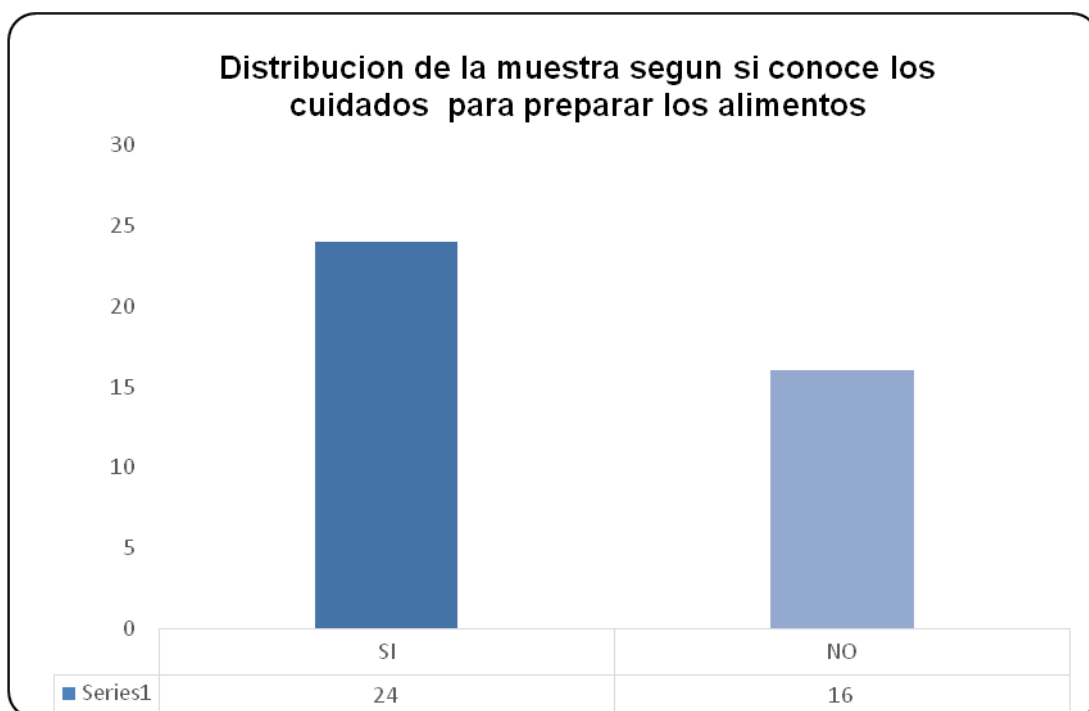
Comentario el siguiente gráfico muestra qué es 63% de los encuestados conoce cuál es la dieta adecuada para su hijo. Sin embargo, el 37% refiere no saber sobre el tema.

TABLA N°15. Distribución de la muestra según si conoce los cuidados para preparar los alimentos.

conoce cuidados para preparar los alimentos	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa
Si	24	60
No	16	40
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°15. Distribución de la muestra según si conoce los cuidados para preparar los alimentos.



Comentario el siguiente gráfico muestra que el 60% de los entrevistados sabe cómo debe preparar los alimentos para su hijo. El 40% restante comenta no conocer cuáles deben ser los cuidados a tener en cuenta.

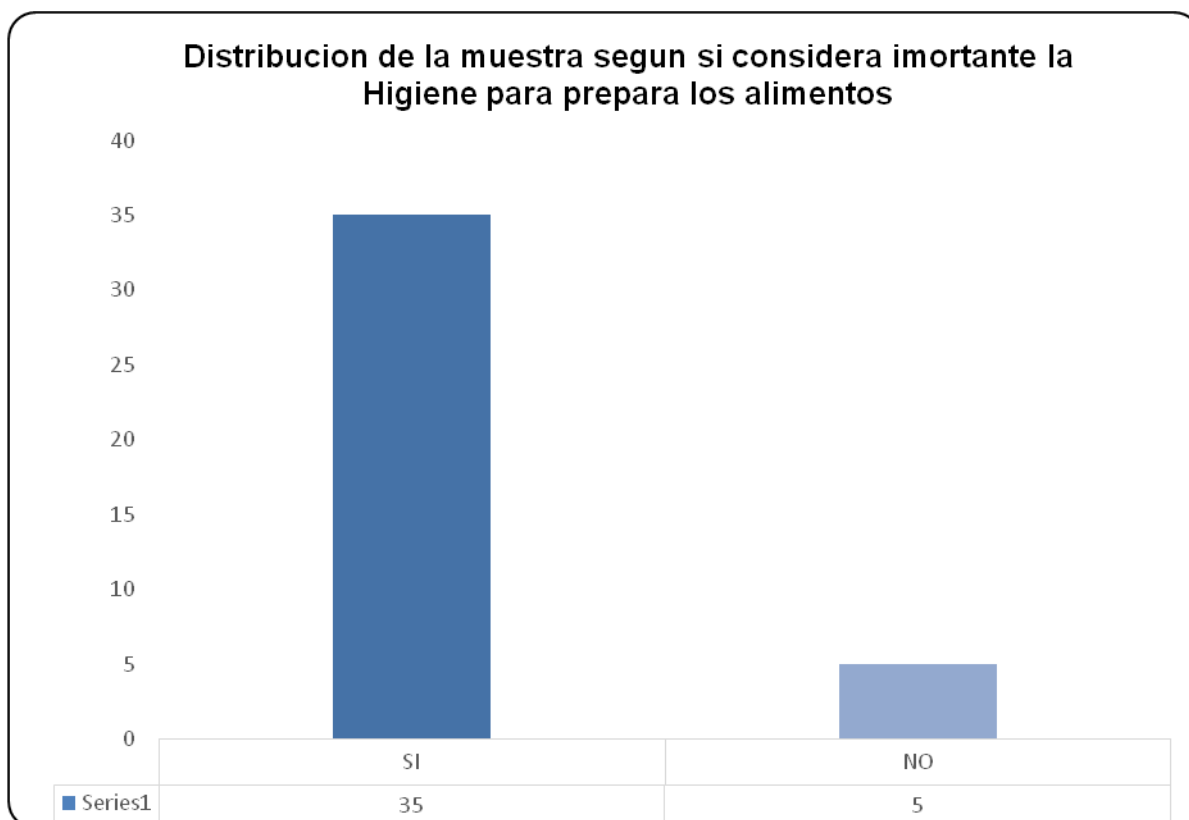
TABLA N°16. Distribución de la muestra según si consideran importante la higiene a la hora de preparar los alimentos.



Higiene para preparar alimentos importancia	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
si	35	87%
no	5	13%
Total	40	100%

**Fuente:** información obtenida de encuestas realizadas en la investigación, en el servicio de internación pediátrica número 5 del hospital Humberto Notti.

GRAFICO N°16. Distribución de la muestra según si consideran importante la higiene a la hora de preparar los alimentos.



Comentario el siguiente gráfico muestra que el 87% de los entrevistados cree que es importante mantener una higiene adecuada en los alimentos que van a ser ingeridos por sus hijos el 13% restante refiere no ser tan determinante.

## **CAPITULO III:**

### **Resultados, discusión y propuestas**

Nuestra investigación, se basa en las causas que producen una Reinternación de pacientes oncológicos pediátricos.

Como previsoras y promotoras del cuidado en salud creemos que es de vital importancia nuestro rol a la hora de prevenir la enfermedad y complicaciones, focalizándonos en el arte de cuidar fundamentado científicamente.

Conocer al paciente, su ámbito y la realidad en la que este se situó, es de vital importancia, este recurso es una oportunidad que nos permiten empatizar y llevar a cabo un análisis adecuado al paciente, cabe mencionar que debemos tener en cuenta al paciente y su entorno para prevenir el reingreso.

Al finalizar este trabajo final a través de las encuestas realizadas a diferentes padres de pacientes pediátricos oncológicos internados en el servicio n°5 del Hospital Humberto Notti. Determinamos la importancia que conlleva en el paciente y su familia la educación en cuanto a cuidados y pautas de alarma que enfermería puede informar. Luego de realizar la siguiente investigación con el fin de conocer si tiene alguna relevancia aspectos como la cultura, nivel económico o nivel de instrucción el hecho de que un paciente oncológico padezca de una reinternación en el nosocomio. Podremos reducir los reingresos en el servicio. Por ello se tomó como herramienta de investigación las encuestas para valorar datos obtenidos y afirmar las siguientes conjeturas.

De la población que se eligió el 63% es decir 25 de los encuestados son de sexo femenino, y el 37% 15 son de sexo masculino.

Al observar las edades que predominan observamos que, del sexo femenino, el 40% es decir 10 de los encuestados presentan la edad comprendida entre 5 a 10 años. El 28% 7 de los encuestados tienen edades entre el año de vida y 5 años.

De sexo masculino observamos que predominan los niños entre 1 a 5 años de edad el 47% es decir 7. El 33 % 5 de los encuestados tienen edades comprendidas entre 5 a 10 años de edad. Sólo 3 el 20 % de los encuestados presentan edades entre 10 años a 14 años y doce meses.

Según la zona de residencia el 58% es decir 23 de los encuestados vive en zona rural. Y 17 es decir el 43% vive en zona urbana. Es decir que la mayoría de los pacientes residen en zonas rurales.

Según el tipo de vivienda nos refieren que el 20 % tienen vivienda propia. 26 de los encuestados el 65% alquila. Y 6 es decir el 15 % se presenta en otra situación. Según si cuenta con servicio de agua potable, observamos que el 90%36 de los encuestados si lo poseen. Y 4 de los encuestados el 10% no tiene acceso. Nos comentan también que 23 de los encuestados 58% los pacientes comparten la habitación con alguno de sus hermanos. Y 7 es decir el 42 % posee habitación individual.

Según el nivel de instrucción que poseen los encuestados observamos que uno de los encuestados refiere no saber leer ni escribir 2%, primario completo 14 de los encuestados 35%. Primario completo 5 el 13%. Secundario completo 8 de los encuestados el 20 %. Secundario incompleto 7 el 18%. El terciario completo el 5% 2 de los encuestados. Y terciario incompleto 2 el otro 5%.

Por otro lado, otro aspecto que nos permiten conocer el estado de un paciente, es el número de re internaciones que presentaron los encuestados. El 70% es decir 12 del total nos refiere haber presentado más de dos reinternaciones durante el tratamiento. Y solo 12 el 30% refiere que fueron menos de dos. Aun así, observamos que todos presentaron siempre al menos una reinternación, diferente a la que se realizó para recibir el tratamiento con quimioterapias.

En cuanto a la educación que brinda enfermería en el servicio cuando se produce una reinternación, el 70% 28 del total refiere ni recibir información durante su estadía en el servicio. Y el 20% ósea 8 nos comenta que a veces el personal de enfermería resuelve dudas. También se les pregunto si ellos, los cuidadores reconocen pautas de alarma en su domicilio, cuando el paciente se externa del hospital. Predomina el desconocimiento, ya que el 30% es decir 12

refiere no reconocerlas. Y el 25% ósea 10 del total, refiere que a veces, saben cómo actuar.

En cuanto a las técnicas de auto cuidado con respecto a la higiene bucal, el 50% del total de entrevistados comenta que realiza la higiene a veces. Y no luego de cada comida, lo cual sería lo recomendable.

En relación con el aseo personal el 47% 19 de los encuestados comenta que en la semana realiza el baño tres veces. Y solo el 23% 9 lo realiza una vez al día.

Con respecto a la alimentación de estos pacientes, predomina el conocido de la dieta adecuada ya que el 63%, refiere si saber cuál es. Y el 87% 35 de los encuestados creen que es importante la higiene con la que se preparen los alimentos, para evitar complicaciones. El 60% 24 de los encuestados refiere saber cómo preparar los alimentos.

Luego de obtener los siguientes resultados podemos confirmar, que entre la variables analizadas observamos que el 50%, es decir 20 de los familiares menciona que a veces recibe educación por parte de enfermería al momento de alguna internación, lo cual consideramos como factor importante para producirse una Re – internación, ya que en cada internación los padres de dichos pacientes podrían autoevaluarse y con una mirada autocrítica considerar cuales son los fallos cometidos a la hora de brindar cuidados a sus hijos.

La educación por parte del personal de enfermería les permitiría a los padres modificar aquellas conductas erradas, consideramos que es un factor modificable y se encuentra al alcance del personal de la salud. Por ello proponemos la constante capacitación por parte del personal de enfermería y la actualización permanente en cuanto a los conocimientos para no cometer fallos a la hora de educar. Además, creemos que sería beneficioso la creación de pequeños manuales que se encuentren a disposición de los pacientes y familiares de fácil acceso y con dialecto comprensible para cada uno, con el propósito de resolver dudas que puedan darse en el domicilio, sin tener la necesidad de esperar a la próxima consulta con el médico y/o próxima internación.

Este manual el cual estaría bajo nuestro cargo en cuenta a edición y elección de información. Lo realizaríamos con ayuda y coordinación del personal médico del Hospital Humberto Notti.

Este, se conformaría máximo de dos carillas en los que no se utilice lenguaje científico y que contenga imágenes ilustrativas. La información que se expondrá será sobre pautas de alarma a tener en cuenta una vez que se externa del hospital. Los siguientes puntos a recalcar serían:

- ante el primer registro febril de más o igual a 38 grados debe acercarse la guardia del hospital más cercano sin esperar un segundo registro.
- si presenta un vómito dejar dieta cero reposos gástricos durante 2 horas y luego probar nuevamente tolerancia con líquidos e ir progresando la dieta según la mejora de la tolerancia oral.
- Sí presenta diarrea es decir deposiciones líquidas mayor a 4 en el día acudir a la guardia para evitar posibles deshidrataciones.
- En cuanto a recomendaciones para el cuidado diario en cada paciente, sugerir en el manual, los cuidados en la manipulación adecuada a la hora de la preparación de alimentos, mencionar el tipo de alimentación que el paciente debe consumir, la adecuada conservación de los mismos.
- Mencionar con una frase breve y entendible, que significa neutropenia febril, mencionar los signos de alarma más frecuentes.
- La importancia de retirarse de la institución con los medicamentos del tratamiento indicado por el médico, fundamentalmente si este requiere de insumos de la misma institución como jeringas y/o medicación ya administrada.

También creemos que la educación que se le brinde y como ésta se adecue las posibilidades tanto de los padres como de los pacientes a ser entendida es también muy importante. Según las encuestas realizadas tomamos que el resultado de que de los entrevistados el 30% recibe información por parte del servicio de enfermería pero que sólo 28 de los 40 entrevistado lograron terminar se educación secundaria y que seis de los padres o cuidadores entrevistados no han tenido posibilidad de finalizar la educación primaria básica que facilitaría un buen entendimiento a la hora de recibir dicha información. Por ello proponemos este manual de fácil lectura. Y con puntos claros a tener en cuenta.

Por otro lado, al considerar las técnicas de auto cuidado en el hogar observamos que 20 de los encuestados reconoce realizar la higiene bucal de vez en cuando a sus hijos y con respecto a la técnica de aseo personal nos muestra que el 47% ósea 19 de los entrevistados realiza el baño 3 veces a la semana. Y que 9 es decir el 23% lo realiza al menos una vez al día. Dada la patología del paciente consideramos muy importante estos aspectos en cuanto a su cuidado personal relacionado con el número de re internaciones que pueda presentar.

Por otro el hecho de que del total de pacientes encuestados 23 comportan habitación con algún familiar, creemos que podría llegar a ser peligroso a la hora de preservar la salud del paciente. Conocemos que por cuestiones económicas las familias no poseen una habitación extra para poder designar al paciente, lo consideramos muy beneficioso para el paciente, ya que se disminuiría el riesgo a contraer infecciones en el domicilio. Debido al estado de inmunodeficiencia y al relacionarlo con el número de re internaciones vemos que el 70% de los encuestados han presentado al menos una reinternación durante el proceso de tratamiento con quimioterapias.

Por ello recomendamos que si se observa que la persona con quien comparte la habitación se encuentra padeciendo algún cuadro agudo se mantengan medidas de aislamiento al menos hasta que esté supere el cuadro evitando así comprometer el estado del paciente oncológico ya que su sistema inmunológico lo hace más perceptible a poder contagiarse. Esto supone una reinternación evitable, también aplicar el baño diario para este tipo de

pacientes es de gran importancia. Como ventilar las áreas del domicilio y mantenerlo limpia, en lo posible realizar cambio de ropa de cama diaria. Y no olvidar pautas de higiene a la hora de preparar los alimentos y el tipo de dieta que debe seguir. Suponen cuidados en el paciente que beneficiaría su estado. Y evitaría complicaciones.

## **BIBLIOGRAFIA**

**Sampieri Hernández, Roberto** “Metodología de la investigación”. Edit. Graw Hill, México -2ª Edición .1981

**OMS.** “Definición de salud” .2016

**Nancy E. Kline.** “Plan de estudio de quimioterapia y bioterapia pediátrica “EE UU - 3 Edición.2014

**Cacciavillano, Walter.** “Soporte Clínico Oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico”; Instituto Nacional del Cáncer Bs. As-1ªEdición .2013

**MDC Guzmán** “Cuidados de enfermería en pacientes oncohematológico” – Enfermería Global 2011- revista.un.es

**AJC Calderón** “Intervenciones de enfermería en la prevención del enfermo oncohematológico” - Enfermería global, 2004- revista.un.es

**Lic. Celano C, Lic Estrada S, DraGandurN;** “Manual de enfermería Oncológica”, Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Educación Bs.As.2012

**Paganini H, Santolaya M, Álvarez M, Araña Rosaínz M, Arteaga Bonilla R, Bonilla A, et al.** “Diagnóstico y tratamiento de la neutropenia febril en niños con cáncer”: Consenso de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica. Rev Chil Infect 2011; 28: 10-38

**Marriner A,** “Modelos y teorías en enfermería”, 5ª ed. Editorial Elsevier science, Madrid, 2003.P.139

**Del Pont J M, Casanueva E, Aguirre C, Bogdanowicz E, Bazán V, Caruso M, et al.** Consenso sobre el cuidado del paciente oncológico neutropénicos febril: actualización 2008-2009. Arch Argent Pediatr 2010; 108: e47-70

**Moreno F, Schvarztman E.** “Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino”. Bs As 2008.

**Rivera-Luna R.** Pediatric oncology at the National Institute of Pediatrics in Mexico. Pediatr Hematol Oncol. 1999 Mar-Apr; 16(2):95-9.

**Mann JR; SIOP Europe; ESPHI.** European training programme in paediatric hematology and oncology. Med Pediatr Oncol. 2003 Jul; 41(1):65-6.

<http://www.cancer.gob/esp/C3%B1ol/instituto/olacpd/cm/argentina>  
[www.msal.gov.ar/inc/descargas/Publicaciones/roha2000-2008.pdf](http://www.msal.gov.ar/inc/descargas/Publicaciones/roha2000-2008.pdf)



[http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap\\_17.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_17.pdf)