

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**PROYECTO: CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA
ONCOLÓGICA ESPECIALIZADA EN LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA DEL
HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA**

Trabajo final de investigación aplicada sometida a la consideración de la
Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería
para optar al grado y título de Maestría Profesional en
Enfermería Oncológica

Eloisa Little Little
Katherine Vargas Rodríguez

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
2020

DEDICATORIAS

A mis hijos y nietos, por su motivación y apoyo para concluir este proyecto.

Eloisa Little Little

A mi madre, Rose Mery, quien desde el cielo ha intercedido ante Dios por mí durante toda mi vida; a mi maravilloso esposo, Federico, quien me ha motivado día tras día para dar lo mejor y a la pequeña que llevé en el vientre durante la preparación de este proyecto y hoy nos acompaña, Mery Isabella.

Katherine Vargas Rodríguez

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por todo lo que nos ha permitido vivir y realizar a lo largo de nuestra vida.

A nuestras pacientes, que participaron del pilotaje del proyecto y nos permitieron acompañarlos durante el transcurso de su quimioterapia.

A la Caja Costarricense del Seguro Social, por brindarnos la oportunidad de realizar esta especialidad.

A nuestra tutora, M.Sc. Sunny González, por su guía, comprensión, paciencia, entrega y valiosos consejos a lo largo del proceso del proyecto.

A nuestros lectores, la M.Sc. Marlene Agüero y M. Sc. Jessica Navas, por brindarnos su asesoría.

Al personal médico y de enfermería del servicio de quimioterapia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. y a la M.Sc. Martha Salazar, por el apoyo y la colaboración que nos brindaron durante el desarrollo de este proyecto.

Eloisa Little Little y Katherine Vargas Rodríguez.

"Este Trabajo Final de Investigación Aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica."



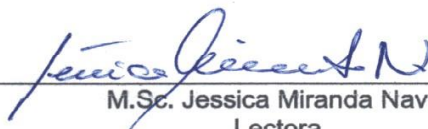
Dra. Vivian Vilchez Barboza
Representante del Decano del
Sistema de Estudios de Posgrado



M.Sc. Sunny González Serrano
Profesora guía



M.Sc. Marlen Agüero Arce
Lectora



M.Sc. Jessica Miranda Navas
Lectora



Eloisa Little Little
Sustentante



Katherine Vargas Rodríguez
Sustentante

“Este Trabajo Final de Investigación Aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito para optar al grado y título de Maestría Profesional en **Enfermería Oncológica.**”

Dra. Ana Laura Solano López
Representante de la Directora del
Programa de Estudios de Posgrado
en Ciencias de la Enfermería

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIAS	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
HOJA DE APROBACION(FIRMAS).....	iv
TABLA DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
LISTA DE CUADROS Y FIGURAS	xiii
CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA.....	xvi
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Justificación e importancia	2
1.2. Descripción de la unidad formuladora para la propuesta del proyecto	4
1.3. Situación actual del servicio de oncología médica	4
1.3.1. Misión y la visión del servicio de quimioterapia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.....	5
1.4. Propósito	5
1.5. Árbol de problema	6
1.6. Problema	7
1.7. Objetivos.....	7
1.7.1. Objetivo general.	7
1.7.2. Objetivos específicos.....	7
1.8. Recursos necesarios	8
CAPÍTULO II. MARCO DE REFERENCIA.....	9
2.1. Marco teórico	9

2.1.1. Teorizante de autocuidado Dorothea Orem.	9
2.1.2. La teoría del autocuidado.	10
2.1.2.1. La teoría de autocuidado.	10
2.1.2.2. La teoría de déficit de autocuidado.	11
2.1.2.2.1. Agente de autocuidado.	12
2.1.2.2.2. Agencia de autocuidado.	12
2.1.2.2.3. Demanda terapéutica de autocuidado.	12
2.1.2.2.4. Déficit de autocuidado.	13
2.1.2.2.5. Agencia de enfermería.	13
2.1.2.2.6. Diseño enfermero.	13
2.1.2.2.7. Limitaciones del cuidado.	14
2.1.2.2.8. El aprendizaje del autocuidado.	14
2.1.2.3. La teoría de sistemas enfermeros.	14
2.1.2.3.1. Sistemas compensatorios enfermería.	15
2.2. Marco conceptual	17
2.2.1. Conceptos paradigmáticos de la teoría.	18
2.2.2. Cáncer.	19
2.2.3. Individuo con cáncer.	19
2.2.4. Concepto de enfermería.	20
2.2.5. Enfermería oncológica.	21
2.2.6. Consulta de atención en enfermería.	21
2.2.7. Quimioterapia.	22
2.2.8 Andragogía.	23
2.2.9. El proceso de enfermería.	24
2.3. Marco empírico	25

2.3.1. Antecedentes de la consulta de enfermería.....	25
2.4. Marco jurídico	29
2.4.1. Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016	30
2.4.2. Proyecto de fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer.	30
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	33
3.1. Involucrados – interesados	33
3.2. Datos del proyecto	35
3.2.1. Tipo de proyecto.....	35
3.2.2. Fuentes de Información.....	35
3.2.2.1. Fuentes de información primaria.....	35
3.2.2.2. Fuentes de información secundaria.....	36
3.2.3. Tiempo del proyecto	36
3.2.4. Criterios de inclusión de la consulta.	36
3.2.5. Alcance.	36
3.2.6. Fases del proyecto	36
3.2.6.1. Fase inicial se realiza un diagnóstico.	39
3.2.6.2. Fase de diseño y elaboración del proyecto.	39
3.2.6.3. Planes de recursos y plan económico financiero.....	40
3.2.6.4. Preparación de la logística de la consulta de enfermería.	41
3.2.6.5. Fase de puesta en marcha.....	42
3.2.6.7. Fase de ejecución y seguimiento	47
3.2.6.7. Evaluación “ex-post”	49
3.3. Consideraciones éticas	49
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	51
4.1. Resultados del diagnóstico	51

4.2. Análisis de resultados del diagnóstico	54
4.3. Propuesta de la consulta de enfermería oncológica especializada en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	58
4.3.1. Presentación	58
4.3.2. Justificación.....	59
4.3.3. Propuesta.....	60
4.3.4. Implementación de la consulta	60
4.3.4.1. Etapa de valoración.....	61
4.3.4.2. Etapa de diagnóstico.....	61
4.3.4.3. Etapa de planificación.	61
4.3.4.4 Etapa de ejecución.....	61
4.3.4.5. Etapa de evaluación.....	62
4.3.5 Ubicación de la consulta.....	63
4.3.6 Infraestructura	63
4.3.7 Recurso humano	64
4.3.8 Características de la consulta de enfermería.....	64
4.3. Resultados obtenidos en la implementación o pilotaje de la consulta de enfermería oncológica	70
4.4. Análisis de la consulta.....	72
4.5. Resultados de la consulta	78
4.5.1. Impacto de la consulta de enfermería oncológica.....	79
4.5.2. Indicadores de impacto de la consulta de enfermería.....	81
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
5.1. Conclusiones	82
5.2. Recomendaciones	83
BIBLIOGRAFÍA	85

ANEXO 1. CARTA DE AUTORIZACIÓN PROYECTO DE GRADUACIÓN.....	93
ANEXO 2. CRONOGRAMA.....	94
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO, ENTREVISTAS Y CONSULTA ...	95
ANEXO 4. ENTREVISTAS GUIADAS.....	100
ANEXO 5. CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA AL DEPARTAMENTO DE QUIMIOTERAPIA HCG	103
ANEXO 6. ESCALA DE ACTIVIDAD –KARNOFSKY–.....	106
ANEXO 7. ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG	107
ANEXO 8. MALNUTRITION SCREENING TOOL (MST)	108
ANEXO 9. MEMORIAL SYMPTOM ASSESSMENT SCALE	109
ANEXO 10. FLUJOGRAMA.....	110
ANEXO 11. VACIAMIENTO DE INFORMACIÓN DE LAS ENTREVISTAS CON PREGUNTAS GENERADORAS	111
ANEXO 12. RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN LA CONSULTA SEGÚN CASOS.....	113
ANEXO 13. PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA ESPECIALIZADA.....	157

RESUMEN

El profesional en enfermería oncológica desarrolla sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando el método científico que le permite identificar y tratar respuestas humanas, así como determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual del cliente (Díaz et al., 2013), mediante una atención individualizada y personalizada, donde se utiliza el proceso enfermero guiado por la teoría de autocuidado de Dorothea Orem.

En este proyecto se realizan entrevistas guiadas con preguntas generadoras a profesionales de enfermería y a usuarios con cáncer que asistían al servicio de quimioterapia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, para determinar las necesidades de la persona con cáncer, guiadas por la teoría de autocuidado desarrollada por Orem. Una vez determinadas estas necesidades, se planea una consulta de enfermería oncológica, con la cual se realiza un pilotaje con la participación de 10 usuarias con diversos trastornos patológicos oncológicos que recibían quimioterapia, las cuales tuvieron un mínimo de cuatro citas con la especialista en enfermería oncológica.

Los resultados de las consultas de enfermería en términos de eficiencia y eficacia arrojan, de manera inmediata, un cambio en la metodología de abordaje tanto en prevención primaria como secundaria en los servicios de quimioterapia; ya que se documenta de forma directa, el desconocimiento para el manejo adecuado ante la presencia de efectos secundarios, por parte de la persona. Esto deriva la creación de protocolos para brindar la información veraz, concisa y precisa de las reacciones adversas; además de educación en cuidados que incluyan alimentación, sexualidad, actividades sociales y requerimientos de la vida diaria, entre otros.

ABSTRACT

The oncology nurse develops her care, teaching, management and research functions, using a scientific method that allows her to identify and treat human responses, as well as to determine the influence of her services on the physical, psychosocial and spiritual evolution of the client (Díaz et al., 2013), through individualized and personalized attention, where the nursing process guided by the self-care theory of Dorothea Orem.

In this project guided interviews are conducted with generating questions to nursing professionals and patients with cancer who attended the chemotherapy service of Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital, to determine the needs of the person with cancer, guided by the theory of self-care developed by Orem. Once these needs has been determined, an oncology nursing consultation is planned, a proyect piloting is carried out with 10 participants who has different oncological pathological disorders and were receiving chemotherapy, they had a minimum of four appointments with the oncology nursing specialist .

The results of the nursing consultations in terms of efficiency and efficacy show, immediately, a change in the approach methodology in both primary and secondary prevention in chemotherapy services; since it is directly documented, the lack of knowledge for proper management in the presence of side effects, by the person. This leads to the creation of protocols to provide truthful, concise and accurate information on adverse reactions; in addition to education in care that includes food, sexuality, social activities and requirements of daily life, among others.

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Presupuesto anual proyectado	42
Cuadro 2. Pautas por seguir por la profesional en enfermería en cada consulta	48
Cuadro 3. Resumen de los resultados de las entrevistas.....	51
Cuadro 4. Diagnósticos de enfermería observados en las usuarias.....	74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Árbol de problema.	7
Figura 2. Flujograma de la consulta.	43
Figura 3. Frecuencia de diagnósticos de enfermería presentados en las usuarias del pilotaje.	73



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Katherine Vargas Rodríguez, con cédula de identidad 1-1236-0818, en mi condición de autor del TFG
Titulado: Creación de una Consulta de Enfermería Oncológica Especializada en la Unidad de Quimioterapia Hospital
Calderón Guardia

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Katherine Stephanie Vargas Rodríguez

Número de Carné: B79485 Número de cédula: 1-1236-0818

Correo Electrónico: soluna272003@yahoo.com

Fecha: 28-10-20 Número de teléfono: 87994004

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): M.Sc.Sunny Gonzáles Serrano

Katherine Vargas Rodríguez
FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Eloisa Little Little, con cédula de identidad 700770087, en mi condición de autor del TFG titulado Creación de una Consulta de Enfermería Oncológica Especializada en la Unidad de Quimioterapia Hospital Calderón Guardia

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Eloisa Little Little

Número de Carné: 832135 Número de cédula: 700770087

Correo Electrónico: eloisalittle@gmail.com

Fecha: 28 octubre 2020 Número de teléfono: 89123751

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): M.Sc. Sunny González Serrano

Eloisa Little

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la acción de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

San José, 18 de setiembre de 2020

Señores (as):

Universidad de Costa Rica

Estimados señores (as):

Yo, María Fernanda Sanabria Coto, cédula de identidad 1-1429-0780, bachiller en Filología española graduada en la Universidad de Costa Rica, perteneciente a la Asociación Costarricense de Filólogos (ACFIL), carné 225 y al Colegio de Licenciados y Profesores en Letras, Filosofía, Ciencias y Artes de Costa Rica (COLYPRO), código 75402, hago constar que he revisado el documento titulado:

**PROYECTO: CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA
ONCOLÓGICA ESPECIALIZADA EN LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA DEL
HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA**

Dicho documento fue elaborado por Eloisa Little Little, carné 832135 y Katherine Vargas Rodríguez, carné B79485, con el fin de optar al grado de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica. He revisado y corregido aspectos tales como construcción de párrafos, vicios del lenguaje trasladados a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico.

Atentamente,

Fernanda S. Coto.



María Fernanda Sanabria Coto
Asociación Costarricense de Filólogos. Carné nro. 225
Colypro. Código 75402
fernanda.sanabria@filologos.cr

MARIA
FERNANDA Razón:
SANABRIA Documento
COTO (FIRMA) firmado
digitalmente

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial y fue responsable de aproximadamente 9,6 millones de muertes en el año 2018, una de cada seis muertes se debe al cáncer (Bray et al., 2018). El 21% de la incidencia de cáncer se da en las Américas y el 14.4% de la mortalidad en todo el mundo (Bray et al., 2018). Y dentro de este porcentaje de las Américas, se encuentra Costa Rica, por lo cual la consulta de enfermería oncológica es una de las estrategias de atención creada con el objetivo de observar y controlar los procesos crónicos de la enfermedad, siendo una oportunidad para ofrecer asistencia integral englobando las necesidades de la persona y su familia; donde el abordaje debe estar fundamentado en el proceso de atención de enfermería (Barbosa, 2008).

En Costa Rica no se cuenta con consultas especializadas en el área de enfermería oncológica, a pesar de la necesidad. Por lo que el presente proyecto consiste en la creación de una consulta en enfermería oncológica dentro de un hospital nacional clase A. El proyecto es innovador, al ser un espacio de enfermería, con abordaje interdisciplinario, que ayudará a mejorar el bienestar de la población del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia que recibe quimioterapia. La característica principal de esta consulta consiste en brindar una atención especializada de enfermería, centrándose en la ayuda al individuo con cáncer, al grupo familiar y a la comunidad; promoviendo el autocuidado, mediante el uso del proceso de enfermería.

La población objeto de la consulta fueron las personas con cáncer de primer ingreso al servicio de quimioterapia, familiares de estos o red de apoyo, con el propósito de brindar un servicio asistencial educativo durante el proceso de su tratamiento farmacológico para tratar el cáncer. La consulta se brindó en dos modalidades a demanda y espontánea, según la necesidad inmediata de la persona, por consultas programadas o por referencia de otros profesionales.

El proyecto social se realizó debido a la necesidad manifestada en la unidad de administración de quimioterapia. Se observó que las personas que asistían a la unidad presentaban ansiedad, temor y referían falta de conocimiento acerca del tratamiento.

Para fundamentar la necesidad de la consulta, se realizaron una serie de entrevistas con preguntas generadoras a las personas con cáncer y a profesionales de enfermería a cargo de su atención, con el objeto de conocer las necesidades individuales. A través de esta interacción, se determinó la necesidad de un acompañamiento profesional, asistencial y educativo durante el proceso de quimioterapia para mejorar el cuidado especializado en oncología, además, se proyectaron los recursos necesarios para la construcción de la misma.

El proceso de enfermería fue el método que se utilizó para determinar las necesidades y planificar el cuidado enfermero que requerían las personas con cáncer, mediante el modelo de autocuidado planteado por la teorizante de enfermería Dorothea Orem en la teoría de sistemas de enfermería, se clasificó a las usuarias según el sistema compensatorio en el que se encontraban.

1.1. Justificación e importancia

Durante los años laborados en el servicio de quimioterapia con las personas con cáncer se ha observado un aumento en el número de usuarios que asisten a tratamiento, sin embargo, la cantidad de profesionales de enfermería a cargo de esta población no ha crecido, esto ha generado que en el área educativa correspondiente a la enfermería sea debilitado debido a que la educación es incidental. Lo anterior motivó a la creación de una consulta de enfermería oncológica con lo que se buscaba mejorar la gestión del cuidado y el autocuidado de la persona.

En la unidad oncológica médica del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia se prescriben y administran tratamientos citostáticos a un promedio de 900 personas mensualmente; este grupo en conjunto con sus familiares manifestaba incertidumbre ante la administración de tratamientos quimioterapéuticos, efectos adversos y cuidados específicos, además, como resultado del desconocimiento, se observó un autocuidado deficiente, lo cual generaba un aumento en los costos del cuidado de la salud de la persona con cáncer, sufrimiento innecesario, surgimiento de las policonsultas y aumento de la angustia, Ayala y Sepúlveda mencionan esta particularidad en el artículo “Necesidades de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio” (Ayala L, 2017) .

Cabe mencionar que el cáncer es un problema de salud pública, el cual debe ser atendido de manera integral y multidisciplinaria, según la información obtenida en el Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en Costa Rica, se determina que es la segunda causa de muerte a nivel nacional, aproximadamente se diagnostican diez mil casos nuevos por año. Entre los años 2000 y 2011, la tasa de mortalidad aumentó en un 24% (de 78,2 a 97,0 por cada cien mil habitantes). Además, la incidencia del cáncer en orden prioritario es la siguiente: cáncer de piel, cáncer gástrico, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de cérvix, cáncer de pulmón y cáncer de colon (Caja Costarricense de Seguro Social, 2015).

Como parte del servicio de enfermería oncológica especializada es importante que el profesional conozca formas de administración, reacciones infusionales, efectos adversos, así como el desarrollo de la relación interpersonal de ayuda, intervención en crisis, entre otros, mediante el desarrollo de estrategias específicas, dirigidas a la promoción y el mantenimiento de la salud. El personal de enfermería es fundamental para cada usuario, es una guía y un apoyo en todo el proceso, es la conexión entre los médicos y los pacientes, son esa asistencia más personal que da acompañamiento, educación e información al individuo, brinda al usuario y familia los conocimientos necesarios para lograr la mayor adhesión a los tratamientos con el objetivo de obtener una mejor respuesta.

La persona con cáncer no solo presenta necesidades asistenciales en relación a su estado de salud como tratamiento y reacciones adversas sino que presenta otras afectaciones que corresponden a su entorno, tales como su familia economía entre otros, estos pueden ser factores que contribuyen a agudizar algunos problemas de salud, por lo que es necesario una escucha asertiva, apoyo educativo integral e individualizado continuo durante todo el proceso, con el fin de disminuir la frecuencia de policonsultas y las complicaciones causadas por los tratamientos oncológicos, evitando así los ingresos hospitalarios, mejorando la calidad del autocuidado, ofreciendo una atención integral psicoemocional y espiritual con la finalidad de reducir el impacto de la enfermedad.

1.2. Descripción de la unidad formuladora para la propuesta del proyecto

El Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia es un Centro Médico Especializado Categoría A, del tercer nivel de atención, tiene una población de adscripción de aproximadamente 1 200 000 personas. El área de atracción se divide para la consulta externa especializada, en las áreas de cobertura de las Clínicas Carlos Durán, Jiménez Núñez, Clínica de Coronado, Áreas de Salud de Catedral Noreste, Curridabat y Montes de Oca. Como el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia es el centro de referencia para especialidades de Cartago, Limón, Guápiles y Turrialba, tiene alrededor de 61.000m² de construcción, distribuidos en tres edificaciones principales, además, requiere de espacios privados de alquiler debido a que se encuentra en una fase de construcción; cuenta con 2 693 plazas distribuidas en tres turnos de trabajo. La consulta externa está conformada en promedio por 65 consultas especializadas tanto médicas como no médicas.

El hospital cuenta con un servicio de emergencias, con capacidad de 92 espacios para camas, camillas y pacientes en observación. Por su parte, el servicio de hospitalización cuenta con 33 especialidades y 413 camas, así como diversos servicios administrativos y servicios de apoyo, quienes, en conjunto, hacen que este pilar de la salud se mantenga en funcionamiento las 24 horas del día, los 365 días del año.

1.3. Situación actual del servicio de oncología médica

El servicio de quimioterapia cuenta con una enfermera especialista en oncología, la cual ejerce como coordinadora; cinco profesionales en enfermería, una enfermera de salud mental, dos asistentes de pacientes, una secretaria, una técnica de redes y un encargado del aseo, los cuales laboran de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Además de la aplicación de quimioterapéuticos, se administran transfusiones de hemocomponentes, programación de quimioterapia y atención por efectos adversos asociados al tratamiento. Se cuenta con un equipo de trabajo vespertino que labora hasta las 8 p.m.

A continuación, se desglosarán las funciones que ejecuta el profesional en enfermería oncológica en la unidad de trabajo:

- Recibir a los usuarios que ingresan para la aplicación del tratamiento quimioterapéutico.
- Revisar y valorar exámenes de laboratorio específicos y otros estudios necesarios para la administración de fármacos específicos de la unidad.
- Solicitar al médico oncólogo la valoración de usuarios que lo ameritan.
- Distribuir al personal de enfermería la atención de los usuarios para la aplicación de la quimioterapia.
- Programar citas de tratamientos quimioterapéuticos a personas de primer ingreso a la consulta y subsecuentes.
- Coordinar citas con los médicos oncólogos y los profesionales de farmacia.

1.3.1. Misión y la visión del servicio de quimioterapia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

La misión permite incorporar la razón de ser del servicio y conceptualiza para qué se ha creado. Es muy importante que sea conocida y asimilada por el personal junto con los valores y objetivos, con el fin de guiar las acciones por desarrollar. Por su parte, la Visión indica hacia dónde se quiere ir, incorporando mejoras y aspectos novedosos que permitan ofrecer el mejor servicio posible de acuerdo con las necesidades cambiantes del entorno.

La misión del servicio de quimioterapia es: “Proporcionar en el servicio de oncohematología cada tratamiento en forma eficiente, eficaz, humana y segura, prestando una atención integral al paciente, en el proceso de enfermería” (Fonseca, 2008, sección: misión).

La visión del servicio de quimioterapia es “Ser un grupo líder que garantice el servicio de alta competitividad con constante capacitación e innovación en la prestación del servicio; con calidez y calidad en la atención ofrecida” (Fonseca, 2008, sección: visión).

1.4. Propósito

El propósito de este proyecto es la creación de una consulta de enfermería oncológica, para atender las necesidades específicas de las personas con cáncer

y sus familias, promoviendo el autocuidado basado en la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, donde se define que:

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (Naranjo, Concepción y Rodríguez, 2007, p.4)

1.5. Árbol de problema

Con el propósito de identificar el problema central se entrevistó a profesionales en enfermería, médicos, auxiliares de enfermería y secretarias del servicio de quimioterapia, con el objetivo de conocer la percepción de las necesidades y dificultades que presentan los usuarios con cáncer que asisten a recibir tratamientos oncológicos; a su vez, se observaron las actividades que realizaban para cumplir con estas acciones y se consideraron las reflexiones de las personas tratadas durante las visitas.

Los principales resultados de estas entrevistas fueron los siguientes: no cuenta con un espacio para brindar asistencia, educación personalizada, programación de citas nuevas y subsecuentes en forma individualizada a la persona con cáncer y su familia. Actualmente, la atención brindada a esta población se ve limitada e interrumpida por carecer de un lugar idóneo para su atención, debido a que el área de recepción donde se ofrece este servicio es compartida con la secretaria de la unidad; como resultado de estas frecuentes interrupciones, se produce la desinformación, las policonsultas presenciales o telefónicas y surge un mal manejo de efectos secundarios en las personas.

De estos resultados se identifica como problema central que hay una limitada atención a la persona con cáncer y su familia.

A continuación, se presenta mediante la técnica del árbol de problemas, las posibles causas y efectos del problema central.

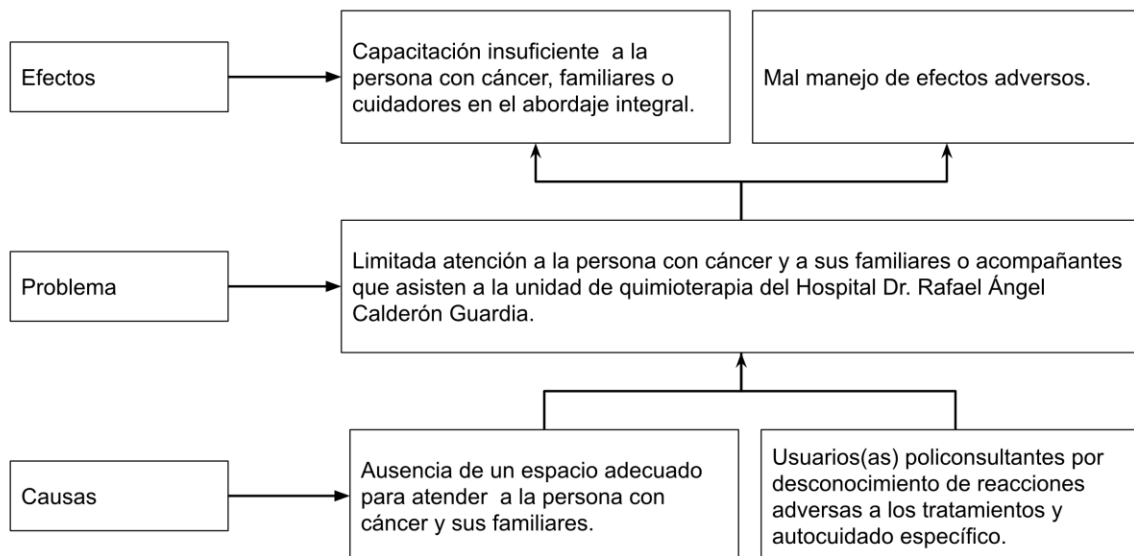


Figura 1. Árbol de problema.

1.6. Problema

¿Cómo beneficiaría la creación de una consulta de enfermería oncológica a las personas, familiares o cuidadores que asisten a la consulta de quimioterapia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia?

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general.

Crear una consulta de enfermería oncológica dirigida a la atención integral de la persona con cáncer, su familia o red de apoyo en el servicio de quimioterapia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

1.7.2. Objetivos específicos.

1. Elaborar un diagnóstico situacional para definir los componentes de la consulta especializada de quimioterapia.
2. Realizar un estudio de preinversión para determinar los elementos de factibilidad y viabilidad del proyecto.
3. Identificar estrategias de promoción, negociación y financiamiento relativas al proyecto.

4. Desarrollar la fase de inversión y ejecución del proyecto, para determinar el diseño y la puesta en práctica de la propuesta.
5. Implementar, mediante una fase de pilotaje, la consulta especializada de enfermería oncológica.

1.8. Recursos necesarios

A través del diagnóstico situacional y del estudio de preinversión, se determinan los recursos tanto materiales como humanos que se requerirán para el desarrollo de la consulta.

- Recursos materiales: despacho con un escritorio, cuatro sillas, computadora conectada a un sistema de informática hospitalario, impresora, sistema de registro de enfermería, teléfono con línea externa, apertura de agendas propias de consulta de enfermería oncológica, entre otros.
- Recurso humano: profesional de enfermería con especialidad oncológica, secretaria de redes y personal de aseo.

CAPÍTULO II. MARCO DE REFERENCIA

En este apartado, se desarrollará un marco de referencia, teorías, conceptos, aspectos legales y éticos, así como los referentes empíricos más actualizados. Se definió la teorizante en la cual fue sustentado el proyecto: *la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem*. Por su parte, en el marco conceptual se definieron conceptos básicos, tal como enfermería, enfermería oncológica, cáncer, consulta de enfermería, el proceso de enfermería, familia, andragogía y la aplicación de estos conceptos al proyecto como tal. En el marco empírico se realizó una revisión y análisis de artículos relacionados con el tema de interés basados en literatura científica actualizada. Así mismo, para el análisis del marco jurídico, se estudió la jurisprudencia que rige en Costa Rica, en especial planes estratégicos nacionales para la atención integral del cáncer establecidos por la Caja Costarricense del Seguro Social y la legislación del Colegio de Enfermeras de Costa Rica analizando los aspectos legales ligados al proyecto.

2.1. Marco teórico

Se realiza revisión de los antecedentes de la teorizante de enfermería de Dorothea Orem, así como concepciones sobre paradigmas de enfermería, persona, entorno y salud desarrollados por la teorizante; se citan las tres teorías a las cuales hace referencia la autora: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

2.1.1. Teorizante de autocuidado Dorothea Orem.

A continuación, se realiza una breve reseña de la teorizante. Dorothea Orem nació en 1914 en Baltimore, Maryland, Estados Unidos. Fue directora de la Escuela de Enfermería y del Departamento de Enfermería en el Providence Hospital, tiempo en el que desarrolló su definición de la práctica de enfermería. Trabajó en el estado de Washington D.C. para el Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar como asesora del programa de estudios. Además, trabajó como decana y profesora asociada de educación de enfermería en The Catholic University of América

(Universidad Católica de América). Falleció un 22 de junio del 2007, alrededor de los 94 años (Modelos enfermeros, 2013).

2.1.2. La teoría del autocuidado.

Dorothea Orem, cuando hace referencia a la teoría de autocuidado, toma como guía la pregunta: “¿En qué estado está una persona cuando se decide que un profesional de enfermería intervenga en la situación?” (Raile y Marriner, 2011, p. 267). Orem cree que cada individuo tiene la habilidad de cuidarse y el profesional de enfermería debe explotar esta habilidad, además, es importante conocer en la consulta de enfermería cómo se va a intervenir a una persona con cáncer y cuáles son las necesidades que tendrá que resolver.

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar, es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería (Raile y Marriner, 2011, p. 274).

La teoría de déficit de autocuidado es una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

2.1.2.1. La teoría de autocuidado.

Describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Naranjo et al., 2017, p. 4).

Consiste en la práctica de actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano , y

continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcionales y del desarrollo. (p. 201)

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir todas las necesidades conocidas de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán los métodos adecuados para lo siguiente:

- Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión) (Raile y Marriner, 2011, citando a Orem, 2001, p. 202).

Las especialistas en enfermería oncológica establecen los requisitos demandados por la persona, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades de la persona para cubrir sus requisitos, así como el potencial para desarrollar las habilidades requeridas para la acción (Taylor, 2011). Durante el transcurso de la consulta, se repite este proceso, para ayudar a alcanzar los requerimientos individuales y familiares asociados al tratamiento.

2.1.2.2. La teoría de déficit de autocuidado.

Describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la persona. Raile y Marriner (2011, citando a Orem, 2001).

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, donde se establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que las incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas. La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que

legítima la necesidad de cuidados de enfermería. Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son las personas legítimas para los profesionales de enfermería. (p. 841)

2.1.2.2.1. Agente de autocuidado.

Se comprende que las personas tienen inteligencia para ajustarse a las modificaciones en sí mismos o en su entorno. Sin embargo, puede presentarse una situación que exceda su capacidad para responder a ella, por lo que es necesario el abordaje interdisciplinario. En este momento, requiere ayuda que puede provenir de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. Dorothea E. Orem denomina agente de autocuidado a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Es decir, al individuo que realiza su propio cuidado y satisface sus propias necesidades de salud (Naranjo et al., 2017).

2.1.2.2.2. Agencia de autocuidado.

Según Navarro y Castro (2010):

Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y, finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. (p. 4)

2.1.2.2.3. Demanda terapéutica de autocuidado.

Es una entidad construida por las personas, representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias (Navarro y Castro, 2010, p.4).

2.1.2.2.4. Déficit de autocuidado.

Es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de constituyentes y desarrolladas de la actividad no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada (Raile y Marriner, 2011, citando a Orem, 2001, p. 203).

2.1.2.2.5. Agencia de enfermería.

Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas en enfermería, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes (Navarro y Castro, 2010, p. 4).

2.1.2.2.6. Diseño enfermero.

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción de enfermería, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería (Raile y Marriner, 2011, citando a Orem, 2001, p. 203).

El proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. La toma de conciencia necesita el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas,

con el objeto de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el que debe constar el deseo y el compromiso de cuidarse así mismo (Navarro y Castro, 2010).

2.1.2.2.7. Limitaciones del cuidado.

Son las reservas o restricciones para el autocuidado que son posibles, cuando la persona tiene falta de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede mostrar problemas para formular juicios sobre su salud y estar al tanto de cuándo debe buscar ayuda, así como consejo de otros (Navarro y Castro, 2010).

2.1.2.2.8. El aprendizaje del autocuidado.

Es interno o externo, puede establecerse por medio de la observación, obteniendo datos individuales del agente de autocuidado. Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo (Navarro y Castro, 2010).

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

2.1.2.3. La teoría de sistemas enfermeros.

Según Raile y Marriner (2011): “describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero” (p. 201).

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de los profesionales en enfermería que actúan de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de estos (Raile y Marriner, 2011, citando a Orem, 2001, p. 203).

2.1.2.3.1. *Sistemas compensatorios enfermería.*

La teorizante en enfermería Dorothea E. Orem estableció la existencia de tres tipos de sistema de enfermería con fines compensatorios y de apoyo al paciente que son: “totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo” (Prado et al. , 2014, p. 841). A continuación, se desglosa cada uno de los sistemas:

A. Sistema totalmente compensatorio: es donde el profesional de enfermería se hace cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universales de la persona hasta que esta pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

La acción del profesional en enfermería:

- Cumple con el autocuidado terapéutico de la persona.
- Compensa la incapacidad de la persona de realizar el autocuidado.
- Apoya y protege a la persona.

B. Sistema parcialmente compensatorio: el profesional de enfermería actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.

La acción del profesional de enfermería:

- Aplica ciertas medidas de autocuidado de la persona.
- Compensa las limitaciones de autocuidado de la persona.
- Ayuda a la persona si es necesario.
- Regula la actividad de autocuidado.

La persona:

- Realiza ciertas medidas de autocuidado.
- Regula actividad de autocuidado.
- Acepta cuidados y asistencia del profesional en enfermería.

C. Sistema de apoyo educativo: el papel del profesional en enfermería se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

La acción del profesional en enfermería:

- Regula el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado.

La acción de la persona:

- Consigue el autocuidado.
- Regula el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado.

El principal papel del profesional en enfermería es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado (Naranjo et al., 2017). Orem define el objetivo de la enfermería como: “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad” (p. 5). Además, afirma que el profesional en enfermería puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo (Rosales, 2004).

“El concepto de autocuidado refuerza la participación de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud” (Limia, 2010, p.43). Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto (Rosales, 2004).

Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, entre otros.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo (Limia , 2010, p.43).

El autocuidado implica una planificación de actividades de aprendizaje con el objetivo de aumentar los conocimientos y las capacidades de los individuos, así como de las familias de cara a las necesidades de cada uno.

Las actividades de aprendizaje implican el conocimiento de los individuos sobre su condición de salud, la propuesta de tratamiento, formación y oportunidad de entrenamiento. La información que se les brinda a los enfermos facilita que participen en la toma de decisiones, reduce los niveles de estrés, ansiedad y capacita a los enfermos con el fin de prepararse para el tratamiento. Si esta necesidad de información no se satisface, continuarán sintiéndose ansiosos y con niveles de estrés elevados, comprometiendo la eficacia de las acciones adecuadas para su bienestar (Silva y Pontífice, 2015).

Si la persona presenta enfermedad oncológica, el sentimiento de amenaza, de pérdida, de finitud, incertidumbre, miedo, ansiedad y angustia están más incrementados y despiertan malestar y sufrimiento. La literatura refiere que estos sentimientos parecen estar aún más marcados cuando existe una quimioterapia, ya que se asocia el malestar que deriva del tratamiento y consecuente aumento de amenaza a la integridad de la persona (Silva y Pontífice, 2015).

Esta teoría acerca del autocuidado aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas de la persona con cáncer buscando conductas de independencia y bienestar. El profesional de enfermería “tendrá en cuenta la cultura y habilidad de las personas al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida” (Triviño y Sanhueza, 2005, p.22).

En la consulta de enfermería oncológica especializada, se utilizaron los sistemas compensatorios de enfermería, clasificando a las personas desde el inicio hasta el término de las consultas, identificando los distintos sistemas en que se encontró la persona con cáncer y determinando que la persona es capaz de desarrollar actividades de autocuidado que le permitan pasar de un sistema parcialmente compensatorio a un sistema de apoyo educativo de enfermería.

2.2. Marco conceptual

La atención de la persona con cáncer en los servicios de quimioterapia es compleja, debido a los tratamientos que recibirán, así como los efectos adversos a

consecuencia de los medicamentos, por lo que fue necesario conocer algunos conceptos básicos que se deben tener claros, como son: el concepto de enfermería, enfermería oncológica, el cáncer, la persona con cáncer, quimioterapia, andragogía, consulta de enfermería y proceso de atención de enfermería.

Inicialmente se mencionarán los conceptos paradigmáticos de la teorizante Dorothea Orem.

2.2.1. Conceptos paradigmáticos de la teoría.

Dorothea Orem define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería entorno y salud.

1. Persona: según Prado et al. (2014):

concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, con la capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente (p. 838). Asimismo, la persona debe contar con una salud óptima lo que se define a continuación.

2. Salud: según Prado et al. (2014):

significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona (p.8 38). Para brindar ayuda a la persona a cuidar y preservar su salud se debe contar con el apoyo de la enfermería.

3. Enfermería: según Prado et al. (2014):

servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas o grupos, asistencia directa en su autocuidado,

según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (p. 838). Tanto la persona como el profesional en enfermería se encuentran en un entorno que está en continuo cambio debido a diferentes factores ya sea internos o externos.

4. Entorno: según Morales, Rubio y Ramírez, (2012):

el entorno queda definido como los campos de energía que constituyen la persona y el entorno que son inseparables y se rigen por una serie de principios en el que la helécida explica la tendencia a la diversificación creciente y creativa con ritmos incesantes de renovación. Se considera el entorno como un ambiente cambiante con factores positivos y negativos, relevantes o insignificantes donde las personas cercanas interactúan con la persona que posee su propia concepción del mundo, tanto físico como espiritual (p. 6). El entorno puede contener sustancias que predisponen a la persona a contraer el cáncer.

2.2.2. Cáncer.

La Organización Mundial de la Salud indica que el término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer: es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Los cambios genéticos en las células cancerosas pueden estar impulsando el crecimiento del cáncer de un individuo.

2.2.3. Individuo con cáncer.

La Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) hace referencia a la persona con cáncer como un individuo con mente y espíritu vivo, en constante crecimiento. Que mantiene relaciones con su familia y amigos, con actitudes y aptitudes, intereses, sueños y esperanzas, que van a verse afectados todos ellos por su estado de salud (Díaz et al., 2013).

Según la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO), los cuidados en oncología se basan en los siguientes fundamentos filosóficos (Díaz et al., 2013):

1. Los enfermos afectos de cáncer son individuos con necesidades personales que tienen derecho a vivir su vida de forma plena y a morir con dignidad. El objetivo primordial de la atención se centra en responder a las necesidades individuales. Identificar las necesidades consultando con ellos y respetando sus elecciones es la manera más efectiva de garantizar una atención de calidad y de preservar la autonomía del individuo. Todos los enfermos de cáncer tienen derecho a recibir el mejor tratamiento, cuidados y apoyo disponibles, con independencia de las diferencias sociales, políticas y económicas. Debe alentarse y, en su caso enseñar, a los enfermos y a sus familias a participar activamente en el establecimiento y la consecución de objetivos realistas para sí mismos. Enfermería debe iniciar y fomentar un enfoque interdisciplinar en la asistencia a enfermos con cáncer. Las enfermeras(os) deben contribuir a la promoción de la salud y la prevención del cáncer. La promoción de la salud y la educación no son exclusivas de la Atención Primaria, continúa con los propios enfermos de cáncer en cualquier ámbito. La investigación es primordial para mejorar la atención en oncología (Díaz et al., 2013).

2. La formación permanente convierte a las enfermeras(os) en punto de apoyo para los enfermos y sus familias. Así mismo, esa formación otorga la responsabilidad de informar a la sociedad acerca del cáncer, su prevención y tratamiento, por lo que es importante crear una consulta de enfermería (Díaz et al., 2013). El individuo con cáncer, así como su familia y red de apoyo necesita del profesional de enfermería como una guía y orientador durante su proceso de enfermedad.

2.2.4. Concepto de enfermería.

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud,

la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, así como la formación (Lagoueyte, 2015, citando CIE, 2002, p. 209).

El profesional en enfermería, en el desarrollo de sus actividades y gestiones, tiene la necesidad cada día de adquirir nuevos conocimientos, habilidades y destrezas, mediante la actualización en su formación, en este caso en las enfermedades oncológicas, por lo que es necesario abordar el concepto de enfermería oncológica.

2.2.5. Enfermería oncológica.

La Sociedad Española de Enfermería Oncológica define la práctica de la enfermería oncológica como la prestación de servicios de enfermeras(os) profesionales y competentes, al individuo, familia o comunidad, en todo el *continuum* salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal. Para ello, la enfermería oncológica desarrolla sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que le permite identificar y tratar respuestas humanas, además de determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual del cliente (Díaz, 2013, p. 696).

Contar con una consulta de atención permite al profesional en enfermería oncológica, asistir en la prevención de complicaciones, detectar y ayudar a controlar los efectos secundarios y facilitar el proceso que cursa la persona con cáncer y su familia.

2.2.6. Consulta de atención en enfermería.

El autor Polo (2016) define consultorio de enfermería:

espacio físico donde la persona demanda una consulta según su necesidad. Entiéndase como consulta de enfermería al proceso de interacción directa, donde el enfermero(a) oferta cuidados de promoción de la salud, prevención de riesgo, recuperación y rehabilitación de la enfermedad o discapacidad a sujetos-objetos y sus colectivos sociales, de forma integral con calidad. (p.138).

Las consultas de enfermería en atención primaria se han implementado para resolver problemas de salud orientados hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en grupos comunitarios, sin embargo, se ha observado su importancia en el control y rehabilitación de pacientes con enfermedades crónicas como los diabéticos e hipertensos, entre otros (Polo, 2016).

Los estándares generales de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) muestran que el compromiso del profesional en enfermería en la consulta de enfermería oncológica es desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes que promuevan un alto nivel de competencia en esta área del cuidado. También debe contar con algunas características especiales tales como dominio de la comunicación, capacidad de empatía, honestidad y coherencia, no emitir juicios de valores y transmitir y alimentar la esperanza como cualidades que sustenten la interrelación profesional durante todo el proceso de enfermería (Díaz et al., 2013).

En la consulta de enfermería se puede abordar a los individuos con cáncer previo al tratamiento de quimioterapia con el objeto de brindarle confianza y un mejor autocuidado.

2.2.7. Quimioterapia.

La quimioterapia consiste en utilizar sustancias químicas para destruir células cancerosas, es una de las principales tecnologías terapéuticas utilizadas para combatir el cáncer, además, es uno de los tres métodos más importantes utilizados para tratar la enfermedad; actúa interfiriendo la capacidad de la célula cancerosa para crecer. La alta eficacia de la quimioterapia es consecuencia de su capacidad para tratar el cáncer metastásico, así como el efecto que tiene en la citoreducción del tumor localizado. Tal capacidad hace que la quimioterapia sea

muy importante en la valoración del tratamiento, dado que la radioterapia y la intervención quirúrgica son adecuadas solo para tratar el cáncer en zonas localizadas. Cuando se emplean estos tres tratamientos combinados, sus rutas complementarias para atacar la enfermedad ofrecen con frecuencia al paciente mejores posibilidades para enfrentarla la enfermedad (Otto, 2010).

Muchos son los diferentes tipos de medicamentos que califican como agentes quimioterapéuticos. El fármaco elegido depende de qué tipo de cáncer se tratará.

Para comprender la quimioterapia, primero es necesario entender qué es el ciclo celular. La quimioterapia es eficaz, pues los fármacos usados afectan cierta fase del ciclo vital de las células. Para replicarse, cada célula pasa por un ciclo de cuatro etapas. La primera, llamada G1, sucede cuando la célula se prepara para replicar sus cromosomas. La segunda se denomina S; en ella ocurre la síntesis de DNA y este se duplica. La siguiente fase es G2, cuando se duplican el RNA y la proteína. La etapa final es la fase M, la de la división celular real. En esta última, el DNA y RNA duplicados se dividen y desplazan hacia extremos separados de la célula. De hecho, esta se divide en dos células funcionales idénticas (Otto, 2010). El individuo con cáncer que recibe quimioterapia tiene la necesidad de recibir información para realizar su autocuidado y con frecuencia no comprende la educación que se le brinda por lo que es de utilidad el uso de la andragogía para la mejor comprensión y aprendizaje.

2.2.8 Andragogía

Etimológicamente dicho término proviene de las raíces griegas andro (hombre, persona adulta) y ago (guiar o conducir), es decir la ciencia y el arte de educar a los adultos; fue acuñado por primera vez en 1833 por el profesor Alexander Kapp quien consideraba que los estudiantes adultos debían estar involucrados en la experiencia de su aprendizaje, se basaba en los elementos de la teoría de la educación de Platón, es el conjunto de elementos curriculares propios de la educación de adultos, tales como el profesor, metodología y filosofía.(Rodríguez Alvarez, 2011).

Knowles refiere que el adulto es diferente al niño en los siguientes aspectos:

- a) Autoconcepto: por naturaleza el adulto quiere dirigirse a sí mismo, utilizar su voluntad y ser independiente, discriminar cuándo y dónde aprender.
- b) Experiencia: a través de los años se ha guardado una serie de elementos en los que el adulto ha sido protagonista y que pueden utilizarse para crear nuevo aprendizaje, esto le permite valorar los conocimientos y aplicar los propios.
- c) Prisa por aprender: tiene tiempo limitado por sus obligaciones, por lo tanto, se cuestiona: qué le sirve para “saber y saber hacer” para cumplir con los diferentes roles que tiene en la sociedad, el trabajo y la familia; lo aprendido se debe apegar lo más posible a la vida.
- d) Orientación para el aprendizaje: su aprendizaje se centra en la vida, el adulto busca el desarrollo de competencias que lo hagan exitoso en su medio, la capacitación debe verse como un medio para resolver problemas de la vida y mejorar su ambiente
- e) Motivación por aprender: posee elementos intrínsecos que lo impulsan al aprendizaje y con ello a recibir recompensas desde las básicas hasta las de autorrealización; hay un interés por vivir bien, mejorar su condición de vida, subir autoestima, etc.(Rodríguez Alvarez, 2011).

El adulto es un ser independiente que desea aprender rápidamente con el objeto de resolver problemas de la vida y mejorar su ambiente o salud, posee elementos intrínsecos que lo impulsan al aprendizaje; tiene interés por vivir bien y mejorar su condición de vida, por lo que el profesional mediante la aplicación del método de enfermero el cual es el proceso de enfermería y la aplicación de la andragogía guiará al individuo a un mejor autocuidado.

2.2.9. El proceso de enfermería.

El proceso de enfermería se define como el sistema de la práctica de enfermería, donde el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. Este es uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional, debido a que está fundamentado en el método científico, a partir del contexto, datos y experiencias, se valora una situación

de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se hace una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta, se planifican y se ejecutan acciones y toman las decisiones pertinentes. (Carolina, 2010)

El proceso incluye cinco puntos esenciales que están intrínsecamente relacionados y no pueden interrumpirse, debido a que son una actividad continua. Dichas etapas son: valoración, definición de diagnóstico, planificación del cuidado, ejecución y evaluación; se exploran las dimensiones físicas, biológicas, psicológicas, sociológicas, culturales y espirituales.(Navarro & Castro, 2010)

2.3. Marco empírico

2.3.1. Antecedentes de la consulta de enfermería.

Se realizó un análisis de investigaciones en varios países donde existen consultas de enfermería con evidencias positivas, así como estudios relacionados con el autocuidado.

En diversas comunidades españolas se observó la importante función que desempeñan las consultas de enfermería oncológica, las cuales brindan a las personas con diagnóstico oncológico una atención integral, para lograr una evolución satisfactoria durante la enfermedad. En el hospital de Francesc de Borja, en Valencia, España, se crea la consulta de enfermería oncológica con el objetivo de: “conseguir una mejor adaptación de los pacientes a su nueva situación, promoviendo la información y el asesoramiento sobre distintos aspectos de su tratamiento, así como ofrecer cuidados de calidad y punto de referencia durante el cáncer” (Diario Independiente de Contenido Enfermero, 2018, párr. 2).

Asimismo, en el hospital General Matéu Orfila, en la isla de Menorca, España, en el año 2016 se creó la consulta de enfermería para el paciente oncológico, con el objetivo de brindar un seguimiento lo más especializado e individual posible, estableciéndose una relación de confianza mutua en beneficio de una mejor calidad asistencial (Menorca, 2016). Esto muestra que consultas de enfermería oncológica son valiosas para la atención oportuna de los usuarios y su familia, lo cual permite que el cuidado que se brinda desde enfermería sea integral, individual y especializado.

El soporte brindado desde el área educativa en enfermería oncológica se enfoca en diversos aspectos, tales como tratamientos quimioterapéuticos, posibles reacciones adversas durante la administración de fármacos, los efectos secundarios y cómo minimizarlos con medidas no farmacológicas, así como reforzar la educación del tratamiento farmacológico, enseñando posibles urgencias que pueden presentarse en el hogar, el manejo de las bombas de perfusión continua domiciliaria, el cuidado del acceso venoso que pueda tener insertado el paciente, la autoadministración de fármacos, los cuidados específicos que pueda precisar y pueda realizar él mismo sin necesidad de acudir al hospital, con los objetivos fundamentales de evitar los ingresos hospitalarios y complicaciones por tratamientos que pueden ser tratados en el hogar. Asimismo, brindar una asistencia integral, períodos de escucha, sensibilidad y empatía ante las necesidades psicoemocionales.

En un estudio realizado por Triviño y Sanhueza (2005), donde su intención fue visualizar la relación de las teorías en la terapéutica del cáncer y la presencia de enfermería, se menciona a la teorizante Dorothea Orem, la cual hace referencia a que el autocuidado puede mejorarse y fortalecerse, si se ofrece la enseñanza del manejo de signos y síntomas al paciente oncológico, lo cual refuerza las conductas de independencia y bienestar, mejorando su calidad de vida (Triviño y Sanhueza, 2005).

En la aplicación práctica de la teoría del autocuidado en la oncología, el profesional en enfermería realiza actividades educativas para la detección precoz del cáncer, observando los factores de riesgo, y para mantener el autocuidado del paciente después de haberse diagnosticado. “El sistema de enfermería apoya al paciente oncológico y opera brindando cuidados a los pacientes cuando estos pierden transitoriamente la capacidad física, psicológica y espiritual de autocuidarse” (Triviño, 2005, pp. 21-22).

En las consultas de enfermería donde se promueve el autocuidado, se le permite a la persona, familia o ambos, desenvolverse independientemente. Se debe utilizar el lenguaje enfermero de acuerdo con las características personales de cada usuario; educando según sus capacidades cognitivas. El profesional debe

adecuarse a su sencillez, a la cultura, a la idiosincrasia, recursos económicos, recursos familiares, recursos personales, entre otros, para que le permitan enfrentar la enfermedad desde su óptica personal con cuidados especializados e integrales brindados desde la enfermería.

King (2006), en su estudio acerca de la calidad de vida en el paciente oncológico, comenta que cada persona asume la enfermedad auténticamente, pero el usuario y la familia deben ser guiados y acompañados en el proceso de la enfermedad y las intervenciones terapéuticas por recibir. Las consultas de enfermería oncológica especializada son un medio de acercamiento, orientación, información y educación hacia la persona con cáncer y su familia, lo que permite una mejor formación, capacitación y sensibilización hacia el proceso que está pasando el individuo con cáncer.

Así mismo, Williams y Schreier (2004), por medio de un ensayo clínico randomizado realizado en Estados Unidos, dividieron dos grupos de pacientes: un grupo experimental compuesto por 37 pacientes y otro grupo de control conformado por 33 pacientes, los cuales recibieron las enseñanzas estándares en la clínica antes de iniciar el ciclo de quimioterapia. Los del grupo experimental recibían vía correo electrónico un vídeo explicativo sobre los efectos secundarios de la quimioterapia y maneras eficaces de tratarlos. Los resultados de la enseñanza fueron efectivos, debido a que los comportamientos del autocuidado promueven independencia, confort, control y calidad de vida de los enfermos, obteniendo como resultado que estos sean capaces de autocuidarse, ganando autoconfianza y mejorando su bienestar físico y psicológico (Williams y Schreier, 2004).

Los estudios generan resultados positivos, debido a que la educación proporcionada por enfermería a través de diversos medios de comunicación, previo a recibir tratamiento oncológico, fortalecen el conocimiento a los usuarios y familia, obteniendo confianza y mejorando su autocuidado.

En un estudio descriptivo de cohorte exploratorio realizado en Estados Unidos por los profesionales en enfermería Chou, Dodd, Abrams y Padilla (2007), en donde se incluyeron 25 participantes chinos, los cuales eran inmigrantes con diagnóstico médico de cáncer que se sometieron a quimioterapia, se exploró en

ellos la experiencia sintomática del cáncer, estrategias de autocuidado y la calidad de vida de los participantes durante la quimioterapia. Los participantes presentaron 14 síntomas durante la quimioterapia, tales como: boca seca, caída de cabello, náuseas, falta de apetito, dolor, estreñimiento, mucositis, dificultad para dormir, falta de energía, tristeza, preocupación, entre otras. Además, los usuarios utilizaron una de las dos estrategias planteadas de autocuidado para hacer frente a los efectos secundarios de la quimioterapia. Se observó que el 20 % de los participantes utilizan la medicina alternativa como estrategia de autocuidado (Chou et al., 2007).

Es importante que el profesional de enfermería en la atención de las personas con cáncer utilice estrategias que el usuario y la familia puedan emplear, para afrontar los efectos esperados de los tratamientos, procedimientos, procesos hospitalarios, necesidades psicoemocionales, sociales, entre otras.

La Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) (2019) señala que ser profesional de oncología exige constantemente responder a nuevas demandas por parte de la población, que deben afrontarse desde una visión interdisciplinar y consensuada, como garantía, para mejorar los objetivos terapéuticos y de calidad de vida de los usuarios(as). Las nuevas estrategias de tratamiento cada vez más agresivas y multimodales llevan como consecuencia la aparición de efectos adversos tan agresivos como la misma enfermedad, esto demanda del profesional en enfermería una intervención especializada más precisa en todas las fases a las que se expondrá el usuario(a).

Ponti (2016) menciona en un estudio realizado por Sandra Colombo, enfermera argentina y científica, en el año 1999, que la enfermería por medio de la educación sanitaria, tiene la posibilidad de modificar hábitos y factores que predispongan a la enfermedad del individuo, familia y comunidad, haciendo hincapié en que los profesionales en enfermería tienen numerosas oportunidades de brindar información más allá de las tareas.

Estos estudios brindan información que manifiesta pautas a tomar en la consulta de enfermería oncológica especializada. Las investigaciones bibliográficas consultadas, sobre la puesta en práctica de las consultas, muestran la necesidad profunda de los usuarios, familiares o red de apoyo de recibir un acompañamiento

por parte de un profesional en enfermería oncológica, que pueda asistirle durante el proceso de la quimioterapia, con el objetivo de reducir y prevenir la complicación por el tratamiento, así como proporcionar herramientas que mejoren el autocuidado, permitiéndoles tener una mejor calidad de vida.

2.4. Marco jurídico

Para la elaboración del proyecto sobre la creación de la consulta de enfermería oncológica, fue necesario revisar la legislación jurídica de Costa Rica relacionada con el cáncer y el perfil del profesional en enfermería oncohematológica establecido por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica, utilizando los planes estratégicos nacionales, para guiarse en la atención. En el Reglamento a la Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, mediante decreto ejecutivo N° 37286 del 19 de abril de 2012; capítulo de las definiciones: Artículo 1°-De las definiciones: Para los efectos de este reglamento entiéndase por: i) Profesional especialista en enfermería: Profesional de enfermería graduado en un programa de postgrado autorizado para desempeñarse como especialista en un área afín a la enfermería y en la salud. La práctica especializada puede incluir funciones clínicas, docentes, administrativas, investigativas y de consulta. El respectivo título indicará el área de especialidad de que se trate. El Colegio hará constar en el registro correspondiente si se trata de especialidades profesionales o académicas. (Portenoy et al., 1994).

El diagnóstico situacional de la atención integral del cáncer en las redes de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) de enero del 2016, presentado en sesión del Consejo Oncológico Institucional del 20 noviembre de 2015, refiere que, a través del Plan Institucional Nacional para la atención del cáncer, se promoverá la coordinación y utilización adecuada de los recursos entre las áreas de salud y hospitales periféricos; tomando en cuenta las subredes, así como los recursos disponibles en el segundo y tercer nivel de atención para el cáncer. (Saenz, 2012) .Además, en abril del año 2009, se desarrolló la consultoría denominada: *Identificación de las necesidades de formación y capacitación para la atención*

integral del cáncer, con el fin de afrontar las necesidades de recurso humano formado debidamente en el área oncológica.

A continuación, se mencionan algunos proyectos establecidos por la CCSS relacionados con la atención del cáncer en el país.

2.4.1. Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016

En este plan del Ministerio de Salud de la República de Costa Rica:

se establecen los lineamientos de política que guían a las instituciones públicas y privadas, en todos aquellos procesos de la lucha contra el cáncer. A partir de lo mencionado, surge el Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica de la CCSS, en cumplimiento al Transitorio III de la Ley 8718, publicado en el Alcance 9 de La Gaceta del 18 de febrero del 2009. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2012b, p.2)

2.4.2. Proyecto de fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer.

Este proyecto tiene origen en la decisión institucional de fortalecer las acciones para la atención integral del cáncer, con esfuerzos orientados hacia objetivos de corto y mediano plazo proponiendo:

Acciones dirigidas a la gestión de la red de servicios de salud y al incremento de la capacidad resolutive en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de los cánceres prioritarios del país.

Las metas son potenciar, acelerar y mejorar las múltiples acciones en la atención del cáncer brindadas por la Caja Costarricense de Seguro Social, gracias a la integración de subproyectos de corto y mediano plazo, que permiten mejorar, en forma gradual, la gestión en red e incrementar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en los tres niveles de atención (Caja Costarricense de Seguro Social, 2012b, p.2).

Lo anterior desde un enfoque multidisciplinario, donde el paciente es el centro de la red oncológica, y los esfuerzos se dirigen a brindar un servicio oportuno,

de calidad y sensible para el usuario y su familia. Con la participación de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud en los tres niveles de atención y con acceso a tecnología de punta en los centros de referencia nacional. Focaliza los esfuerzos en mejorar la atención de los tumores malignos más comunes y en las zonas del país con mayor incidencia y mortalidad (Caja Costarricense de Seguro Social, 2015).

Para la atención del cáncer en el país existen leyes, decretos, normas, reglamentos, políticas, manuales y acuerdos que fundamentan los proyectos en la atención oncológica en Costa Rica. El Ministerio de Salud de la República de Costa Rica (2012), los menciona a continuación:

- Creación del Departamento de Lucha Contra el Cáncer, en el Ministerio de Salubridad Pública, para la prevención del cáncer, noviembre de 1949.
- Decreto 33271-SPPS, del 20 de junio de 2006, de creación del Consejo Nacional de Cáncer, órgano adscrito al Despacho del ministro de Salud, y que declara de interés público y nacional el problema que representa el cáncer.
- Normas y Procedimientos del Cáncer, Consejo Nacional de Cáncer-Ministerio de Salud-Caja Costarricense de Seguro Social. Normas de Atención Integral en Salud a las personas.
- Perfil Funcional para la Atención del Cáncer. Planeamiento Estratégico Institucional 2007-2012. CCSS. Plan Nacional de Promoción de la Salud 2008-2012.
- Declaratoria de interés y prioridad institucional del cáncer. Artículo 9º de la sesión N.º 8317, celebrada el 22 de enero del año 2009.
- Plan de Acción para la Implementación del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la Caja Costarricense de Seguro Social. Artículo 3º de la sesión N.º 8353, celebrada el 4 de junio del año 2009 para la aprobación del Plan de Acción.
- Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016. Agosto 2007.

- Plan Nacional para la prevención y control del cáncer 2012 – 2017. Febrero 2012.
- Reforma Manual de Normas para el Tratamiento de Cáncer en Costa Rica. (Diciembre de 2005). Obtenido del Sistema Costarricense de información Jurídica. (p. 19)

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

Este trabajo final de graduación se realizó bajo la modalidad de investigación aplicada, fundamentado en el artículo 48. Trabajo final de investigación aplicada.” Quienes opten por una maestría profesional deberán desarrollar un trabajo final de investigación aplicada (en adelante TFIA), congruente con el nivel y el título al que aspiran, presentarlo mediante un informe escrito y defenderlo públicamente. Los tipos y requisitos específicos para los trabajos finales de investigación aplicada y su defensa se definirán en el reglamento correspondiente de cada programa. Todos los proyectos para realizar TFIA deben ser aprobados por la comisión del programa correspondiente” (Universidad de Costa Rica, 2018, p.15). Este trabajo final de graduación se hizo en la modalidad de proyecto.

El autor Rosales (1999) define el proyecto como una tarea innovadora, que involucra un conjunto ordenado de antecedentes, estudios y actividades planificadas y relacionadas entre sí, la cual requiere la decisión sobre el uso de recursos, que apuntan a alcanzar objetivos definidos, efectuado en un período, zona geográfica delimitada y para un grupo de beneficiarios, solucionando problemas, mejorando una situación o satisfaciendo una necesidad y de esta manera contribuir con los objetivos del desarrollo del país (Rosales, 1999).

Este proyecto social es el resultado de la búsqueda exhaustiva de necesidades específicas que presentan los usuarios con diagnósticos oncológicos; es de gran importancia reconocer que dentro de los hospitales, no se cuenta con modelos de servicios asistenciales para la atención integral del usuario y familia, impartidos por profesionales especializados en la enfermería oncológica. A través del proceso de enfermería y un diseño metodológico fundamentado en la Teoría de Dorothea Orem.

3.1. Involucrados – interesados

A continuación, se mencionan las personas y entes que de alguna manera estuvieron involucrados y colaboraron en el proyecto.

El propósito de involucrar a estos actores fue:

- Determinar la aceptación del proyecto por parte de las jefaturas.
- Establecer las principales demandas para la creación de la consulta.
- Establecer las principales razones que impulsarían a las personas con cáncer y familia en asistir a una consulta de enfermería oncológica.

1. Responsables del proyecto: enfermeras clínicas con experticia en enfermería oncológica.

2. Organización ejecutante: Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, es un hospital clase A, que brinda atención a las personas a través de diferentes departamentos y especialidades médicas, entre ellos el Departamento de Oncohematología de donde deriva el Servicio de Oncología Médica, donde se valoran personas con cáncer y se administran tratamientos contra el cáncer.

3. Director de enfermería Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia: persona encargada del planeamiento, dirección, coordinación, control y evaluación de servicios de enfermería de instituciones hospitalarias regionales y nacionales especializadas.

4. Enfermera jefa de área de la consulta externa: coordinación y supervisión de las actividades de las consultas.

5. Jefe médico del Departamento de Hematooncología Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia: coordinación y supervisión de las actividades de un servicio médico social o de labores especializadas como parte del programa de un servicio hospitalario.

6. Jefe médico de consulta externa Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia: programación, coordinación y supervisión de labores especializadas propias de un servicio hospitalario o de las actividades técnicas administrativas de un hospital periférico.

7. Jefe de oncología médica Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia: persona responsable de programación, coordinación y supervisión de labores propias de una sección hospitalaria.

8. Beneficiarios directos e indirectos:

- Beneficiarios directos: las personas con cáncer que asisten por primera vez a la consulta de oncología médica.
- Beneficiarios indirectos:
 - Familiares y cuidadores de pacientes involucrados en el cuidado de la persona con cáncer.
 - Personal a cargo de la persona con quimioterapia.

3.2. Datos del proyecto

El presente documento se realizó mediante dos etapas de trabajo: la primera etapa diagnóstica, donde se realizó un proceso para identificar la necesidad de la consulta y una segunda etapa que consistió en la construcción y ejecución de una consulta de enfermería oncológica para los usuarios con cáncer que recibieron tratamiento en la unidad de quimioterapia.

3.2.1. Tipo de proyecto.

El proyecto es social, ya que apunta a satisfacer una necesidad básica de la persona (Razeto, 2009). Lo que se busca es concretar la consulta de enfermería.

Tiene como objetivo mejorar y prevenir complicaciones de salud en las personas con cáncer que reciben tratamientos quimioterapéuticos.

Consta de una etapa diagnóstica, donde se utilizaron entrevistas guiadas con preguntas generadoras y las respuestas abiertas para la posterior interpretación de significados (Canive, s.f., citando a Ibáñez, 1992). Se recopiló información necesaria relacionada con elementos, tales como capacidad instalada, donde se incluyó: el equipamiento, instalaciones y recurso humano, como parte del proceso de atención de enfermería, perfil epidemiológico y demográfico, con el objeto de identificar las necesidades prioritarias.

3.2.2. Fuentes de Información.

3.2.2.1. Fuentes de información primaria.

1. El Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia es una de las principales instituciones del Seguro Social costarricense, que brinda atención integral a la persona con cáncer.

2. Profesionales de enfermería.
3. Personas con cáncer por primera vez en tratamiento y con tratamientos subsecuentes.

3.2.2.2. Fuentes de información secundaria.

Se llevó a cabo una revisión de artículos científicos que brindaron información de las consultas de enfermería, donde se evidenció la utilidad de la ejecución de la consulta de enfermería oncológica, para la elaboración y ejecución de este proyecto, además, se revisaron sitios web como Medline, revista Scielo, Science Direct, Elsevier, entre otros.

3.2.3. Tiempo del proyecto

Para efectos de este trabajo final de graduación se estableció un cronograma que comprendió desde el inicio de la propuesta del proyecto, elaboración del proyecto y la ejecución de la consulta (anexo 2).

3.2.4. Criterios de inclusión de la consulta.

1. Toda persona con cáncer que iniciará quimioterapia en el Servicio de Oncología Médica.
2. Familiar o cuidador de la persona que está al cuidado del usuario con quimioterapia, para cumplir con las demandas de atención derivadas de su rol de cuidador.

3.2.5. Alcance.

El alcance del proyecto: todas las personas con cáncer adscritas al área de atracción del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, que asistan a la consulta de oncología médica y al servicio de quimioterapia.

3.2.6. Fases del proyecto

Los proyectos sociales son instrumentos que promueven cambios a partir de las decisiones de los individuos que interactúan en un área específica (Baca y Herrera, 2016). Para llevar a cabo un proyecto social, se deben desarrollar las siguientes fases:

1. Fase inicial, se realiza un diagnóstico:

En la primera fase, se efectúa una observación de las situaciones, se define el problema o la necesidad que se intenta atender y los posibles factores de incidencia, análisis de recursos, valoración de la existencia de recursos para responder a la necesidad o problema; se identifican y priorizan alternativas innovadoras y se realiza una evaluación para analizar la pertinencia, viabilidad, factibilidad y coherencia con el proyecto (Hirugarren y Behatokiko Taldea, 2010).

2. Fase de diseño y elaboración del proyecto:

En esta fase se define quiénes serán los beneficiarios directos e indirectos del proyecto; se deben tomar en cuenta variables como número de personas, edad, red de apoyo, situación económica, entre otros. Además, se deben establecer objetivos claros, con un lenguaje comprensible y preciso, orientados al resultado esperado. Una vez definidos los objetivos, se trata de detallar qué actividades se van a llevar a cabo para el logro de los mismos (Hirugarren y Behatokiko Taldea, 2010).

Como último paso de esta fase, se hará un plan de ejecución que consistirá en determinar y ordenar temporalmente las actividades que se van a realizar durante la fase de ejecución.

3. Planes de recursos y plan económico financiero

En esta fase, se debe pensar en qué recursos humanos y materiales se necesitan para diseñar y poner en práctica el proyecto, cuánto cuesta y cómo se financiará. Es importante incluir recursos intangibles que aun cuando no tienen costos, sí son necesarios para el desarrollo del proyecto, como son los métodos y técnicas de intervención empleados, los apoyos facilitados por el entorno y otros (Hirugarren y Behatokiko Taldea, 2010).

4. Plan de evaluación

Diseñar la evaluación desde el inicio permite orientar el seguimiento del proyecto, durante la fase de ejecución y la recolección de datos para la evaluación

final, evitando que, al llegar ese momento, no se disponga de ellos. Aspectos por evaluar e indicadores de evaluación: cronograma, personas que participarán, procedimientos y técnicas de recogida y obtención de datos, estimación del coste económico del desarrollo del plan de evaluación (Hirugarren y Behatokiko Taldea, 2010). Para obtener los indicadores de resultados, se debe establecer indicadores de logros, actividad e impacto y para indicadores de gestión, se tomará en cuenta los recursos y procesos.

5. Fase de puesta en marcha

Se llevan a cabo acciones preparatorias, previas a la ejecución del proyecto, adquisición o adecuación de las instalaciones y el equipamiento, captación de las personas beneficiarias y comunicación a las partes interesadas del comienzo del proyecto. Las herramientas de comunicación posibles pueden ser: carta personalizada dirigida a personas afectadas, familiares y personas socias, folletos informativos, boletines o circulares internas dirigidas al personal de la entidad, entre otros (Hirugarren y Behatokiko Taldea, 2010).

6. Fase de ejecución y seguimiento

Se caracteriza por la necesidad de flexibilidad y capacidad de readaptación a los cambios imprevistos que se vayan dando, capaces de reorientar la acción de la forma más conveniente para tratar de lograr los objetivos. El seguimiento del proyecto consiste en recoger información de manera continua a lo largo de la intervención, con el fin de realizar los cambios precisos. La evaluación realizada durante la ejecución del proyecto permite, entre otros aspectos, mejorar o introducir nuevas actividades, revisar la metodología, realizar modificaciones (Hirugarren y Behatokiko Taldea, 2010).

7. Evaluación expost:

Esta evaluación final pondrá atención en los resultados, valorando en qué medida se han alcanzado los objetivos. El propósito de la evaluación final es establecer cuáles han sido los éxitos o fracasos del proyecto, y tratar de averiguar

por qué se han alcanzado o no los resultados, además, cuáles han sido los factores que contribuyeron al éxito del proyecto (Hirugarren y Behatokiko Taldea, 2010).

A continuación, se presenta cada una de las fases ejecutadas en el proyecto:

3.2.6.1. Fase inicial se realiza un diagnóstico.

Se realizó un diagnóstico situacional con el objeto de conocer cuáles fueron las necesidades y problemas de las personas con cáncer, familiares, red de apoyo y personal de enfermería; este se ejecutó con el propósito de orientar acciones concretas a ejecutar en el proyecto para la prestación del servicio (Mori Sánchez, 2008). Se revisó la información del grupo, tal como indicadores sociales, geográficos, mediante la observación y la aplicación de entrevistas, posteriormente, se analizaron los datos obtenidos, lo investigado proporcionó un cuadro de la situación que sirvió para enunciar las estrategias de acción, lo que identificó la viabilidad de la misma, y se determinaron las alternativas para optimizar el uso de los recursos con los que se contaban.

3.2.6.2. Fase de diseño y elaboración del proyecto.

Se conoce también como la fase de planificación, es la fase en la que los proyectos son estudiados y analizados con el objetivo de obtener la información necesaria para la toma de decisiones de inversión. Se estudia la viabilidad y factibilidad del proyecto, este proceso de estudio y análisis se realiza por medio de la preparación y evaluación de proyectos para determinar la rentabilidad socioeconómica y privada, con base en la cual se debe programar la inversión. (Rosales, 1999).

Se inició con revisiones bibliográficas, análisis de referentes teóricos y conceptuales que sustentaron el actuar de enfermería para tener una base sobre la cual fundamentar el proyecto (Rosales, 1999). Se utilizó bibliografía tanto internacional como nacional, en español e inglés, principalmente de países como España y Estados Unidos, donde se obtuvo la mejor información acerca de las consultas de enfermería oncológica especializada, con validez científica.

Se realizaron visitas al servicio de quimioterapia para documentar la viabilidad, esto permitió conocer si era posible poner en práctica este proyecto,

debido a que el hospital cuenta con la infraestructura adecuada y con el equipamiento necesario para la consulta, en esta área se encuentra la consulta de oncología médica y la administración de quimioterapia ambulatoria.

3.2.6.3. Planes de recursos y plan económico financiero.

La promoción y negociación comprenden todos los aspectos relacionados con recursos necesarios, que pueden ir desde lo económico, lo material o lo humano, con el fin de garantizar su reconocimiento y conseguir el apoyo para realizar el proyecto (Rosales, 1999).

Con el fin de asegurar la viabilidad, se realizaron reuniones durante el mes de noviembre del 2018 con el director de enfermería y con el jefe de oncología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en busca de las aprobaciones necesarias para el desarrollo del mismo (anexo 1).

La propuesta presentada incluía los siguientes aspectos para su análisis y consenso:

- Diagnóstico situacional.
- Entrevista a profesionales en enfermería y a personas con cáncer.
- Diseño y elaboración del proyecto.
- Recopilación y elaboración de material educativo, se confeccionó el folleto educativo, así como el consentimiento informado, donde se indican derechos y deberes del usuario.
- Análisis de registros de enfermería específicos para la valoración de inicio, planes educativos, seguimiento de la medicación y observación de efectos adversos. Selección de las escalas específicas por utilizar.
- Diseño del plan de citas, controles y estudios de laboratorio según protocolo de tratamiento establecido por el servicio de oncología.
- Comunicación con otros profesionales del servicio de oncología, para la captación de los usuarios y la creación de una consulta de enfermería oncológica especializada.
- Coordinación con médicos oncólogos para la referencia de los usuarios de primer ingreso al servicio de oncología.

- Formulación de la consulta

Esta fase es la unión entre la etapa de preinversión y la de inversión, además, es la que garantiza la implementación del proyecto (Rosales, 1999).

3.2.6.4. Preparación de la logística de la consulta de enfermería.

El espacio físico donde se realizó la consulta se ubica en el servicio de oncología médica, donde se encontró disponibilidad de un consultorio según el horario establecido para la misma. Esta área disponía de mobiliario, tal como, cuatro sillas, mesa, computadora, insumos de oficina, camilla para valoración física, lavamanos, productos de limpieza, biombo, entre otros.

- Recursos humanos:

Profesional de enfermería con posgrado en enfermería oncológica.

- Recurso financiero: Costos

Los costos de las fases de inversión de operación y funcionamiento se incluyen en el presupuesto del proyecto, por medio de un cuadro de insumos necesarios, logrando establecer un cálculo de los costos.

Se presentó un cuadro de presupuesto proyectado que contemplaba los costos necesarios para la creación del espacio físico de la consulta.

Cuadro 1. Presupuesto anual proyectado

Recursos	Costos
Salario del profesional de enfermería mensualmente	₪1,800.000
Escritorio	₪540.000
Cuatro sillas	₪960.000
Pizarra	₪300.000
Marcadores de pizarra	₪120.000
Computadora	₪500.000
Impresora	₪100.000
Resma de papel	₪20.000
Lapiceros	₪10.000
Agendas	₪6.000
Teléfono	₪15.000
Sellos	₪10.000
Esfigmomanómetro	₪150.000
Termómetro	₪30.000
Guantes	₪15.000
Jabón antiséptico	₪15.000
Desinfectante	₪15.000
Alcohol gel	₪30.000
Total, anual	₪20,836.000

3.2.6.5. Fase de puesta en marcha.

En esta fase, se puso en práctica el pilotaje de la consulta de enfermería especializada en oncología.

Para determinar los requerimientos de la consulta en enfermería oncológica, se realizaron visitas a otros programas especializados de enfermería ya establecidos en el hospital, tales como las consultas de endocrinología y ostomizados.

A continuación, se desglosan las actividades realizadas:

- Elaboración de agenda de trabajo.
- Contactar a la persona con cáncer, programar, agendar e informarles de la fecha y hora de las citas.

- Primera cita: anamnesis completa, controles de citas de tratamiento según protocolos.
- Al inicio, las citas se programaron semanalmente, posterior cada 2 semanas y a demanda.
- La programación de la primera cita estuvo estimada para una duración de 45 a 60 minutos.
- Las consultas subsecuentes se programaron para 30 minutos (sin embargo, el tiempo era aproximado y se individualizó según características y necesidades específicas de la persona).
- Monitoreo de signos vitales.
- Análisis de reportes de laboratorio (hemograma completo, nitrógeno ureico, creatinina).
- Realización de examen físico.
- Revisión de la medicación.
- Valorar efectos adversos.
- Revisar hábitos de alimentación y orientación según necesidades.
- Anotar registros en el expediente

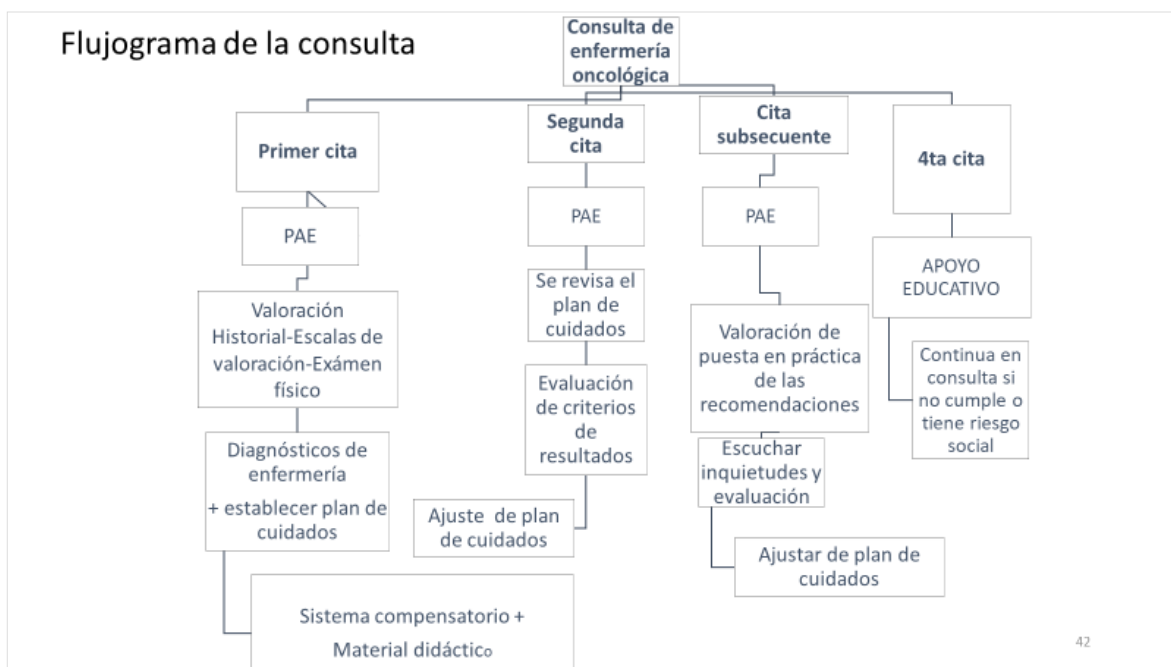


Figura 2. Flujograma de la consulta.

3.2.6.6. Instrumentos de medición

Se utilizaron en la etapa de valoración los documentos para la recolección de información, así como escalas para valorar la funcionalidad de la persona con cáncer, su estado nutricional y su nivel de ansiedad.

1. Historial de enfermería elaborado por las proponentes

Se utilizaron en la etapa de valoración los documentos para la recolección de información, así como escalas para valorar la funcionalidad de la persona con cáncer, su estado nutricional y su nivel de ansiedad.

2. Historial de enfermería elaborado por las proponentes

El historial de enfermería se creó con el objeto de obtener información básica de las personas y familia participes del pilotaje de la consulta

- Datos personales, sociodemográficas, antecedentes patológicos personales y familiares entre otros

3. Escala de valoración de Karnofsky

El índice de Karnofsky (IK), se utilizó por primera vez en 1948 por el Dr. Karnofsky para valorar el estado funcional de pacientes con cáncer. Específicamente se utilizó en una persona con cáncer de pulmón al que se le administró mostaza nitrogenada como tratamiento paliativo, además de observar la respuesta al tratamiento también se valoró el estado de desempeño el cual fue medido por la capacidad funcional del paciente para llevar a cabo su actividad normal, su grado de dependencia, ayuda y necesidad de cuidados de enfermería. (Karnofsky et al., 1948) La clasificación de Karnofsky Performance Score (KPS) va de 100 a 0, donde 100 es salud "perfecta" y 0 es muerte. Esta medida se utiliza para determinar si pueden recibir quimioterapia, si es necesario ajustar la dosis y como medida de intensidad requerida de los cuidados paliativos. Fue utilizada por primera vez en el Memorial Hospital en Nueva York, es traducido al español y también se utiliza en ensayos controlados aleatorios oncológicos como medida de calidad de vida.

La Escala de Karnofsky muestra el valor asignado a cada paciente de acuerdo con su grado de enfermedad y estado funcional. Los pacientes con un valor igual o superior a 60 son capaces de satisfacer la mayoría de sus necesidades, mientras que aquellos con un valor igual o inferior a 30 están totalmente incapacitados y necesitan tratamiento de soporte activo. Posee una confiabilidad moderada a elevada y una buena validez de constructo.(Pérez-Cruz & Acevedo, 2014),

4. Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)

La escala MSAS por sus siglas en inglés (Memorial Symptom Assessment Scale) traducido al español como Escala de Evaluación de Síntomas es un instrumento creado por Portenoy en 1994 calificado por el paciente, que se desarrolló para proporcionar información multidimensional sobre un grupo de diversos síntomas comunes. El MSAS es confiable y válido para la evaluación de la prevalencia, las características y el malestar de los síntomas en el paciente oncológico (Sepúlveda Ramírez, 2019) también se ha realizado la validación y se ha probado la confiabilidad de una versión traducida al español(España) en el Hospital Universitario de Salamanca. Se ha utilizado en diversos estudios a nivel del mundo adaptada a diversos contextos en países como Líbano, España y Australia entre otros.

5. Escala de valoración de ansiedad de Goldberg

Es una escala creada por Goldberg en 1988, se utilizó para detectar la ansiedad y depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas iniciales (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de cohorte son igual o mayor a 4 para la escala de ansiedad, e igual o mayor a 2 para la de depresión. Para estos valores se ha reportado una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%.(Carbonell et al., 2016).Está

diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico. Es útil para ayudar a los médicos generales y otros no psiquiatras a reconocer mejor las enfermedades mentales.(Goldberg et al., 1988).

6. Escala de valoración nutricional

Escala de valoración nutricional, (MST) por sus siglas en inglés fue desarrollada en el año 1999 en Australia por Ferguson et al., como una herramienta de tamizaje para utilizarse en pacientes adultos con enfermedades agudas. Para su elaboración se realizó un cuestionario de 20 preguntas. Luego se seleccionaron aquellas con mayor sensibilidad y especificidad para detectar malnutrición con respecto a la valoración global subjetivo (VGS) quedando conformada por dos preguntas. El MST es una herramienta validada para detectar pacientes en riesgo de malnutrición que puede ser completada por médicos, enfermeros, nutricionistas o personal administrativo, así como también por familiares, amigos o por los mismos pacientes al ingreso al hospital. La sensibilidad y especificidad es del 93%, lo que indicaría que tiene un fuerte valor predictivo del estado nutricional en comparación a la valoración global subjetiva.

La herramienta de cribado MST (1) incluye dos parámetros que valoran, por un lado, el apetito reciente (inapetencia = 1 punto; apetito conservado = 0 puntos; donde se ha tenido en cuenta la disminución de la ingesta por cualquier motivo) y, por otro, la pérdida de peso (no pérdida de peso = 0 puntos; no sabe si hay pérdida de peso = 2 puntos; pérdida de peso 1-5 kg = 1 punto, 6-10 kg = 2 puntos, 11-15 kg = 3 puntos, > 15 kg = 4 puntos). Clasifica a los pacientes en dos grupos, riesgo nutricional si la puntuación obtenida es ≥ 2 puntos o sin riesgo de desnutrición si la puntuación es ≤ 1 . No requiere la realización de ningún cálculo, es rápido y fácil de llevar a cabo sin requerir personal entrenado para ello. Está validado en paciente hospitalizado y ambulatorio con tratamiento de radioterapia o quimioterapéutico.(Castro-Vega et al., 2018).

3.2.6.7. Fase de ejecución y seguimiento

Consiste en la puesta en marcha de la propuesta, donde se llevó a cabo el proceso de atención de enfermería. Como primera etapa se ejecutó la valoración.

Valoración

Se realizó recolección, análisis e interpretación de datos de las personas, para conocer su situación. Las fuentes de información fueron: la observación, el historial de enfermería, la persona, su familia o red de apoyo. Esta información fue la base para la toma de decisiones que se llevaron a cabo. (Eu Marcela et al., 2013)

Posterior a la selección de casos, en el pilotaje de la consulta de enfermería oncológica especializada, llevada a cabo en la unidad de quimioterapia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, la valoración se realizó de la siguiente forma:

- Entrevista a la persona y familia, o red de apoyo.
- Uso de instrumento de valoración, aplicación de las escalas: Karnofsky la cual el estado funcional de la persona, Goldberg ansiedad y depresión, Memorial *Symptom assessment scale (MSAS)* relacionada con síntomas presentados por la persona con cáncer que recibe quimioterapia; Malnutrición Screening Tool (MST) valora riesgo nutricional.
- Revisión del historial clínico.
- Exámen físico.
- Monitoreo de signos vitales.

Cuadro 2. Pautas por seguir por la profesional en enfermería en cada consulta

I Consulta: etapa de valoración, diagnóstica y planificación del PAE	II Consulta: etapa de valoración, diagnóstica y planificación del PAE y evaluación del PAE
<p>Fecha: Hora de inicio: Hora que finaliza: Presentación</p> <p>*Aplicación del consentimiento informado. *Entrevista a las personas. *Aplicar escala de Karnofsky. *Aplicar escala de ansiedad y depresión de Goldberg. *Aplicar escala Malnutrition Screening Tool (MST). *Historial clínico. *Determinar grado de conocimiento de tratamiento farmacológico que recibirá. *Conocer datos de la familia o cuidadores que le acompañarán durante el proceso del tratamiento. *Permitir al usuario exponer necesidades y dudas. * Mediante el proceso de enfermería, establecer diagnósticos de enfermería. *Establecer estado de autocuidado de la persona según la teoría de autocuidado de Dorothea Orem: totalmente compensatorio parcialmente compensatoria o apoyo educativo.</p>	<p>Fecha: Hora de inicio: Hora que finaliza:</p> <p>*Valoración física *Valoración de ejecución del plan de cuidados. *Aplicación de la escala Adaptada de Memorial Symptom assessment scale (MSAS), que determina la frecuencia de síntomas postratamiento. Esta escala se aplica en este momento para valorar efectos adversos a la quimioterapia. *Establecer nuevos diagnósticos de enfermería en conjunto con la persona con cáncer y familia. *Con base a la nomenclatura NANDA y de acuerdo con el usuario se va a determinar necesidades y problemas de enfermería encontrados. *Evaluación del plan de cuidados y realizar las adaptaciones necesarias según la consecución de los objetivos y actividades planeadas.</p>
<p>Consultas Subsecuentes Etapa de valoración y diagnóstica y planificación del PAE</p>	<p>Criterio de Alta</p>
<p>Fecha: Hora de inicio: Hora que finaliza:</p> <p>*Permitir al usuario exponer necesidades y dudas. *Valoración del usuario. *Aplicación de la escala Adaptada de Memorial Symptom assessment scale (MSAS). Evaluación del plan de cuidados.</p>	<p>*Definir en qué estado compensatorio se encuentra la persona con cáncer para establecer el alta o determinar la atención específica que requerirá. *Que la persona no tenga riesgo social con alguna implicación sobre la salud.</p>

3.2.6.7. Evaluación “ex-post”

Ya establecidas las acciones en la consulta, se realizó un plan remedial, conforme se presentaban las dificultades, por ejemplo:

- Modificaciones de horarios.
- Solicitud de apoyo interdisciplinario mediante interconsultas.
- Adecuaciones y modificaciones en las intervenciones, según necesidad de la persona o red de apoyo.

3.3. Consideraciones éticas

Al ejecutar el pilotaje de este proyecto, se tomaron en consideración las condiciones bioéticas respectivas establecidas por la ley, para proteger la integridad de la persona con cáncer, su familia y su red de apoyo. Asimismo, se aplicó el consentimiento informado respectivo, donde se garantizó la privacidad de los datos y resultados. No se requirieron formularios de autorización del Consejo Oncológico Institucional (COI), debido a que este fue un proyecto social.

La normativa propuesta por la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica decretada en la Ley 8239 en relación con los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Hace referencia:

ARTÍCULO 1. Objeto. Esta Ley tiene por objeto tutelar los derechos y las obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados, establecidos en el territorio nacional (Gaceta, 2002).

ARTÍCULO 2. Derechos

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

- a) Recibir información clara, concisa y oportuna, sobre sus derechos y deberes, así como sobre la forma correcta de ejercitarlos.
- b) Informarse del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.
- c) Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico

- d) Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.
- e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.
- i) Obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base en lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, de que este rechazaría la intervención en tal situación
- j) Aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica.
- m) Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado.(Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2020, Ley 8239, art.1-2)

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados del diagnóstico

Para el diagnóstico, se realizaron 10 entrevistas a personas que recibirían quimioterapia por primera vez, a 10 personas que recibían quimioterapia de forma subsecuente y 10 entrevistas al personal de enfermería que brindaba atención durante la quimioterapia a la población oncológica del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Previo a las entrevistas, se brindó un consentimiento informado escrito, donde se especifican los objetivos de la misma, garantizando la confidencialidad.

El proceso de la obtención de datos fue por medio de la aplicación de entrevistas con preguntas generadoras. Este proceso duró aproximadamente dos meses, debido a que las entrevistas tuvieron que realizarse posterior a las 4:00 p.m., después del horario laboral de las proponentes.

Una vez concluidas las entrevistas a los profesionales en enfermería, así como a las personas con cáncer en tratamiento con citotóxicos de primera vez y subsecuentes, se procedió al respectivo análisis. Se creó un resumen de los principales hallazgos, los cuales están catalogados en problemas y necesidades percibidos por los entrevistados o entrevistadores.

En el cuadro 3, se presenta el resumen de los resultados en cada uno de los grupos entrevistados.

Cuadro 3. *Resumen de los resultados de las entrevistas*

Profesionales en enfermería entrevistados	Personas que recibían quimioterapia por primera vez	Personas que recibían quimioterapia subsecuentemente
-Falta de un área adecuada para brindar educación a la persona con cáncer y a su familia. -Las personas que reciben quimioterapia, no cuentan con suficiente información sobre cómo afrontar los efectos adversos y consultan con mucha frecuencia, presencial o vía telefónica".	-Refieren que es necesaria una educación apropiada y resaltan la necesidad de un personal que les brinde un buen trato. -Desean saber, cuándo se caerá el cabello, si pueden esmaltarse las uñas, expresan la necesidad de conocer qué pueden comer, que les beneficie.	-Falta de un área adecuada para recibir información -Las personas con cáncer y sus familiares que recibieron quimioterapia de forma subsecuentes refieren "sentirse abrumados por la cantidad de información que se le brindó en un momento de

Profesionales en enfermería entrevistados	Personas que recibían quimioterapia por primera vez	Personas que recibían quimioterapia subsecuentemente
<p>-Los usuarios (as) que reciben quimioterapia, frecuentemente presentan alteraciones emocionales que puede manifestarse por llanto, bloqueo, ira, entre otros.</p> <p>-La falta de preparación ocasiona internamientos para resolver complicaciones provocadas por el mal manejo o la inadecuada atención poniendo en riesgo la vida de la persona con cáncer.</p> <p>-El profesional en enfermería no dispone de tiempo y además es insuficiente para la cantidad de usuarios(as).</p> <p>-La educación se brinda en un espacio donde se encuentran otras personas con cáncer junto con sus familiares que frecuentemente interrumpen la comunicación.</p> <p>-Con respecto a los mitos que existen es necesario brindar orientación para disminuir el temor.</p> <p>-Educación específica que debe reforzarse:</p> <p>Cuidados generales, alimentación, tratamientos específicos, reacciones adversas, aseo, salud mental. aspectos emocionales y el manejo del duelo, ayudándole a entender que el cáncer no es una sentencia de muerte sino un proceso de enfermedad.</p> <p>-Orientar a familiares y cuidadores en nuevas responsabilidades que deben de adquirir.</p> <p>-Explicar paulatinamente lo que va a ocurrir para disminuir</p>	<p>-Varios asocian la quimioterapia a la muerte, es importante trabajar sobre la salud mental.</p> <p>-Les gustaría conocer si les ocasionará estreñimiento.</p> <p>-Se requiere educar a la familia, explicarles paso a paso lo que conlleva la quimioterapia.</p> <p>-Existe temor, de dejar de producir económicamente y no poder ayudar a la familia.</p> <p>-Los tiempos de espera en las unidades de quimioterapia, aumentan la tensión y propician el desánimo.</p> <p>-Les gustaría conocer acerca del tratamiento.</p> <p>-Desean saber que alimentos deben consumir para mejorar su respuesta al tratamiento.</p> <p>-Manifiestan la necesidad de conocer la eficacia de los tratamientos.</p> <p>-La familia y cuidadores, muestran gran interés en el conocimiento de actividades de la vida diaria que puedan influir en la calidad del cuidado en el hogar.</p> <p>-Los familiares desconocen que hacer en caso de que la persona con cáncer presente reacciones adversas a la quimioterapia.</p> <p>-Las personas inician procesos de quimioterapia con buena actitud siempre con temor a lo desconocido, aunque esperan encontrar en el personal de salud sensibilidad ante su situación.</p> <p>-La información que brindan es confusa, algunos profesionales indican que pueden comerse ciertos alimentos y otros contradicen las indicaciones.</p>	<p>cambios tanto a nivel familiar, de salud y socioeconómico.</p> <p>-Hacen referencia a la necesidad de ser educados antes de llegar a la quimioterapia, debido a que desconocen en qué consiste, si es como “una máquina de bronceado”.</p> <p>-Anhelan saber si se puede llevar una vida normal.</p> <p>-Algunas personas, les gustaría ser acompañados por sus familiares a la aplicación de tratamiento.</p> <p>-Hubo falta de información al empezar el tratamiento y que se hablara de forma más sencilla para entender.</p> <p>-Les gustaría saber los cuidados del catéter porta cath y del catéter central de inserción periférica (PICC).</p> <p>-Necesidad de conocer los tratamientos para el vómito, y cuales vacunas pueden aplicarse durante el proceso de la quimioterapia.</p> <p>-Expresan la necesidad de cómo abordar otras afectaciones como la gripe.</p> <p>-Les gustaría saber el tipo de cáncer que tienen.</p> <p>-Les gustaría saber por qué se produce inflamación de los pies, picazón y diarrea.</p>

Profesionales en enfermería entrevistados	Personas que recibían quimioterapia por primera vez	Personas que recibían quimioterapia subsecuentemente
<p>su ansiedad, enseñarles el servicio previamente.</p> <p>-Preparación para los días de administración de la quimioterapia.</p> <p>-Programar y ejecutar charla estructurada, y que todos los profesionales impartan la misma.</p> <p>-Orientar a los usuarios(as) sobre información que puedan obtener por medio de las redes de comunicación.</p> <p>-El acercamiento del usuario con el médico en ocasiones no es suficiente, y recurre a enfermería como personal de confianza.</p> <p>-El ambiente debe de ser alegre, las actividades que se realicen van a depender de las limitaciones personales de los pacientes, se pueden emplear dibujos o diapositivas.</p> <p>-Realizar conversatorios con los pacientes que comenzaron tratamiento previamente.</p> <p>-Importancia de contar con el apoyo de ONG o casas comerciales que brinden cooperación, insumos, o regalías para los pacientes.</p> <p>-Reforzar educación sexual.</p> <p>-Educar al paciente para que, en su hogar, y en su entorno sea funcional, y que no dependa 100% de familiares o profesionales de la salud.</p> <p>-Utilizar apoyo escrito y audiovisual con fines educativos, videos entre otros.</p>		

4.2. Análisis de resultados del diagnóstico

A continuación, se presentarán los resultados de las entrevistas realizadas.

Posterior al conversatorio y entrevista con los profesionales de enfermería, médicos oncólogos y personal de salud del servicio de quimioterapia, es posible identificar que no existen protocolos o guías específicas que indiquen cómo brindar apoyo o acompañamiento y educación a la persona con cáncer y su familia.

Los grupos entrevistados coinciden en que es necesario disponer de protocolos y guías claras con relación a conductas que deben practicar las personas con cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. Por ejemplo, la siguiente aseveración: “A veces la información que me dan es contradictoria, algunos profesionales de enfermería dicen que puedo comer de todo y otros dicen que no puedo comer carne ni tomar leche, esto me confunde” (anónimo, comunicación personal, 2020).

Otro de los problemas mencionados por los profesionales entrevistados es que la institución no cuenta con un modelo especializado para educar e instruir a las personas que reciben quimioterapia.

En el Servicio de Oncología los entrevistados insisten en la necesidad de educar, pero todos los profesionales en salud se preparan con diferentes criterios para brindar esta educación, no existen criterios unificados ni un protocolo establecido con pautas específicas para la instrucción del individuo, por lo que el uso del proceso de atención de enfermería permite hacer una valoración, establecer los diagnósticos enfermeros, planificar las acciones para resolver o minimizar los problemas encontrados, y evaluar los resultados, que favorezcan al bienestar de la persona con cáncer y su familia.

Otro de los resultados importantes es la inexistencia de un espacio físico donde los profesionales en enfermería oncológica puedan brindar a las personas con cáncer una asistencia educativa y donde los usuarios puedan expresar sus inquietudes y necesidades sin interrupciones. Cabe destacar que en los tres grupos que fueron entrevistados, tanto los profesionales de enfermería como personas con cáncer o grupo de apoyo-familia, coinciden en la necesidad de contar con un

espacio para establecer un ambiente de confianza, como lo menciona uno de los profesionales en enfermería entrevistados, al afirmar lo siguiente:

El paciente se inhibe muchas veces y no pregunta lo que necesita saber, las charlas que damos aquí son un poco escuetas porque se tienen que impartir con tiempo muy limitado, yo pienso que el paciente que viene a quimioterapia debería reunirse en una salita anterior a recibir la quimioterapia, brindarle información, darles una charla educativa donde vean los pro y los contra, efectos secundarios, qué deben comer, cuidados en la casa, toda esa educación debe ser cuando el paciente no tenga estrés porque durante la aplicación de tratamiento no está en condición de prestar atención en ese momento, no se da una adecuada comunicación. (anónimo, comunicación personal, 2019)

Barbosa (2008) en su estudio refiere que:

La consulta de enfermería al paciente oncológico es un espacio que crea confianza tanto para la persona con cáncer y su familia como para el consultor, sirve como medio para el diálogo, ellos demandan un acercamiento oportuno e individualizado que les ofrezca orientación, y posibles soluciones a sus problemas, que le permitan un acercamiento formal al conocimiento sobre su patología, tratamiento y posible recuperación. (p. 46)

Las personas con cáncer mencionaron la necesidad de recibir educación, contrastando con lo indicado por los profesionales en enfermería, los cuales refirieron brindar educación al usuario y su familia. Al indagar un poco más, se pudo establecer que el sitio y tiempo en que se brinda la información no es el momento más oportuno para hacer efectiva la asimilación de dicha información, debido al estado emocional, los miedos e inquietudes que presentan las personas con cáncer.

Taylor (2011), en su artículo *Definición de poblaciones clínicas desde la perspectiva de la teoría del déficit de autocuidado*, menciona que los profesionales en enfermería establecen qué requisitos son los demandados por el paciente,

seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de acción, evaluando las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, así como el potencial de este para desarrollar las habilidades requeridas para la acción. El profesional de enfermería, al establecer contacto con la persona con cáncer y su familia, realiza una valoración mediante la entrevista, donde se determinan las necesidades de autocuidado, las fortalezas y destrezas con las que cuenta.

El rol del profesional de enfermería consiste en ayudar a la persona en avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su autocuidado utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona. (Morales et al., 2012).

Otro resultado importante mencionado por varios de los usuarios con cáncer fue la necesidad de conocer más acerca de su enfermedad. Como manifiesta una de las personas con cáncer entrevistadas: “Yo quisiera que le expliquen a uno más sobre la enfermedad, porque muchas veces uno siente que está empeorando la enfermedad y no que es un efecto del tratamiento” (anónimo, comunicación personal, 2019).

Las personas con cáncer demandan un diálogo amable con el profesional en enfermería, una formación educativa para la resolución de los problemas que puedan tener y que le permitan un seguimiento periódico de todas las situaciones que está viviendo. En la consulta también debe existir una atención multidisciplinaria, lo cual permita constituir redes de apoyo que les beneficien y de esta forma agilizar los procesos de intervención.

La Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) (2009-2017) publicó: “que ser profesional de oncología, exige constantemente responder a nuevas demandas por parte de la población, que deben ser afrontadas desde una visión interdisciplinaria y consensuada, como garantía, para mejorar los objetivos terapéuticos y de calidad de vida de los usuarios(as)”.

En la teoría de autocuidado de Dorotea Orem, se menciona que:

existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado. (Prado et al., 2014, p. 841).

Las consultas de enfermería juegan un papel importante en el cuidado del usuario con cáncer, debido a que estos enfrentan una nueva etapa en su vida, donde los requisitos de autocuidado universal se encuentran amenazados y se activan los sistemas de enfermería en que se debe compensar esta ayuda para lograr una evolución adecuada del usuario con el mínimo de complicaciones.

La valoración de enfermería a través de la teoría de autocuidado permite aplicar el proceso de cuidado enfermero de una forma organizada y planificada, siendo más eficientes y eficaces en el uso de los recursos tanto humanos como materiales. (Navarro y Castro, 2010).

En el sistema parcialmente compensatorio, el profesional de enfermería desarrolla algunas medidas de autocuidado para que la persona enferma compense las restricciones de cuidado, mientras que el individuo desempeña algunas acciones y regula la actividad, acepta las intervenciones y ayuda al profesional.

Quienes ingresaron a la consulta de enfermería oncológica eran personas con cáncer que se encontraban en el sistema de enfermería parcialmente compensatorio, debido a que no eran totalmente dependientes, eran capaces de realizar su propio autocuidado, solo requerían de una guía adecuada para lograr la meta. Se mantuvo la orientación hasta llevarlos al sistema de apoyo educativo, donde solo se reguló el ejercicio y desarrollo de la actividad, mientras que el individuo cumplía con el autocuidado.

La puesta en marcha de las consultas de enfermería oncológica en los sistemas de salud es procesos complejos, ya que requieren de muchos esfuerzos y suponen retos importantes, pero también representa muchas oportunidades para los profesionales. Se debe tener en cuenta el factor humano y sus necesidades

como elemento principal, ya que no es solo la asistencia, sino el conocimiento y la atención multidisciplinaria con que se debe contar para ofrecer una atención especializada.

4.3. Propuesta de la consulta de enfermería oncológica especializada en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia

La propuesta de implementación de la consulta de enfermería oncológica especializada se resume a continuación.

4.3.1. Presentación

La creación de una consulta de enfermería oncológica especializada en la Unidad de Quimioterapia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia brindará una atención holística a las personas, garantizando el bienestar físico, psíquico y social del individuo, la familia y la comunidad. Esto se realizó mediante promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ayudando a crecer y a realizarse, afrontar las dificultades propias de la vida en forma capaz y comprometida desde diferentes marcos teóricos que orientan al profesional en enfermería en esta tarea.

El cuidado de enfermería oncológica contribuye al abordaje individualizado desde la fase inicial del tratamiento quimioterapéutico, fortaleciendo por medio de la educación, la contención o el soporte de las necesidades e inquietudes relacionadas con los medicamentos.

Las personas con cáncer experimentan una serie de cambios biológicos, físicos, emocionales y sociales que producen necesidades e inquietudes tanto en ellos como en su familia o cuidadores, estas alteraciones son diferentes de un individuo a otro, manifiestan que encuentran dificultad en comunicar a los profesionales de salud sus necesidades pensando que los síntomas que sienten no son importantes, creen que es normal lo que se experimenta por la enfermedad, y no reciben la atención necesaria. (anónimo, comunicación personal, 2019).

Las situaciones descritas provocan un inadecuado abordaje de los efectos adversos, complicaciones, retrasos en tratamientos, policonsultas y no adherencia a la medicación específica. A razón de lo anterior, la propuesta de la consulta de

enfermería oncológica toma valor al desarrollar la atención integral de la persona con cáncer y sus cuidadores en los servicios de oncohematología.

Con esta consulta, se proyectó fortalecer la atención a la persona con cáncer, familiares y cuidadores de forma integral, desde el momento en que llega por primera vez al servicio, conocer cuáles son las inquietudes y necesidades antes y durante el tratamiento. Se aspira a que el profesional de salud tenga mayor contacto con el individuo y su entorno con el objetivo de poder brindar atención y educación para prevenir retrasos en tratamientos, intolerancia al medicamento y policonsultas, brindando recomendaciones oportunas en el manejo de efectos adversos. Con una planificación previa se desea incorporar en la consulta el proceso enfermero, con el objetivo de realizar una buena valoración, diagnóstico de enfermería y así planificar la atención individualizada.

Educar a las personas con cáncer, cuidadores y familiares respecto a la detección de signos y síntomas que deberían conocer para prevenir daños mayores y mejorar la comunicación con los enfermos adultos, se consideró la andragogía, la cual es la ciencia y el arte que, estando inmersa en la educación permanente, permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante adulto, con el propósito de proporcionarle una oportunidad para que logre su autorrealización (Chacón, 2012).

4.3.2. Justificación.

De acuerdo con la Organización Mundial de la salud, se estimó que morirían de cáncer 9.8 millones de personas para el 2018 , Costa Rica no está exento de esta estadística ya que es la segunda causa de muerte y las terapias utilizadas, entre ellas , la quimioterapia, causan daños en el organismo, algunos visibles y otros no, observándose los efectos en la funcionalidad de la persona , ya que limita las actividades básicas y necesarias para la vida diaria . (Bray, 2018).

De acuerdo con la experiencia laboral del profesional de enfermería en la unidad de quimioterapia, se observó lo siguiente:

- Incremento de cantidad de usuarios(as)
- Limitada educación

- Educación incidental
- Poca comprensión de los usuarios
- Mal manejo de efectos adversos
- Poca capacitación al personal de enfermería acerca de nuevos tratamientos

De acuerdo con lo anterior han surgido policonsultas, complicaciones por mal abordaje de efectos adversos por parte de los usuarios(as) así como aumento en las llamadas telefónicas en busca de resolución de problemas de salud asociados a los quimioterapéuticos administrados; por lo que se considera que al crear una consulta de enfermería oncológica en esta área podría disminuir la problemática. El objetivo de la misma es mejorar la gestión del cuidado y las medidas de autocuidado de las personas. La necesidad de información, es reconocida en la fase del diagnóstico, en la toma de decisiones antes del tratamiento y cuando los pacientes son sometidos a quimioterapia. (Ayala L, 2017). Por ende, las consultas de enfermería oncológica podrían mejorar la atención asistencial y educativa mediante el uso de técnicas andragógicas, aplicando el proceso de enfermería y clasificando a la persona según las teorías de enfermería.

4.3.3. Propuesta

A continuación, se presentarán los aspectos más relevantes del proyecto social desarrollado.

El propósito de la consulta es ofrecer un cuidado personalizado e integral a las personas con cáncer, familia y su red de apoyo, basada en la teoría de sistemas propuesta por la teorizante Dorothea Orem, que permite determinar el sistema de ayuda que necesitan las personas, ejecutándose en cada consulta un plan de intervención mediante la aplicación del proceso de enfermería.

4.3.4. Implementación de la consulta

La atención en la consulta de enfermería está basada en las etapas del proceso de enfermería, ya que es el método científico en que se fundamenta.

4.3.4.1. Etapa de valoración.

Es la primera fase del proceso de enfermería, consiste en recoger y organizar información de la salud, de la personas, familia y entorno.

Al inicio de la primera consulta se procedió a realizar la recolección de la información mediante la entrevista, aplicación del historial de enfermería, valoración física, además se aplican las siguientes escalas de valoración: Karnofsky, Goldberg, Nutricional (MST), Síntomas (MSAS).

4.3.4.2. Etapa de diagnóstico.

Se identifican los problemas reales, potenciales, y se detectan las necesidades de la persona, estableciendo los diagnósticos de enfermería, fundamentados en la nomenclatura NANDA, el cual es el lenguaje enfermero internacional que permite en cualquier parte del mundo, la interpretación de los diagnósticos de enfermería, para realizar planes de atención individualizados.

4.3.4.3. Etapa de planificación.

En esta fase se establece el plan de cuidados priorizando objetivos e intervenciones. Una vez establecidos los diagnósticos de enfermería y en conjunto con la persona, se determinó la prioridad de las necesidades específicas de cada uno, abordando de forma individual y mediante la construcción conjunta de acciones que cumplieran con las necesidades de forma oportuna.

4.3.4.4 Etapa de ejecución.

Se llevan a cabo las intervenciones y actividades programadas, en conjunto con la persona y familia de acuerdo con los diagnósticos encontrados.

A continuación, se mencionan algunas de las principales actividades realizadas:

El tiempo para la primera consulta proyectado: 1 Hora

Tiempo programado para consultas subsecuentes: 30 minutos

- Explicar el propósito de la consulta a la persona y familia
- Aplicación de consentimiento informado
- Propiciar ambiente de confianza

- Permitir a los usuarios(as) y su familia expresar sus necesidades
- Brindar apoyo emocional
- Aplicación de escalas de valoración ya mencionadas
- Identificar el grado de conocimiento acerca de tratamiento, enfermedad y efectos adversos
- Control de signos vitales
- Valoración física
- Educación de acuerdo a las necesidades específicas
- Establecer el sistema compensatorio según teorizante de Dorothea Orem
- Aclarar dudas
- Determinar los diagnósticos de enfermería
- Planificar el cuidado
- Brindar educación escrita
- Promover la escritura de la experiencia personal en cuanto a signos o síntomas presentados.
- Valorar el plan de cuidados y actualizarlo de acuerdo a sus necesidades inmediatas
- Retroalimentación de la información brindada
- Asistencia telefónica de acuerdo a necesidad
- Dar de alta de acuerdo al sistema de apoyo educativo, y que no tenga factor de riesgo social que afecte su salud.

4.3.4.5. Etapa de evaluación.

Posterior a la ejecución de las actividades realizadas, se determina si se han alcanzado los objetivos establecidos.

Durante esta fase se evaluó la puesta en práctica del plan de cuidados establecidos, los objetivos planteados para los usuarios, familia y cuidadores fueron:

1. Contar con el apoyo de enfermería durante su tratamiento.
2. Adquirir conocimientos y habilidades necesarias que favorezcan su autocuidado en el abordaje de efectos adversos.

3. Conocer los principales signos y síntomas de peligro que deben reportarse al profesional en enfermería y que ameriten pronta atención en un centro de salud.
4. Entender el uso y efectos de los tratamientos de quimioterapia, así como los medicamentos complementarios.
5. Comprender qué tipo de alimentación le beneficia durante el tratamiento.
6. Identificar mitos sociales y temores relacionados con el cáncer y su tratamiento.

4.3.5 Ubicación de la consulta

Para la puesta en práctica de la consulta, se contó con un consultorio dentro del área del servicio de quimioterapia. Esta ubicación se considera como un aspecto importante para la atención integral de las personas con cáncer que recibían tratamiento farmacológico y su red de apoyo.

Esto con el objetivo que el usuario no requiera trasladarse, sino que el mismo día que reciba los tratamientos subsecuentes, participe en la intervención de enfermería especializada.

4.3.6 Infraestructura

El área del consultorio que se utilizó para el pilotaje estuvo acondicionada según las necesidades determinadas en este proyecto, para la ejecución de la consulta de enfermería oncológica; asimismo, cumplió con los requisitos establecidos en la Ley 7600, la cual se define como la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, donde se establece el desarrollo integral de la población con discapacidad en iguales condiciones de calidad, oportunidad, derechos y deberes, que el resto de los habitantes (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1996, Ley 7600).

4.3.7 Recurso humano

Se contó con un profesional especializado en enfermería oncohematológica.

4.3.8 Características de la consulta de enfermería

Según Hernández (2011):

- La realiza un profesional en enfermería.
- Atención a individuos y grupos, sanos o enfermos.
- La entrevista se realiza cara a cara.
- Se utiliza algún sistema de registro de su actividad.
- El proceso de interacción tiene lugar en un espacio físico y temporal determinado entre el usuario y el profesional en enfermería, a través del cual este proporciona cuidados enfermeros a individuos o grupos de la comunidad, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Instrumentos de medición

Se utilizaron en la etapa de valoración los siguientes instrumentos:

- Historial de enfermería elaborado por las proponentes.
- Escala de valoración de Karnofsky: es una escala heteroadministrada que se utiliza en la población oncológica, la cual valora la calidad de vida de las personas con cáncer, a mayor grado, mayor calidad de vida.
- Adaptada de Memorial Symptom assessment scale (MSAS), determina la frecuencia de síntomas postratamiento.
- Escala de valoración de ansiedad Goldberg: es una escala para detectar personas con trastornos psicopatológicos, así como para diferenciar ansiedad de depresión.
- Escala de valoración nutricional la Malnutrition Screening Tool (MST): una escala que facilita la valoración nutricional que valora situaciones de riesgo, instrumentos validados de gran utilidad en el diagnóstico de riesgo nutricional, una puntuación en la MST ≥ 2 detecta riesgo de malnutrición.

Criterios de inclusión

- Persona con cáncer de primer ingreso al servicio de quimioterapia
- Familiar de persona con cáncer que recibía quimioterapia de primer ingreso

Perfil del profesional de enfermería

El profesional en enfermería oncológica tendrá las siguientes competencias según Prieto (2019):

1. Atención integral al paciente y familia.
2. Proporcionar herramientas necesarias para que el paciente recupere su autonomía alentándolo a participar de forma activa en el proceso de recuperación, pese a los límites impuestos por su enfermedad.
3. Promover el desarrollo de la persona, fomentando la capacidad de adaptación y crecimiento individual.
4. Mantener una relación terapéutica y de apoyo hacia el paciente y familia.
5. Aportar una atención sanitaria especializada mediante seguimiento clínico, prevención, detección y control de signos y síntomas, así como el uso de la tecnología y la administración de los tratamientos.
6. Crear y participar en la elaboración de protocolos, y guías clínicas.
7. Garantizar la continuidad de atención a nivel sanitario, social y laboral.
8. Actualización y modernización continua del conocimiento para la disciplina.
9. Investigación para mejorar los cuidados basados en la evidencia.
10. Mantener e incrementar, mediante el estudio y la formación continua, los conocimientos clínicos como las habilidades técnicas y de comunicación.
11. Participar de forma activa en el equipo de salud multidisciplinario
12. Participar de forma activa en los cuidados paliativos del paciente oncológico.
13. Colaborar de forma activa en la toma de decisiones y planificación de estrategias.

14. Respetar los derechos y deberes de los pacientes oncológicos.
15. Fomentar las necesidades espirituales particulares de cada paciente, en lo relacionado con creencias, valores y conductas morales.
16. Proporcionar al paciente y familia un servicio especializado en atención integral, oportuna y continua, promoviendo la rehabilitación e incorporación a su entorno social.
17. Presentarse al paciente y familia. Mostrarse cordial, amable, tranquilo y empático.
18. Establecer una relación terapéutica.
19. Cuidar la comunicación verbal y no verbal.
20. Hacer partícipe a la familia y al paciente del cuidado.
21. Hacer actividades de distracción: lectura, música, entre otros.
22. Favorecer el contacto físico.
23. Valorar necesidad de tratamiento psicológico.
24. Escucha activa: instar en que cuente sus dudas, temores, sentimientos, entre otros.
25. Comunicación: establecer una comunicación fluida con la familia y el paciente. (sección: competencias de la enfermería oncológica)

Fases de implementación del proyecto

1. Creación y presentación del proyecto en el Servicio de Oncología Médica para análisis y consenso.
2. Preparación de la logística de la consulta de enfermería (captación de usuarios, programación de agendas, atención telefónica).
3. Convocatoria de recursos humanos.
4. Puesta en marcha de la consulta.

A continuación, se desglosará cada una de las fases de la implementación:

Fase 1: Creación y presentación del proyecto en el Servicio de Oncología Médica para análisis y consenso.

- Formulación de la consulta.

- Comunicación con otros profesionales del ser
- vicio de quimioterapia para la divulgación y captación de los beneficiarios a la consulta.
- Contacto con médicos de oncología médica para la referencia de los usuarios de primer ingreso.
- Diseño del plan de citas, controles y estudios de laboratorio según protocolo de tratamiento establecido.
- Preparación de registros de enfermería específicos para la valoración de inicio, plan educativo, seguimiento de la medicación y efectos adversos.
- Recopilación de material educativo, folletos, guías y audiovisuales, entre otros.

Fase 2: Preparación de la logística de la consulta de enfermería

- Se precisa de un espacio físico exclusivo para la consulta dentro de la unidad de quimioterapia, con mobiliario, tres sillas, mesa, computadora, zona para exploración física y lavamanos.
- Determinar soporte informático.

Fase 3: Convocatoria de recursos humanos

- Profesional en enfermería.

Fase 4: Puesta en marcha de la consulta

- Elaborar agenda de trabajo.
- Contactar a la persona con cáncer, programar en la agenda e informarles de la fecha y hora de la primera cita.

Primera consulta

- Al inicio las citas se programarán semanalmente, después cada 2 semanas.
- La primera cita tendrá una duración de 45 a 60 minutos.

En el pilotaje de cada consulta se utilizó el método enfermero aplicando el proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas:

Etapa de Valoración:

Historial de enfermería

Mediante el proceso de enfermería, se realizaron procesos individualizados

Valoración física

Aplicación de las escalas de Goldberg, Karnofsky, y estado nutricional

Etapa de Diagnóstico:

El diagnóstico de enfermería se efectuó en conjunto con la persona con cáncer.

Etapa de planificación:

Los planes de cuidado se elaboraron usando lenguaje estandarizado con la taxonomía Internacional de la NANDA, de acuerdo con el usuario se determinaron necesidades y problemas de enfermería encontrados.

Etapa ejecución e intervención de enfermería:

Se utilizó los criterios NOC para determinar los resultados esperados y NIC para las intervenciones de tratamiento enfermero.

Se brinda material didáctico

Etapa de evaluación:

- Mediante retroalimentación se valoró la asimilación de la información brindada.
- Se utilizó la teoría de autocuidado de Dorothea Orem para determinar el nivel de autocuidado de las personas, en cuanto a los requisitos de autocuidado universal: todos los individuos tenían la capacidad de comprender la importancia de cuidarse a sí mismos y prevenir riesgos.
- Se consideró que no tenían déficit de autocuidado porque eran capaces de emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.
- En el requisito de autocuidado del desarrollo: las personas con cáncer se encontraban en su vida adulta, buscaron ayuda en los centros de salud cuando requirieron de asistencia médica, tuvieron un proceso evolutivo que les permitió tener un desarrollo estable, contaban con el apoyo familiar ya que en este momento no se encontraban laborando.

Las participantes del pilotaje presentaron desviación de la salud, la cual es mencionado por Orem en sus requisitos de autocuidado estas personas mostraban un trastorno en su salud, pasaron por un proceso de diagnóstico, enfermedad, e iniciaron un tratamiento médico. Se determinó en esta primera consulta que se encontraban en un sistema de enfermería parcialmente compensatorio ya que necesitaron ayuda parcial puesto que su condición no les permitía ser totalmente independiente para su autocuidado.

Consultas subsecuentes:

Las consultas sucesivas fueron de 30 minutos (el tiempo es aproximado y se individualizó según características y necesidades específicas de la persona).

En las consultas subsecuentes se continuó con la aplicación del proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas y se realizaron las siguientes actividades:

Etapas de valoración

- Se continúa con el proceso de valoración de enfermería.
- Escucha de inquietudes de la persona con cáncer y los cuidadores.
- Valoración física de efectos adversos. La escala Memorial Symptom assessment scale (MSAS) relacionada con síntomas presentados por la persona con cáncer que recibe quimioterapia, se aplicó a partir de la segunda consulta debido a que esta valoraba los efectos adversos producidos por el tratamiento.
- Revisión del cumplimiento del plan de cuidados y ajustar el plan de acuerdo con las necesidades.

Etapas diagnósticas:

- Determinar si hay nuevos diagnósticos de enfermería en conjunto con la persona con cáncer y familia.
- Con base a la nomenclatura NANDA y de acuerdo con el usuario se determinaron nuevas necesidades y problemas de enfermería encontrados

- Precisar y evaluar el nivel de conocimientos del paciente.

Etapa de planificación

- Reestructuración del plan del cuidado.

Etapa ejecución e intervención de enfermería:

- Se utilizaron los criterios NOC para determinar los resultados esperados y NIC para las intervenciones de tratamiento enfermero.

Etapa de evaluación:

- En esta etapa se realizó la evaluación y modificación de hábitos. Los resultados fueron analizados periódicamente para mejorar las recomendaciones y la orientación.

Criterios de alta

Es cuando la persona con cáncer, familiares y sus cuidadores se encuentren en condiciones de mantener por sí mismos acciones de autocuidado para conservarse en buena salud, recuperarse de la enfermedad y entrar en un proceso de rehabilitación, afrontando las consecuencias o pronóstico de la enfermedad.

Para este criterio se valoró que la persona con cáncer se encontrara en el sistema de apoyo educativo, que tuviera ningún factor de riesgo social ni implicaciones sobre su salud.

4.3. Resultados obtenidos en la implementación o pilotaje de la consulta de enfermería oncológica

En el pilotaje realizado se determinó incluir 10 casos con las características establecidas según el criterio de inclusión: personas con cáncer iniciando tratamiento de quimioterapia (Anexo 13).

Seguidamente, se mencionan las características de la población atendida y se analizan los resultados del pilotaje de la consulta.

1. Todas las personas con diagnóstico oncológico atendidas en la consulta de enfermería oncológica especializada fueron mujeres.
2. Las edades comprendidas eran entre los 40 y 67 años.

3. La mayoría amas de casa.
4. Diagnósticos médicos:
 - El diagnóstico de mayor incidencia fue el cáncer de mama.
 - Dos mujeres con diagnóstico cáncer de endometrio.
 - Una mujer con diagnóstico de cáncer de ovario.
5. Todas las usuarias se citaron en cuatro ocasiones.
6. El estado civil de la población atendida correspondió a tres viudas, dos casadas, tres separadas, una divorciada y una soltera.
7. Tenían en promedio de 2 a 3 hijos con los cuales convivían.
8. Todas las personas sabían leer y escribir y habían recibido educación básica.
9. Todas recibían quimioterapia sistémica.

Los protocolos de quimioterapia de las personas con cáncer fueron los siguientes:

- Cinco de las usuarias recibieron protocolos con epirrubicina más ciclofosfamida y de estas, tres continuaron con taxol, una con tamoxifeno y una con radioterapia.
- Tres usuarias recibían carboplatino más taxol.
- Otra docetaxel más ciclofosfamida.
- Una usuaria docetaxel más carboplatino y posterior radioterapia.

En cuanto a la frecuencia del tratamiento: tres de las usuarias recibían sus sesiones cada 15 y las demás cada 21 días.

Estos protocolos tienen la característica de generar en los usuarios signos y síntomas que pudieron provocar una gran variedad de complicaciones y cuando se presentaron, fueron valorados y abordados en forma oportuna, para prevenir hospitalizaciones innecesarias.

El instrumento escala de valoración de síntomas (MSAS) fue útil, ya que menciona 24 posibles efectos que puede presentar la persona con cáncer que recibe quimioterapia, valorando la frecuencia e intensidad de la misma.

4.4. Análisis de la consulta

Todas las participantes en el pilotaje, al momento de ingresar a consulta y practicarles la valoración utilizando el proceso de enfermería, se clasifican según Dorothea Orem en parcialmente compensatorio, donde los individuos presentan algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, por ende, el usuario y la enfermera interactúan para satisfacer esas necesidades de autocuidado.

Etapa de valoración:

Se llevó a cabo la recolección de datos a través de las entrevistas realizadas en las consultas, revisión de antecedentes clínicos, aplicación de escalas de valoración, tal como estado funcional de Karnofsky, ansiedad de Goldberg, y para la condición nutricional se utilizó Malnutrition Screening Tool (MST). Esto con el objetivo de determinar los requisitos y detectar la demanda terapéutica de autocuidado. Posteriormente se valoró, la capacidad de las personas de ejercer actividades necesarias, como lo denominó Dorothea Orem, en agencia de autocuidado.

En cuanto a los diagnósticos de enfermería y las necesidades detectadas, se observó que, además de los efectos adversos de los medicamentos, las personas sufrían alteraciones psicoemocionales y familiares que afectaban el proceso terapéutico. Una de las dificultades que manifiestan los usuarios es problemas familiares, sobre todo el cambio de rol, los familiares en el afán de brindar apoyo, con frecuencia tratan de disminuirles su autoridad en el hogar, tomando decisiones por ellos, creando conflictos, y, por ende, fue necesaria la intervención de la enfermera de salud mental.

Como hace referencia la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) (2009-2017): “ser profesional de oncología exige constantemente responder a nuevas demandas por parte de la población, que deben afrontarse desde una visión interdisciplinar y consensuada, como garantía, para mejorar los objetivos terapéuticos y de calidad de vida de los usuarios(as)” (SEEO, 2019).

A través de esta valoración, se determinó que las personas se encontraban en el sistema parcialmente compensatorio, según los sistemas de ayuda de Orem

y se identificaron los principales diagnósticos, sobre los cuales deberían dirigirse las acciones de enfermería, de las usuarias, familia o red de apoyo; ellos son capaces de realizar su autocuidado y requieren de una guía adecuada para disminuir las complicaciones; como mencionan Prado et al. (2014), el individuo tiene la habilidad de desarrollar destrezas para cuidar de sí mismo, en momentos de desviación de la salud, necesita de un profesional que le ofrezca la guía y orientación encaminada a realizar medidas de contención.

Etapa diagnóstica

En el gráfico de la figura 3, se muestran la frecuencia con la que se presenta los siguientes diagnósticos de enfermería en las personas con cáncer que participaron en el pilotaje.

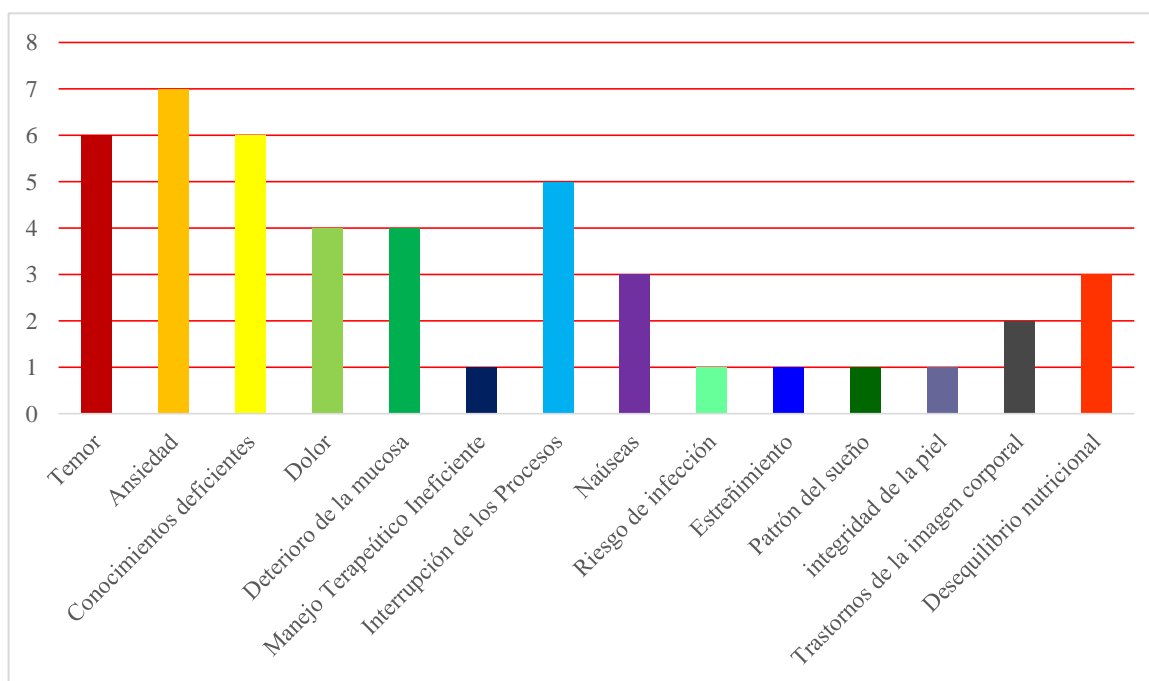


Figura 3. Frecuencia de diagnósticos de enfermería presentados en las usuarias del pilotaje.

Los diagnósticos son el resultado de la valoración realizada a los individuos por parte del profesional de enfermería, implica una evaluación crítica para la toma de decisiones, en ella se identifican las necesidades y problemas que manifiesta la persona. En cuanto a las usuarias que participaron en el pilotaje se observó que el

diagnóstico de enfermería que más se presentó fue la ansiedad y esta se debía a una variedad de causas entre ellas temor, falta de conocimiento, cambio de rol, entre otras, lo anterior se puede observar en la figura 3, donde se destacan estos diagnósticos en la afectación de la persona con cáncer, seguido por las interrupciones en los procesos familiares, por lo que es importante que el profesional de enfermería reconozca las características definitorias que se manifiestan con el objetivo de implementar el plan de cuidados.

En el cuadro a continuación se determinan los diagnósticos de enfermería observados en las usuarias, así como, las características definitorias que manifestaban.

Cuadro 4. Diagnósticos de enfermería observados en las usuarias

Diagnóstico	Característica definitoria
00134 - Náuseas	<ul style="list-style-type: none"> • Aversión a los alimentos. • Sensación de nauseosa. • Sabor agrio en la boca.
00002- Desequilibrio nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación/ulceración cavidad bucal. • Informes de alteración del gusto. • Falta de interés en los alimentos. • Falta de interés por la comida.
00011- Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física insuficiente. • Malos hábitos alimentarios. • Disminución motilidad intestinal. • Aporte insuficiente de fibras. • Aporte insuficiente de líquidos. • Cambio alimentos o patrón. • Frecuencia de evacuaciones intestinales inferior a la habitual. • Referencias de esfuerzos excesivos para defecar. • Flatulencia y dolor producido por acumulación intestinal de gases. • Alteración del apetito. • Uso de laxantes.
00093- Fatiga	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para restaurar la energía incluso después del sueño. • Aumento de los requerimientos de descanso.

Diagnóstico	Característica definitoria
	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalización de falta de una energía abrumadora y que no desaparece. • Somnolencia. Incremento de los requerimientos de descanso. Trastorno de la concentración. Disminución del rendimiento. Letargo, cansancio o fatiga. Sentimiento de culpa por no asumir las responsabilidades.
00118 -Trastorno de la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de sentimientos o percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto.
00146 -Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio. • Temor. • Trastornos del sueño.
00060- interrupción de los procesos familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en: • Las tareas asignadas. • La efectividad en la realización de las tareas asignadas. • La participación en la solución de problemas. • La participación en la toma de decisiones. • La expresión de conflictos en la familia
00045 -Deterioro de la Mucosa Oral	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de mal sabor • Dolor o malestar oral • Vesículas, pápulas • Lesiones o úlceras orales.
00078 -Manejo inefectivo del régimen terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas. • Verbalizaciones de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.
00126 -Conocimientos deficientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mala interpretación de la información. • Referencias verbales del problema de salud.

Diagnóstico	Característica definitoria
	<ul style="list-style-type: none"> • Referencias verbales que informan sobre ideas erróneas relacionadas con la salud o tratamiento. • Incapacidad para explicar el tratamiento que se sigue o describir el estado de salud personal
00132- Dolor agudo	<ul style="list-style-type: none"> • Posición antiálgica para evitar el dolor. Conducta expresiva (llanto).
0009 -Temor	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica el objeto del miedo Informes de: aprensión, aumento de la tensión, reducción de la seguridad en si mismo, excitación, sentirse asustado, inquietud.

Posterior a la identificación de diagnósticos de enfermería, se utilizaron como referencia los criterios de resultados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) para el alcance de los objetivos.

Etapas de planificación e intervención

Una vez concluida la valoración e identificados los problemas reales y potenciales, así como determinados los diagnósticos, se procedió a plantear los cuidados de enfermería que condujeron a los usuarios a prevenir, reducir y eliminar los problemas detectados.

Se acordó que, dentro de las intervenciones de enfermería establecidas, se debía incluir a la familia o red de apoyo. Asimismo, se realizó retroalimentación con el propósito de aclarar dudas y conocer el grado de comprensión obtenido, relacionado con los signos y síntomas asociados a los tratamientos farmacológicos administrados, se identificaron y se formularon los requisitos de autocuidado necesarios.

Después de identificar las necesidades de autocuidado a través de los diagnósticos y los criterios NOC, se establecieron las intervenciones específicas conocidas como NIC, acordes con las necesidades individuales de cada persona, planificando y revalorando las estrategias planteadas, con el objetivo de obtener

mejoras en el autocuidado, debido a que los profesionales de enfermería tienen la posibilidad de modificar hábitos y factores predisponentes en el usuario.

Como apoyo educativo a las usuarias, se les brindó información escrita, ofreciéndoles un folleto diseñado por las enfermeras proponentes del proyecto, además, se les facilitó la posibilidad de comunicarse vía telefónica entre cada cita. En cada consulta se revisó el impacto de las intervenciones de enfermería implementadas, llevando a cabo una nueva valoración donde se actualizaban los planes de atención, acorde con los nuevos diagnósticos buscando estrategias para la solución de problemas.

Evaluación

Al finalizar la consulta, las personas con diagnóstico oncológico fueron capaces de realizar las acciones necesarias para su autocuidado, sin embargo, algunas requerían ocasionalmente de la ayuda de enfermería y consultaban presencial o telefónicamente, esto debido a que continuaron en tratamiento y se delegó la atención al personal de enfermería del servicio de quimioterapia.

Al término de las consultas planificadas, se observó un logro notorio en el autocuidado de las participantes, ya que cada una conocía actividades que podían realizar para mejorar su estado de salud, aunque presentaban efectos adversos como las náuseas, vómitos, alteraciones digestivas, entre otras, las mismas lograban realizar acciones por sí solas o con su red de apoyo, previniendo complicaciones mayores y comprendiendo cuál era el momento de acudir a un centro hospitalario. Si bien es cierto, los esfuerzos realizados en la consulta no eliminan los efectos adversos propios del tratamiento, sí pueden ayudar a la persona con cáncer y su familia a enfrentar y buscar atención o ayuda en forma oportuna.

Para finalizar el proceso enfermero, se realiza la evaluación de los planes de atención planteados, con el propósito de conocer la eficacia y la efectividad de estos. Todos los casos iniciaron en la consulta con un sistema de ayuda parcialmente compensatorio y al finalizar las intervenciones, las 10 usuarias estaban en un sistema de apoyo educativo.

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos del pilotaje de la consulta.

4.5. Resultados de la consulta

Durante el pilotaje, se presentaron algunas situaciones que fue necesario corregir, para alcanzar el buen funcionamiento de la consulta, asimismo, se realizaron las adaptaciones necesarias.

A continuación, se mencionan algunas de ellas, luego de su implementación:

1. En la primera consulta, fue necesario disponer de mayor tiempo, ya que debe realizarse una valoración completa del historial de enfermería, además de aplicar una serie de instrumentos que complementan la información. El tiempo proyectado fue de una hora, sin embargo, se extendió por una hora y 40 minutos.
2. El máximo de personas por día programadas fueron dos, que se citaban después de las 4:00 p.m. para no interrumpir el tratamiento de quimioterapia, sin embargo, en ocasiones se atendía solo a una persona, debido a que las usuarias por su condición y tratamiento no deseaban esperar hasta las 5:00 p.m.
3. Algunos días fue necesario realizar la consulta de enfermería durante la aplicación del tratamiento quimioterapéutico, ya que las usuarias llegaban más temprano de la hora establecida, por la lejanía de sus domicilios.
4. Para el pilotaje se planificó que dos profesionales realizaran la consulta con cada usuaria, con el fin de facilitar la recolección de datos. Sin embargo, por el tiempo que se duraba con cada persona y la hora de la consulta, fue necesario que cada enfermera atendiera a una usuaria a la vez, esto se modificó debido a que la atención era brindada después de las cuatro de la tarde.
5. Se programaron cuatro citas presenciales, sin embargo, algunas usuarias requirieron mayor cantidad de consultas en la unidad, así mismo, demandaban una asistencia vía telefónica, con el objetivo de pasar del sistema parcialmente compensatorio a un sistema de apoyo educativo.

4.5.1. Impacto de la consulta de enfermería oncológica.

1. Los principales diagnósticos establecidos en la valoración inicial de enfermería fueron el manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con el déficit de conocimiento, la ansiedad y la interrupción de los procesos familiares. Por lo que en la consulta fue necesario brindar una guía y orientación relacionada con los tratamientos que recibieron, así como los posibles efectos adversos; la identificación de estos desde el inicio permitió determinar cuál sería el abordaje apropiado y cuándo era necesario solicitar asistencia de un profesional de la salud.
2. Al contar con el tiempo y el espacio físico, para brindar la atención individualizada y personalizada, las personas con cáncer y sus familias manifestaban su confianza, y expresaban sus angustias, temores y ansiedades, esto permitió que los cuidados se enfocaran específicamente en las necesidades de cada una, contribuyendo a la disminución de ansiedad, policonsultas y llamadas telefónicas. Sin embargo, debido a los procesos que experimentan algunas personas, necesitaron más apoyo que otras, se pudo observar que algunas persistían con mucha ansiedad, por lo que se coordinó la intervención con la enfermera especialista en salud mental.
3. Un aspecto importante es que se encontraron problemas asociados a comorbilidades que afectaban el adecuado proceso de su tratamiento, en el cual fue necesario solicitar la intervención interdisciplinaria para poder favorecer la buena evolución de la persona.
4. Uno de los criterios iniciales de la consulta era programarla semanalmente, sin embargo, en la realidad hospitalaria y por sus protocolos, fue necesario realizar una modificación a cada 15 días en unos y cada 3 semanas en otros, brindando un mínimo de cuatro intervenciones por usuaria. El tiempo estimado para que las participantes pasaran de un proceso parcialmente compensatorio a un proceso de apoyo educativo fue de 3 meses.

5. El actuar de enfermería estaba dirigido a brindar las estrategias de autocuidado para el manejo de los efectos adversos, la educación se enfocó hacia los siguientes diagnósticos: náuseas y vómitos, desequilibrio nutricional, estreñimiento, fatiga, trastornos de la imagen corporal, lesiones en la mucosa oral, dolor, alteración en el patrón de sueño, entre otros. Esto se realizó con la aplicación del proceso enfermero. Los logros alcanzados por las personas participantes en el pilotaje fueron: asimilar y ejecutar la educación en cuanto a prevenir y abordar las complicaciones.

Los instrumentos utilizados de valoración, como MSAS para listado de síntomas que presentaron las personas con cáncer que participaron en el pilotaje, así como el uso de MST para la valoración nutricional y mediante el PAE se realizaron procesos de atención de enfermería individualizados igualmente los planes de cuidado se elaboraron usando lenguaje enfermero con diagnósticos de taxonomía Internacional de la NANDA. Se utilizaron los criterios NOC para determinar los resultados esperados y NIC para las intervenciones de tratamiento enfermero.

6. Las personas que asistieron a la consulta tuvieron una mejor relación de empatía con las enfermeras, manifestando más confianza para solicitar asistencia educativa cuando la requerían; en la retroalimentación se verificó que este grupo y su familia fueron capaces de tomar las medidas de autocuidado respectivas.
7. Mediante la valoración de riesgo nutricional, el MST y las recomendaciones alimenticias proporcionadas durante el proyecto, se obtuvo como resultado que ninguna usuaria requiriera de asistencia del servicio de nutrición.

4.5.2. Indicadores de impacto de la consulta de enfermería.

Como indicadores de eficiencia o impacto de la consulta se menciona los siguientes:

- La no hospitalización de las personas asociada a complicaciones por tratamientos quimioterapéuticos.
- Adecuada adherencia a los tratamientos quimioterapéuticos administrados en el servicio de oncología.
- Asistencia de las usuarias a todas las citas de control médicas, control de enfermería y de laboratorio programadas. Esto se logró debido a la educación oportuna, asistencia individualizada y personalizada a los participantes.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- A través del diagnóstico situacional, se logró conocer las necesidades de las personas con cáncer, familiares, red de apoyo y personal de enfermería, lo que permitió planificar la atención en la consulta.
- Al entrevistar a las personas con cáncer, se evidenció que no comprendían la información suministrada sobre su tratamiento farmacológico, por lo cual se incluyó la técnica de aprendizaje andragógica para lograr la comprensión del adulto. Se establece que el proceso debe ser dinámico, facilitador y de retribución, tanto para el profesional como para la persona con cáncer.
- Los proyectos deben tener siempre un pilotaje, porque así se puede verificar si lo planificado en el momento de llevarlo a la práctica, amerita o no modificaciones.
- Como resultado de las intervenciones en el pilotaje, se logró disminuir el impacto de los efectos adversos posterior a la quimioterapia, esto se alcanzó mediante la transmisión del conocimiento permitiendo que la persona y familia comprendieran las medidas de autocuidado que debían poner en práctica para prevenir y disminuir las complicaciones.
- En el pilotaje de la consulta se observó una disminución en la incidencia de asistencia extraordinaria para el abordaje de efectos adversos lo que resultó en un mejor manejo de los recursos.
- Las personas con cáncer y su familia tuvieron un mayor control en los aspectos emocionales debido a que se les brindó apoyo y ayuda en el transcurso de su tratamiento.
- El proyecto generó en el personal un interés por la consulta de enfermería ya que observaron el impacto positivo en los usuarios, familias y grupo de apoyo.
- Los resultados de las consultas de enfermería, en términos de eficiencia y eficacia, arrojan de manera inmediata un cambio en la metodología de abordaje, ya que se documenta, la interrogante del desconocimiento para el manejo adecuado ante la presencia de efectos adversos.

5.2. Recomendaciones

Para el desarrollo de la consulta se obtuvieron las siguientes recomendaciones:

- Todo proyecto debe de contar con un proceso de pilotaje.
- Al brindar información a los usuarios(as) se debe constatar mediante la retroalimentación la comprensión de las medidas de autocuidado, deben valorarse las estrategias educativas para garantizar comprender la información proporcionada.
- Se requiere de un espacio físico donde se realice la consulta de enfermería oncológica, este lugar debe ser un sitio cálido y privado.
- La primera consulta de enfermería debe ser previa al inicio del tratamiento con quimioterapia, esta no debe ser compleja, sino que debe propiciar un ambiente agradable para la persona y familia, tendrá como propósito conocer las principales inquietudes que tiene el usuario y su familia respecto a la enfermedad y tratamiento.
- Para la ejecución de la consulta es necesario que la atención sea brindada por profesionales en enfermería oncológica, con el objeto de ofrecer un cuidado especializado acorde con las necesidades individuales del paciente.
- El horario de la consulta debe adaptarse a las necesidades de los usuarios con cáncer por lo que se sugiere que sea en horas de la mañana, esto debido a los diferentes sitios de procedencia y estado de salud de la persona.
- Deben crearse protocolos de enfermería para asegurar que a las personas se les brinde la misma información y cuidados por los diferentes profesionales de enfermería.
- Se sugiere la creación de programas de capacitación para los profesionales en enfermería en la unidad de quimioterapia que incluyan además de actualización clínica, estrategias educativas que permitan mejorar la transferencia de información a los usuarios.
- La consulta para las personas con cáncer debe ser tanto para los usuarios del servicio de oncología como los del servicio de hematología ya que ambos reciben tratamientos quimioterapéuticos

- El posgrado de enfermería oncohematológica debe fomentar el desarrollo de proyectos dirigidos a todos los niveles de atención tanto en detección, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Se recomienda a la CCSS la creación de consultas de enfermería oncológica en el primero y segundo nivel atención, debido a que los usuarios con cáncer regresan a sus comunidades y no tienen el seguimiento de un profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.(02 de mayo de 1996). *Ley 7600. Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*. Recuperado el 17 de setiembre de 2020 del Sistema Costarricense de Información Jurídica (SCIJ) de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=23261&nValor3=121969¶m2=1&strTipM=TC&Resultado=3&strSim=simp
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (02 de abril de 2002). *Ley 8239: Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados*. Recuperado el 17 de setiembre de 2020 del Sistema Costarricense de Información Jurídica (SCIJ) de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48278&nValor3=51401&strTipM=TC#:~:text=N%C2%BA%208239&text=Art%C3%ADculo%201%C2%BA%20Objeto.,establecidos%20en%20el%20territorio%20nacional.
- Ayala, L. y Sepulveda, G. (2017). Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento. *Enfermería Global*, 16(45), 353-383. doi: 10.6018/eglobal.16.1.231681
- Baca, N. y Herrera, F. (2016). Proyectos sociales. Notas sobre su diseño y gestión en territorios rurales Convergencia. *Revista de Ciencias Sociales*, 23(72), 69-71. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/105/10546932003.pdf>
- Barbosa, D. (2008). *Características de la consulta de enfermería en el paciente con cáncer* (Especialización en Enfermería Oncológica, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia). Recuperado de <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis29.pdf>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R., Torres, L. y Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBACAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, *A Cancer Journal for*

Clinicians, 68, 394-424. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21492>

Burns, N. G. (2012). *Investigación en enfermería* (5ª ed.). España, Barcelona: ELSEVIER.

Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. y Wagner, C. (2011). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC*. España: Elsevier.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2012a). *Plan Institucional para Atención del Cáncer 2012- 2016*. San José, Costa Rica: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2012b). *Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red*. Recuperado de <http://medicos.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%20200313/Bolet%C3%ADn%201%20Presentaci%C3%B3n%20del%20Proyecto>

Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). *Manual de Procedimientos de Enfermería*. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). *Plan institucional para la atención del cáncer 2015-2018*. Recuperado de https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/CRI_B5_VERSION%20FINAL%20PIAC%202015-2018_Con%20Observaciones_GM.pdf

Caja Costarricense de Seguro Social. (s.f.). *Proyecto Cáncer*. Recuperado el 17 de setiembre de 2020 de <http://www.ccss.sa.cr/cancer>

Camargo, I. y Caro, C. (2009). El papel autónomo de enfermería en las consultas. *Av. enferm.*, 28(1), 143-150. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15664>

Canive, T. (s.f.). *METODOLOGÍA CUALITATIVA*. Recuperado el 17 de setiembre de 2020 de <https://www.sinnaps.com/blog-gestion-proyectos/metodologia-cualitativa>

- Chou, F., Dodd, M., Abrams, D., y Padilla, G. (2007). Symptoms, Self-Care, and Quality of Life of Chinese American Patients With cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(6), 1162-1167. doi: 10.1188/07.ONF.1162-1167
- Coto, I. y Rodríguez, M. (s.f.). *Proceso de atención de enfermería, PAE*. Recuperado el 17 de setiembre de 2020 de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v23n2/art5.htm>
- Diario Independiente de Contenido Enfermero. (7 de febrero de 2018). *El Francesc de Borja inaugura una consulta de enfermería oncológica para pacientes que inician el tratamiento*. Recuperado el 17 de febrero de 2020 de <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-francesc-de-borja-inaugura-una-consulta-de-enfermeria-oncologica-para-pacientes-que-inician-el-tratamiento-DDIMPORT-054867/>
- Díaz, M., Gattas, S., López, J. y Tapia, A. (2013). Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 694-704. doi: 10.1016/S0716-8640(13)70209-8
- Fonseca, D. (2008). *Protocolos de vigilancia al personal que labora en el manejo de citostáticos*. San José, Costa Rica: Servicio de Oncología del Hospital Calderón Guardia de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Fonseca, D. (2011). *Programa de atención al paciente con quimioterapia y familia*. Costa Rica, San José.
- González, M. y Monroy A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 124-129. doi: 10.1016/j.reu.2016.03.003
- Hernández, C. (s.f.). *Salud Pública y Atención Primaria de Salud*. Recuperado de https://ocw.unican.es/pluginfile.php/965/course/section/1088/4.5_consulta_enfermeria.pdf
- Hernández C. y Sanchón, M. (2011). *Salud pública y atención primaria de Salud*. Recuperado el 17 de setiembre de 2020 de <https://ocw.unican.es/course/view.php?id=105>

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2017). *Panorama demográfico 2016*. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/repoblacpanorama2016.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2014). *Manual de enfermería oncológica*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000510cnt-38-ManualEnfermeriaOncologica2014.pdf>
- Jácome, A. (2008). *Historia de los medicamentos* (2da Ed.). Recuperado de http://www.med-informatica.com/OBSERVAMED/PAT/HistoriaMedicamentosAJacomeR_LIBRO-HX_MedicamentosANMdecolombia.pdf
- King, C. (2006). Advances in how Clinical Nurses can Evaluate Quality of life for individuals with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 33(1), 5-12. doi: 10.1188/06.ONF.S1.5-12
- Lagoueyte, M. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 47(2), 209-213. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v47n2/v47n2a13.pdf>
- Limia, M. (2010). Cambio de mentalidad: Responsabilidad de salud. *Index Enferm.*, 19(1), 42-46. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Menorca. (17 de noviembre de 2016). *El hospital Mateu Orfila crea una nueva consulta de enfermería oncológica*. Recuperado el 17 de setiembre de 2020 de <https://www.menorca.info/menorca/local/2016/11/17/588962/hospital-mateu-orfila-crea-nueva-consulta-enfermeria-oncologica.html>
- Ministerio de Salud de la República de Costa Rica. (2012). *Plan Nacional de salud para la prevención y control del cáncer 2011-2017*. Recuperado de https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/consejo_nacional_cancer/DM_plan_nacional_para_la_prevencion_y_control_del_cancer.pdf

- Ministerio de Salud de la República de Costa Rica. (2015). *Boletín Estadístico de Incidencia de Tumores malignos más frecuentes en Costa Rica del año 2013*. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/boletines-de-incidencia-cancer/2788-boletin-de-incidencia-de-cancer-2013/file>
- Ministerio de Salud de Costa Rica de la República de Costa Rica. (2016). *Plan Nacional de Salud 2016-2020*. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/964-plan-nacional-de-salud-2016-2020/file>
- Modelos enfermeros. (13 de mayo de 2013). Teoría del déficit del auto-cuidado. Recuperado el 17 de setiembre de 2020 de <http://modelosenfermeros2013.blogspot.com/2013/05/teoria-del-deficit-del-auto-cuidado.html>
- Morales, V. E., Rubio, C. A. y Ramírez, D. M. (2012). Metaparadigma y Teorización Actual E Innovadora de Las Teorías y Modelos de Enfermería. *Revista Científica de Enfermería*, 4, 1-17. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44871/1/RECIEN_04_06.pdf
- NANDA International. (2014). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. España: Elsevier España, S.L.U.
- Naranjo, Y., Concepción, J. y Rodríguez, M. (2017) La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Med Espirit*, 19(3). recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Navarro, P. y Castro, M. (2010). Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. glob.*, 19, 1-14. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (s.f.). *Expresiones culturales*. Recuperado el 17 de setiembre de 2020 de <http://www.unesco.org/new/es/culture/themes/%20cultural-diversity/diversity-of-cultural%20expressions/tools/policy-guide/planificar/diagnosticar/arbol-de-problemas/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Cáncer*. Recuperado el 17 de setiembre de 2020 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Otto, S. (2010). *Enfermería Oncológica* (3ª ed., Vol. II). Colombia, Bogotá: Harcourt/Océano.

Prieto, F.(22 de abril de 2019). *Características y competencias de la Enfermería oncológica*. Recuperado el 17 de setiembre de 2020 de <https://revistamedica.com/enfermeria-oncologica/>

Polo, F. (2016). Consultorios de Enfermería. Una oportunidad para generar desarrollo Humano y local. *Crescendo. Institucional*, 7(1), 134-144. DOI: 10.21895/incres.2016.v7n1.13

Ponti, L. (2016). *La enfermería y su rol en la educación para la salud*. Recuperado de <https://uai.edu.ar/media/109545/la-enfermer%C3%ADa-y-su-rol-en-la-educaci%C3%B3n-para-la-salud.pdf>

Prado, L., González, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

Raile, A. M. y Marriner, T. (2011). *Modelos y teorías* (7ma ed.). España, Barcelona, España: Elsevier.

- Razeto, L. (2009). El debate sobre las necesidades, y la cuestión de la “naturaleza humana. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 8(23), 139-167. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v8n23/art07.pdf>
- Reina, N. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, 17, 18-23. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Ediciones Aljibe.
- Rosales, P. R. (1999). *Formulación y evaluación de proyectos* (1ª ed.). Costa Rica, San José: ICAP.
- Rosales, S. y Reyes, E. (2004). *Fundamentos de enfermería* (03 ed.). México: Editorial Em Manual Moderno.
- SEEO. (2019). Sitio oficial de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Recuperado de <https://seeo.org/>
- Sherwood, G., Brown, M., Fay, V. y Wardell, D. (1996). Defining Nurse Practitioner Scope of Practice: Expanding Primary Care Services. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 1(2), 1-8. Recuperado de <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/10768>
- Silva, J. y Pontífice, P.(2015). Estrategias para el autocuidado de las personas con cáncer que reciben quimioterapia / radioterapia y su relación con el bienestar. *Revista electrónica de Enfermería*, 37, 372-383. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/revision2.pdf>
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (17 de diciembre de 2019). *Qué es, cómo funciona y tipos de quimioterapia*. Recuperado el 17 de setiembre de 2020 de <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/que-es-como-funciona-y-tipos-de-quimioterapia?showall=&start=3>
- Taylor, S. G. (2011). *Self care science, evidence nursing theory and evidence- based Practice*. NY: Springer Publishing Company.

- Triviño, S. y Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 5(1), 20-31. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a03.pdf>
- Universidad de Costa Rica. (2020). *REGLAMENTO GENERAL DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN EN GRADO PARA LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA*. Recuperado de https://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf
- Vega, O y González, D. (2007). Teoría del Déficit de Autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciencia y Cuidado*, 4(4), 28-35. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2534034.pdf>
- Williams, S. y Schreier, A. (2004). The Effect of Education in Managing Side Effects in Women Receiving Chemotherapy for Treatment of Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 16-23. DOI: 10.1188/04.ONF.E16-E23

ANEXO 1. CARTA DE AUTORIZACIÓN PROYECTO DE GRADUACIÓN

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DR. R. A. CALDERÓN GUARDIA
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



San José, 28 de noviembre de 2018
DE-2266-11-2018

Licda. Eloisa Little Little
Licda. Katherine Vargas Rodríguez
Unidad de Quimioterapia HCG
Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia

ASUNTO: Autorización de realización del Proyecto de Graduación de la Maestría en Enfermería Oncológica de la Universidad de Costa Rica

Estimadas Licenciadas:

En atención a su solicitud recibida en esta Dirección el 26/11/2018, se les autoriza la realización del Proyecto de Graduación de la Maestría en Enfermería Oncológica de la Universidad de Costa Rica en el Servicio de Quimioterapia del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia, con el tema: Creación de una consulta de Enfermería Oncológica.

Le reitero la obligación de cumplir con los requerimientos establecidos en la legislación biomédica a través del Aval del Comité Ético Científico de la Institución.

Quedamos a sus órdenes para lo que requieran por parte nuestra.

Atentamente,



MSc. Fibier Olmos Venegas
Director Enfermería

Copia:

- MSc. Zeidy Vargas Bermúdez Sub Directora Docente Enfermería
- MSc. Guiselle Castrillo López Jefe Área Enfermería Consulta Externa
- Archivo

FOV/Cristina A.

San José, Barrio Aranjuez, Teléfono 2212-1206, Fax: 2221-0594

ANEXO 2. CRONOGRAMA

Mes	Actividad
Marzo 2019	Metodología: Diseño metodológico
Abril	Diagnóstico, recolección de información, resultados.
Mayo	Formulación del proyecto
Junio	Construcción de las guías de entrevistas
Julio	Aplicación de las entrevistas
Agosto	Análisis de las entrevistas
Septiembre	Selección de los casos
Octubre	Pilotaje-Ejecución
Noviembre	Pilotaje-Ejecución
Diciembre	Pilotaje-Ejecución
Enero 2020	Evaluación de resultados

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO, ENTREVISTAS Y CONSULTA



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**PROYECTO: CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA
ONCOLÓGICA ESPECIALIZADA EN LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA DEL
HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA**

Fecha: ___ / ___ / ___ /

Entrevistadores: _____

Hora de Inicio: ____ Hora de Terminación: _____

Entrevistado(a): _____

Edad: _____ Experiencia laboral: ____ Tiempo laboral en quimioterapia: ____

Se realizará un estudio que tiene como propósito la “creación de una consulta de enfermería oncológica especializada en la unidad de quimioterapia del hospital calderón guardia”. Dicho estudio está a cargo de estudiantes del Post grado de Enfermería de la Universidad de Costa Rica y cual corresponde al trabajo de final de graduación.

La presente entrevista guiada responde al segundo objetivo de este estudio, que “Realizar un estudio de pre-inversión para determinar los elementos de factibilidad y viabilidad del proyecto”.

Quisiéramos pedir su colaboración en esta entrevista. Esta información será de gran valor y se utilizará solo para los fines citados anteriormente.

Cabe mencionar que esta entrevista será grabada y sus respuestas serán **confidenciales y anónimas**.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto

Fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

Fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) N°149
REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.

CELM-Form.Consent-Form 06-08



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfono:(506) 2511-3154/2511-3150

Facultad de Medicina
 Escuela de Enfermería

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: Creación De Una Consulta De Enfermería Oncológica Especializada En La Unidad De Quimioterapia Del Hospital Calderón Guardia

Nombre de los encargados del proyecto: Eloisa Little Little, carné 832135

Katherine Vargas Rodríguez, carné B79485

Nombre del participante: _____

- A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** El presente proyecto es realizado por los dos estudiantes del Post grado de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. El propósito de este proyecto es la creación de una consulta de enfermería oncológica para atender las necesidades específicas de las personas con cáncer y sus familias, promoviendo el autocuidado. Para poder implementar este proyecto necesitamos de su participación para obtener información para conocer cuáles son las necesidades y preocupaciones educativas y asistenciales que han tenido las personas con cáncer y familia en el proceso que puedan ser abordadas en una Consulta de enfermería oncológica.
- B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Si acepta participar de este proyecto, usted realizará alguna de las siguientes actividades:
- C.** Participara en una consulta de enfermería oncológica especializada, estas sesiones serán cada vez que usted asiste a su tratamiento de quimioterapia.
- D.** En cada cita se brindará asistencia y educación según las necesidades y preocupaciones detectadas.

E. RIESGOS:

La participación en este proyecto puede *no significa ningún riesgo o molestia* para usted, excepto el tener que asistir a las actividades programadas.

F. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este proyecto, no obtendrá ningún beneficio económico, sin embargo, los profesionales de enfermería le brindaran asistencia y educación relacionado con su proceso y ellos obtendrán información acerca de cuáles son las necesidades y preocupaciones que han tenido las personas con cáncer y familia en el proceso del tratamiento que puedan ser abordadas en una Consulta de enfermería oncológica, este conocimiento beneficiará a otras personas en el futuro.

- G.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Eloisa Little Little y Katherine Vargas Rodríguez ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas.
- H.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- I.** Su participación en este proyecto es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención que se le brinda.
- J.** Su participación en este proyecto es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.
- K.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto
Fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento
Fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) N°149
REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.

CELM-Form.Consent-Form 06-08

ANEXO 4. ENTREVISTAS GUIADAS

ENTREVISTAS GUIADAS CON PREGUNTAS GENERADORAS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Objetivos

Determinar si los enfermeros que trabajan en el servicio de quimioterapia apoyarían la creación de una Consulta de Enfermería oncológica en la unidad.

Conocer qué aspectos consideran deberían ser desarrollados por Enfermería en la consulta especializada acorde a las necesidades manifestadas por los usuarios.

Preguntas

¿Si tuviera un espacio para brindar una consulta de enfermería que piensa que tendría que hacer?

¿Qué reforzaría?

¿Qué tipo de necesidades educativas considera usted que deben abordarse?

¿Podrían sugerir como mejorar el aprendizaje de las personas con cáncer acerca de su autocuidado?

ENTREVISTAS GUIADAS CON PREGUNTAS GENERADORAS DIRIGIDA A LA PERSONA CON CÁNCER QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO

Objetivos

Conocer cuáles son las necesidades que han tenido las personas y familia en el proceso del tratamiento que puedan abordarse en una Consulta de enfermería oncológica.

Conocer las preocupaciones y necesidades educativas de la persona con cáncer y familia que ha recibido quimioterapia.

Preguntas

- 1) De acuerdo con lo vivido en su proceso de enfermedad y tratamientos, ¿qué le hubiera gustado que le informaran?
- 2) ¿Qué conocimientos se deberían reforzar?
- 3) ¿Cuáles han sido los efectos de su tratamiento que usted no ha podido manejar?
- 4) ¿Por qué no los ha podido manejar?

ENTREVISTAS GUIADAS PREGUNTAS GENERADORAS DIRIGIDA A LA PERSONA QUE RECIBIRA TRATAMIENTO POR PRIMERA VEZ

Objetivo

Conocer las inquietudes, necesidades y problemas de la persona y su familia en el proceso inicial de tratamiento para guiarlos en el Proceso de tratamiento, interacción de otros fármacos, Efectos secundarios, Controles de laboratorio, tipo de alimentación, Vida cotidiana, Trabajo, sexualidad y otros.

Preguntas

- 1) ¿Cuáles son sus preocupaciones y temores en este proceso?
- 2) ¿Qué conoce acerca de su diagnóstico y del tratamiento que va a recibir?
- 3) ¿Qué información le gustaría aprender acerca de su tratamiento?

ANEXO 5. CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA AL DEPARTAMENTO DE QUIMIOTERAPIA HCG

Datos personales

Fecha de aplicación _____

Profesional que la ejecuta _____

Nombre de la persona con diagnóstico
oncológico _____

Cédula _____

Fecha de nacimiento _____

Edad cumplida: _____

Teléfono _____

Dirección _____

Ingreso a la consulta de enfermería oncológica

- 1) Referido por médico oncológico ()
- 2) Referido por enfermería ()
- 3) Paciente subsecuente ()
- 4) Paciente de primera vez ()

Diagnóstico Médico

Datos sociodemográficos

Sexo:

Femenino () Masculino ()

Estado civil:

Soltero(a) () Casada(o) () Viuda(o) () divorciado(a) () Unión Libre ()

Nivel educativo

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| 1) Primaria: | Completa () Incompleta () |
| 2) Secundaria : | Completa () Incompleta () |
| 3) Universitario : | Completa () Incompleta () |

Ocupación _____

Estado laboral _____

Antecedentes patológicos personales

Cáncer		
Diabetes mellitus		
Hipertensión		
Epilepsia		
Trastornos respiratorios		
Trastorno depresivo		
Trastorno del sueño		
Enfermedad psiquiátrica		
Otros		

Tratamiento farmacológico que recibe actualmente

Tratamiento oncológico recibido

	Si	No
Quirúrgico		
Quimioterapia		
Radioterapia		
Hormonoterapia		
Otros		
Especifique por favor		

Antecedentes heredo familiares

Enfermedades Oncológicas	
Otros	

Datos de la familia o cuidadores que le acompañaran en el proceso del tratamiento

Vínculo con la persona con diagnóstico oncológico	Nombre	Edad

Plan de Cuidados de Enfermería

Fecha	Diagnóstico de enfermería según NANDA	NIC	NOC	Actividades

Resultados esperados:

Resultados obtenidos:

ANEXO 6. ESCALA DE ACTIVIDAD –KARNOFSKY–

Población diana: Población oncológica. Se trata de una escala **heteroadministrada** que valora la calidad de vida en las personas que sufren cáncer. A mayor grado, mayor calidad de vida.

CATEGORÍAS	GRADO	ACTIVIDAD GENERALES
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales	100	Actividad normal. Sin evidencia de enfermedad
	90	Actividad normal. Signos y síntomas leves de Enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable	70	Cuida de sí mismo pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal
	60	Necesita ayuda ocasional de otros pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades
	50	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes
Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad	40	Incapacitado. Requiere cuidados especiales
	30	Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización aunque no hay indicios de muerte Inminente
	20	Gravemente enfermo. Necesita asistencia activa de Soporte
	10	Moribundo
	0	Fallecido

ANEXO 7. ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.
Escala E.A.D.G. (GOLDBERG y cols., 1998,
versión española GZEMPP, 1993)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

ANEXO 8. MALNUTRITION SCREENING TOOL (MST)

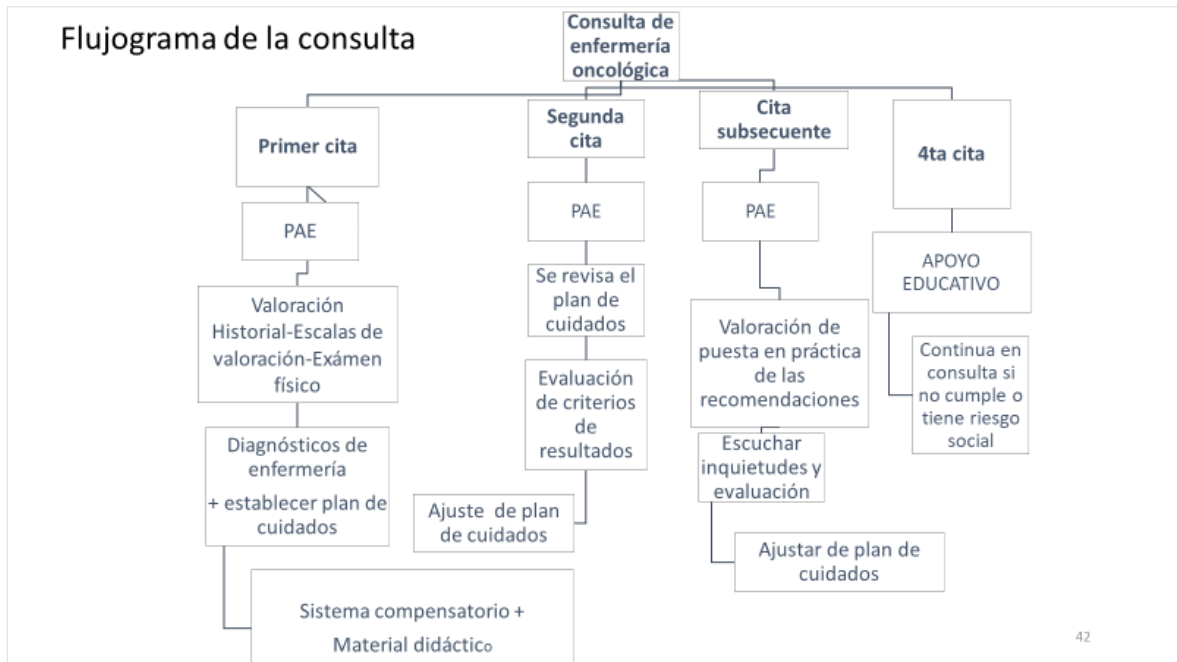
Preguntas	Puntaje
1. ¿Ha perdido peso de manera involuntaria recientemente?	
No	0
No estoy seguro	2
Si ha perdido peso ¿cuántos kilogramos?	
1-5 kg	1
6-10 kg	2
11-15 kg	3
> 15 kg	4
No estoy seguro	0
2. ¿Ha comido menos de lo normal a causa de disminución del apetito?	
No	0
Sí	1

MST = 0 o 1 sin riesgo. MST \geq 2 en riesgo de desnutrición.

ANEXO 9. MEMORIAL SYMPTOM ASSESSMENT SCALE

MEMORIAL SYMPTOM ASSESSMENT SCALE														
Name							Date							
Section 1														
Instructions: We have listed 24 symptoms below. Read each one carefully. If you have had the symptom during this past week, let us know how <u>OFTEN</u> you had it, how <u>SEVERE</u> it was usually and how much it <u>DISTRESSED</u> or <u>BOTHERED</u> you by circling the appropriate number. If you <u>DID NOT HAVE</u> the symptom, make an "X" in the box marked "DID NOT HAVE."														
DURING THE PAST WEEK Did you have any of the following symptoms?	D I D N O T H A V E	IF YES				IF YES				IF YES				
		How OFTEN did you have it?				How SEVERE was it usually				How much did it DISTRESS or BOTHER you?				
		Rarely	Occasionally	Frequently	Almost Constantly	Slight	Moderate	Severe	Very Severe	Not at all	A Little Bit	Somewhat	Quite a Bit	Very Much
Difficulty concentrating		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Pain		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Lack of energy		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Cough		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling nervous		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Dry mouth		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Nausea		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling drowsy		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Numbness/tingling in hands/feet		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Difficulty sleeping		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling bloated		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Problems with urination		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Vomiting		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Shortness of breath		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Diarrhea		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling sad		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sweats		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Worrying		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Problems with sexual interest or activity		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Itching		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Lack of appetite		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Dizziness		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Difficulty swallowing		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Feeling irritable		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

ANEXO 10. FLUJOGRAMA



ANEXO 11. VACIAMIENTO DE INFORMACIÓN DE LAS ENTREVISTAS CON PREGUNTAS GENERADORAS

Profesionales de enfermería entrevistados	Personas que recibían quimioterapia por primera vez	Personas que recibían quimioterapia subsecuentemente
<p>-Falta de un área adecuada para brindar educación a la persona con cáncer y a su familia.</p> <p>-Las personas que reciben quimioterapia, no cuentan con suficiente información sobre cómo afrontar los efectos adversos y consultan con mucha frecuencia, presencial o vía telefónica.</p> <p>-Los usuarios (as) que reciben quimioterapia, frecuentemente presentan alteraciones emocionales que puede manifestarse por llanto, bloqueo, ira, entre otros.</p> <p>-La falta de preparación ocasiona internamientos para resolver complicaciones provocadas por el mal manejo o la inadecuada atención poniendo en riesgo la vida de la persona con cáncer.</p> <p>-El profesional en enfermería no dispone de tiempo y además es insuficiente para la cantidad de usuarios(as).</p> <p>-La educación se brinda en un espacio donde se encuentran otras personas con cáncer junto con sus familiares que frecuentemente interrumpen la comunicación.</p> <p>-Con respecto a los mitos que existen es necesario brindar orientación para disminuir el temor.</p> <p>-Educación específica que debe reforzarse: Cuidados generales, alimentación, tratamientos específicos, reacciones adversas, aseo, salud mental, aspectos emocionales y el manejo del duelo, ayudándole a entender que el cáncer no es una sentencia de muerte sino un proceso de enfermedad.</p> <p>-Orientar a familiares y cuidadores en nuevas responsabilidades que deben de adquirir.</p> <p>-Explicar paulatinamente lo que va a ocurrir para disminuir su ansiedad, enseñarles el servicio previamente.</p> <p>-Preparación para los días de administración de la quimioterapia.</p> <p>-Programar y ejecutar charla estructurada, y que todos los profesionales impartan la misma.</p> <p>-Orientar a los usuarios(as) sobre información que puedan obtener por medio de las redes de comunicación.</p> <p>-El acercamiento del usuario con el médico en ocasiones no es suficiente, y recurre a enfermería como personal de confianza.</p> <p>-El ambiente debe de ser alegre, las actividades que se realicen van a</p>	<p>-Refieren que es necesaria una educación apropiada y resaltan la necesidad de un personal que les brinde un buen trato.</p> <p>-Desean saber, cuándo se caerá el cabello, si pueden esmaltarse las uñas, expresan la necesidad de conocer qué pueden comer, que les beneficie.</p> <p>-Varios asocian la quimioterapia a la muerte, es importante trabajar sobre la salud mental.</p> <p>-Les gustaría conocer si les ocasionará estreñimiento.</p> <p>-Se requiere educar a la familia, explicarles paso a paso lo que conlleva la quimioterapia.</p> <p>-Existe temor, de dejar de producir económicamente y no poder ayudar a la familia.</p> <p>-Los tiempos de espera en las unidades de quimioterapia, aumentan la tensión y propician el desánimo.</p> <p>-Les gustaría conocer acerca del tratamiento.</p> <p>-Desean saber que alimentos deben consumir para mejorar su respuesta al tratamiento.</p> <p>-Manifiestan la necesidad de conocer la eficacia de los tratamientos.</p> <p>-La familia y cuidadores, muestran gran interés en el conocimiento de actividades de la vida diaria que puedan influir en la calidad del cuidado en el hogar.</p> <p>-Los familiares desconocen que hacer en caso de que la persona con cáncer presente reacciones adversas a la quimioterapia.</p> <p>-Las personas inician procesos de quimioterapia con buena actitud siempre con temor a lo desconocido, aunque esperan encontrar en el personal de salud sensibilidad ante su situación.</p> <p>-La información que brindan es confusa, algunos profesionales indican que pueden comerse ciertos alimentos y otros contradicen las indicaciones.</p>	<p>-Falta de un área adecuada para recibir información</p> <p>-Las personas con cáncer y sus familiares que recibieron quimioterapia de forma subsecuentes refieren "sentirse abrumados por la cantidad de información que se le brindó en un momento de cambios tanto a nivel familiar, de salud y socioeconómico.</p> <p>-Hacen referencia a la necesidad de ser educados antes de llegar a la quimioterapia, debido a que desconocen en qué consiste, si es como "una máquina de bronceado".</p> <p>-Anhelan saber si se puede llevar una vida normal.</p> <p>-Algunas personas, les gustaría ser acompañados por sus familiares a la aplicación de tratamiento.</p> <p>-Hubo falta de información al empezar el tratamiento y que se hablara de forma más sencilla para entender.</p> <p>-Les gustaría saber los cuidados del catéter porta cath y del catéter central de inserción periférica (PICC).</p> <p>-Necesidad de conocer los tratamientos para el vómito, y cuales vacunas pueden aplicarse durante el proceso de la quimioterapia.</p> <p>-Expresan la necesidad de cómo abordar otras afectaciones como la gripe.</p> <p>-Les gustaría saber el tipo de cáncer que tienen.</p> <p>-Les gustaría saber por qué se produce inflamación de los pies, picazón y diarrea.</p>

Profesionales de enfermería entrevistados	Personas que recibían quimioterapia por primera vez	Personas que recibían quimioterapia subsecuentemente
<p>dependen de las limitaciones personales de los pacientes, se pueden emplear dibujos o diapositivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar conversatorios con los pacientes que comenzaron tratamiento previamente. -Importancia de contar con el apoyo de ONG o casas comerciales que brinden cooperación, insumos, o regalías para los pacientes. -Reforzar educación sexual. -Educar al paciente para que, en su hogar, y en su entorno sea funcional, y que no dependa 100% de familiares o profesionales de la salud. -Utilizar apoyo escrito y audiovisual con fines educativos, videos entre otros. 		

ANEXO 12. RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN LA CONSULTA SEGÚN CASOS

Caso # 1 SRC

Usuaría femenina a quien llamaremos SRC, de 40 años, con diagnóstico de cáncer de mama, la cual cumplía con los criterios de inclusión establecidos para el proyecto, se le solicitó ser partícipe del pilotaje de la consulta de Enfermería Oncológica Especializada, explicándole en qué consistía el proyecto y como le beneficiaría en su estado de salud. Se le informa que se mantendrá la privacidad de la información y como parte de la consulta se le entrega el consentimiento informado. Su tratamiento inicial fue Epirubicina más ciclofosfamida cada 15 días por cuatro ciclos, y posteriormente recibió Taxol cada 15 días, 4 ciclos. La primera sesión tuvo una duración de 1:45 min, las consultas subsecuentes tuvieron una duración aproximada de 40 a 45 min, durante la consulta le acompañaba un familiar.

Fase de valoración En primer lugar, una vez ingresada la usuaria, se valoró el dato subjetivo de sus sentimientos ante la intervención. SRC tenía más temor a los efectos adversos que iba a presentar que a su propia enfermedad. Al aplicar la escala de Goldberg se documenta un estado de ansiedad, debido a que su demanda constante de información no se resolvió en la consulta ya que sentía que era mucha información y se sentía confundida. Los datos se recogieron de la historia clínica y a través de entrevista personal con la paciente y su familia. Siguiendo el modelo de valoración de Dorotea Orem se clasifica a la usuaria en un sistema parcialmente compensatorio.

Plan de cuidados: fase diagnóstica, de planificación y de ejecución

En cuanto a la esfera física, se pudo considerar como diagnósticos principales del paciente, tras su valoración, que correspondía a la “imagen corporal” SRC se mostraba ansiosa y preocupada en relación de cuando se le caería el cabello y como podía enfrentarse a sus amistades. Así como “conocimiento deficiente” ya que preguntaba si le colocarían la bolsa roja que es el tratamiento más fuerte según refería.

Se detallan los planes de atención para esta usuaria

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00126 conocimientos deficientes	Mala interpretación de la información. Incapacidad para explicar el tratamiento	Conocimiento: régimen terapéutico Conocimiento: efectos adversos	00900 capacidad cognitiva Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. Manifiesta control sobre determinadas situaciones y acontecimientos. Compara las alternativas al tomar decisiones. Toma decisiones apropiadas.	1100 Manejo de la nutrición 5520 Facilitar el aprendizaje 5606 Enseñanza: individual 5614 Enseñanza: dieta prescrita 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 5622 Enseñanza: sexo seguro	Entrega de documentos informativos Permitir la realimentación Brindar información relacionado con: régimen terapéutico 1-Efectos adversos 2-Abordaje de efectos adversos 3-Que debe reportarse y ser valorado por un personal de salud.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00146 Ansiedad	Insomnio. Temor. Trastornos del sueño.	Manifiesta disminución de la ansiedad.	1300Aceptación estado de salud 1302Superación de problemas 1402Control de la ansiedad 1405Control de los impulsos	1850 Fomentar el sueño 4920 Escucha activa 5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5240Asesoramiento 5880 Técnica de relajación 5820 Disminución de la ansiedad	Escuchar con atención- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones - Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad - Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente - Reafirmar a la paciente en su seguridad personal- Instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
0009 Temor	Identifica el objeto del miedo	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro	1302 Superación de problemas 1402 Control de la ansiedad 1404 Control del miedo	5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5380 Potenciación de la seguridad 5820 Disminución de la ansiedad	Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. Comentar la experiencia emocional con el paciente y proporcionar ayuda en la toma de decisiones. Reforzar los comportamientos de cambio adaptativo.

Consultas subsecuentes

Fase de valoración

En las consultas subsecuentes, se revisó la efectividad de las acciones de enfermería propuestas anteriormente, y se realizaron las modificaciones del caso. SRC muestra que ya se le cayó el cabello y que está utilizando pañoletas, reconoce que el tratamiento no fue tan grave como se imaginaba refiere que no ha podido comer bien por algunas lesiones en la boca y las náuseas, lo cual ha disminuido su apetito.

Plan de cuidados: fase diagnóstica, de planificación y de ejecución

En cuanto a la esfera física, se pudo constatar como diagnósticos principales, tras su valoración oral, “Deterioro de la mucosa oral” manifestado por ampollas en encías y náuseas, lo que le causa dificultad para ingerir sus alimentos

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00045 Deterioro de la Mucosa Oral	Informes de mal sabor Dolor o malestar oral Vesículas y pápulas en la boca. Lesiones o úlceras orales. Informes de dificultad para comer o deglutir Informes de disminución o ausencia de gusto	Realizará los cuidados bucales aconsejados No presentará problemas en la mucosa oral Evolucionara el deterioro de la mucosa oral hacia la mejoría	0308 Cuidados personales: higiene bucal 0602 Hidratación 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 1100 Salud bucal 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	1100 Manejo de la nutrición 1730 Restablecimiento de la salud bucal Mantenimiento de la salud bucal. Manejo del dolor. Manejo de la nutrición.	Valoración completa de mucosa e identificación de factores de riesgo. Cuidados completos de la cavidad bucal (lavado con cepillo de dientes suave tras cada comida, enjuagues con antisépticos o agua bicarbonatada) Recomendar la aplicación frecuente de lubricantes en los labios y el mantenimiento de la

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					mucosa húmeda con toma de líquidos frecuentes y alimentos blandos y húmedos. Evitar alimentos ácidos, muy calientes y picantes. Recomendar, al mínimo tabaco, café y bebidas alcohólicas En caso de lesión, facilitar gel de lidocaína o analgésicos sistémicos, si están indicados.
Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00134 - Náuseas	Aversión a los alimentos. Sabor agrio en la boca.	Manifestara controlada las náuseas	602Hidratación 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 2100 Nivel de comodidad Aumento de la salivación.	1450 Manejo de las náuseas 1570 Manejo del vómito 2080 Manejo de líquidos / electrolitos 2380 Manejo de la medicación	Controlar los factores ambientales y personales que favorezcan la aparición de náuseas, como olores. Enseñar técnicas no farmacológicas (relajación, terapia musical, distracción). No ofrecer alimentos en episodios agudos Fomentar la higiene bucal. Administrar antieméticos indicados

Se requirió el apoyo de una profesional en salud mental debido al cambio de rol y dificultades presentadas en el hogar.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00060 interrupción de los procesos familiares	Cambios en las tareas asignadas. Participa en la solución de problemas. Participa en la toma de decisiones. Expresa conflictos en la familia.	Cambio de poder de los miembros de la familia. Cambio de los roles familiares.	2609 - Apoyo familiar durante el tratamiento 260901 - Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermo	7040 Apoyo al cuidador principal 7100 Estimulación de la integridad familiar 7130 Mantenimiento en procesos familiares	Fomento de la implicación familiar •Movilización familiar •Apoyo a la familia •Estimulación de la integridad familiar •Apoyo al cuidador familiar

Evaluación del plan de cuidado

Al término de las consultas, la usuaria mostró tener mayor nivel de comprensión y fue adaptando conductas de autocuidado para la estabilidad de su enfermedad, pasando de un sistema parcialmente compensatorio al sistema de apoyo educativo, la usuaria no requirió de hospitalizaciones por complicaciones propias del tratamiento sistémico.

Caso # 2 JBV

Usuaría femenina a la cual llamaremos JBV de 45 años de edad, con diagnóstico de cáncer de mama, cumplía con los criterios de inclusión establecidos para el proyecto, se le solicitó ser partícipe del pilotaje de la consulta de Enfermería Oncológica Especializada, explicándole en qué consistía el proyecto y como le beneficiaría en su estado de salud. Se le indica que se mantendrá la privacidad de la información y como parte de la consulta se le entrega el consentimiento informado. La usuaria recibió el siguiente tratamiento farmacológico: Epirrubicina más Ciclofosfamida cada 15 días por 4 ciclos y posterior se aplicó Taxol 4 sesiones cada 15 días, a este esquema fue necesario agregarle filgastrim, debido a la inmunosupresión causada por la quimioterapia.

Etapas de Valoración

Durante la consulta de valoración a través de la escucha activa, se observó que la usuaria JVB, se mostraba temerosa ante la expectativa del tratamiento y los efectos adversos. Al poner en práctica la escala de Goldberg la usuaria refería sentirse muy tensa y preocupada. Según la teoría de sistemas de Dorothea Orem, se clasifica en el sistema parcialmente compensatorio.

Plan de cuidados: fase diagnóstica, planificación y ejecución

Como diagnóstico inicial se observó “conocimiento deficiente y ansiedad”, debido a que la usuaria manifestaba duda e incertidumbre, por lo que ocurriría durante y posterior al proceso del tratamiento, el cual se desglosa a continuación.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00126 conocimientos deficientes	Referencias verbales que informan sobre ideas erróneas relacionadas con la salud. Solicitud de información frecuente	Conocimiento: régimen terapéutico Conocimiento: efectos adversos	00900 Capacidad cognitiva Manifiesta control sobre determinadas situaciones y acontecimientos. Compara las alternativas al tomar decisiones. Toma decisiones apropiadas.	1100 Manejo de la nutrición 5520 Facilitar el aprendizaje 5606 Enseñanza: individual 5614 Enseñanza: dieta prescrita 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 5622 Enseñanza: sexo seguro	Entrega de documentos informativos Permitir la realimentación Brindar información relacionado con: régimen terapéutica 1-Efectos adversos 2-Abordaje de efectos adversos 3-Que debe reportarse y ser valorado por un personal de salud.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00146 Ansiedad	Insomnio. Temor. Trastornos del sueño.	Manifiesta disminución de la ansiedad.	1300 Aceptación estado de salud 1402 Control de la ansiedad	4920 Escucha activa 5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5240 Asesoramiento 5880 Técnica de relajación 5820 Disminución de la ansiedad	Escuchar con atención- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones - Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad - Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente - Reafirmar a la paciente en su seguridad personal Instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					Establecer tarea de escribir signos y síntomas presentados Proporcionar ayuda en la toma de decisiones Explicar a la familia, pruebas, procedimientos, tratamientos. Animar al paciente y familia a la asistencia o coordinación con servicios o personas de grupos de apoyo

Valoración consultas subsecuentes

En la segunda consulta no fue posible aplicar la quimioterapia debido a que presento neutropenia como diagnóstico médico, en esta intervención se procedió a realizar la escucha activa, la usuaria refirió estar más tranquila en cuanto al tratamiento, sin embargo estaba preocupada ya que se le suspendió la sesión de quimioterapia, y deseaba aprender que cuidados específicos debía tener para evitar que se repitiera, el médico le indico que debía aplicarse factor estimulante de colonia (medicamentos utilizados para mejorar el sistema inmune) y esto le producía temor, ya que debía administrarse el tratamiento inyectable en el hogar.

Plan de cuidados: fase diagnóstica, planificación y ejecución

Como diagnóstico de enfermería se identificó lo siguiente: temor a progresión de la enfermedad por suspensión de tratamiento y riesgo de infección relacionado con disminución en las defensas provocado por la quimioterapia, lo cual se planifica en el siguiente cuadro:

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
0009 Temor	Informe de sentirse asustado	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro	1302 Superación del problema 1402 Control de la ansiedad 1404 Control del miedo	5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5380 Potenciación de la seguridad 5820 Disminución de la ansiedad 5606 enseñanza individual	Favorecer la conversación como medio de disminuir la respuesta emocional. Reforzar los comportamientos de cambio adaptativo. Modificación de la conducta Mostar técnica de aplicación de inyectables. Educación

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00004 Riesgo de Infección	Procedimientos invasivos. Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos. Agentes farmacológicos (inmunosupresores).	Disminución del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1908 Detección del riesgo	5622 Enseñanza: sexo seguro 6540 Control de infecciones 6550 Protección contra las infecciones	Evitar procesos invasivos Vigilar por signos y síntomas de infección. Educación en sexo seguro Estimular la higiene personal

Valoración subsecuente

En esta consulta la señora JVB refirió que desde el inicio de la aplicación del factor estimulante de colonias presentó dolor de espalda, que requirió de atención médica en el servicio de emergencias, la usuaria tenía antecedentes de dolor lumbar y el medicamento para mejorar las defensas actúa en la medula ósea esto reactivó la molestia que no resolvía con analgésicos y que a la vez le imposibilitaba realizar las actividades en el hogar, se comentó con el médico tratante quien suspendió el uso de la misma y cambio la frecuencia de la quimioterapia.

Plan de cuidados: fase diagnóstica, planificación y ejecución

Después de una escucha activa se define que el diagnóstico enfermero es “dolor” manifestado por la paciente quien indica que esta molestia no le permite desempeñar las actividades en general

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00132 Dolor agudo	<p>Expresión verbal y gesticular de dolor.</p> <p>•Observación de evidencias.</p> <p>•Conducta de protección y de defensa:</p> <p>-Tocarse la zona dolorida.</p> <p>-Cambios en la postura (antiálgica) o en la marcha.</p>	Control del dolor	<p>1605 Control del dolor</p> <p>2102 Nivel del dolor</p>	<p>1400 Manejo del dolor</p> <p>2380 manejo de la medicación</p> <p>5230 Aumentar el afrontamiento</p> <p>6482 Manejo ambiental: confort</p>	<p>Identificar causas del dolor</p> <p>Aplicación de calor o frío</p> <p>Brindar medidas de confort para disminuir el dolor</p> <p>Valorar niveles de dolor</p> <p>Manejo de la medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional. • Manejo del dolor. • Administración de analgésicos. • Asistencia en la analgesia controlada por el paciente.

Evaluación

En esta usuaria particularmente las acciones de enfermería estaban dirigidas hacia la disminución del dolor, ya que esta molestia limitaba la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria, dependiendo de un cuidador permanente en el hogar, fue necesaria la intervención de enfermería para la solicitud de valoración médica inmediata en la unidad, en búsqueda de la etiología del dolor , donde se realizaron modificaciones médicas en el tratamiento , suspendiendo el medicamento que causaba la molestia. Al mejorar el dolor, hubo una mejor adherencia al tratamiento, sin tener que discontinuarlo. Al término de las

consultas la usuaria paso de una etapa parcialmente compensatoria al apoyo educativo.

Caso # 3 BVS

Usuaría femenina quien llamaremos BVS, de 49 años, diagnosticada con cáncer de mama en el año 2018 y que se realizó biopsia hasta septiembre del 2019, cumplía con los criterios de inclusión establecidos para el proyecto, se le solicitó ser partícipe del pilotaje de la consulta de Enfermería Oncológica Especializada, explicándole en qué consistía el proyecto y como le beneficiaría en su estado de salud. Se le comunica que se mantendrá la privacidad de la información y como parte de la consulta se le entrega el consentimiento informado. Su tratamiento inicial fue Epirribucina más ciclofosfamida cada 21 días por cuatro ciclos, como tratamiento neoadyuvante, después de estos 4 ciclos se le realizaría una cuadrantectomía y posteriormente recibiría taxol semanal durante 3 meses. La primera consulta tuvo una duración de 1:00 H, las consultas subsecuentes tuvieron una duración aproximada de 30 min, en la consulta le acompañaba un familiar.

Fase de valoración

Durante la consulta de valoración a través de la escucha activa, se observó a la usuaria muy molesta, debido a que el diagnóstico médico fue tardío, aproximadamente 1 año después. Se aplicó la escala de Goldberg en la cual se pudo observar que presentaba ansiedad por el tiempo transcurrido sin recibir atención médica oportuna. Se clasifica a la usuaria en un sistema parcialmente compensatorio ya que realizaba sus propios cuidados, pero necesitaba de apoyo y guía para un buen desarrollo de su autocuidado.

Plan de cuidados: fase diagnóstica, planificación y ejecución

En esta primera consulta se definen los siguientes diagnósticos, ansiedad manifestado por enojo y conocimiento deficiente manifestado por múltiples preguntas relacionado con el tratamiento.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00146 Ansiedad	Temor. Trastornos del sueño. Enojo	Manifiesta disminución de la ansiedad.	1300 Aceptación estado de salud 1402 Control de la ansiedad	4920 Escucha activa 5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5240 Asesoramiento 5880 Técnica de relajación 5820 Disminución de la ansiedad	Escuchar con atención- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones - Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad - Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente - Reafirmar a la paciente en su seguridad personal Instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede. Establecer tarea de escribir signos y síntomas presentados Proporcionar ayuda en la toma de decisiones Explicar a la familia, pruebas, procedimientos, tratamientos. Animar al paciente y familia a la asistencia o coordinación con servicios o personas de grupos de apoyo

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00126 conocimientos deficientes	Referencias verbales que informan sobre ideas erróneas relacionadas con la salud. Solicitud de información frecuente	Conocimiento: régimen terapéutico Conocimiento: efectos adversos	00900 Capacidad cognitiva Manifiesta control sobre determinadas situaciones y acontecimientos. Compara las alternativas al tomar decisiones. Toma decisiones apropiadas.	1100 Manejo de la nutrición 5520 Facilitar el aprendizaje 5606 Enseñanza: individual 5614 Enseñanza: dieta prescrita 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 5622 Enseñanza: sexo seguro	Entrega de documentos informativos Permitir la realimentación Brindar información relacionado con: régimen terapéutica 1-Efectos adversos 2-Abordaje de efectos adversos 3-Que debe reportarse y ser valorado por un personal de salud.

Valoración de las consultas subsecuentes

En las consultas subsecuentes, se revisó la efectividad de las acciones de enfermería propuestas anteriormente, y se realizaron las modificaciones del caso. Se detectaron los siguientes diagnósticos: náuseas y vómitos. La usuaria BVS, manifiesta cursar con náuseas y vómito ocasional .

Plan de cuidados: fase diagnóstica, planificación y ejecución.

Se detectaron los siguientes diagnósticos temor, debido a que insistía que su enfermedad había progresado, también manifestaba disminución en la ingesta de alimentos debido a la náusea y vómitos ocasionales.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00134 - Náuseas	Aversión a los alimentos. Sabor agrio en la boca.	Manifestara controlada las náuseas	602Hidratación 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 2100 Nivel de comodidad Aumento de la salivación.	1450 Manejo de las náuseas 1570 Manejo del vómito 2080 Manejo de líquidos / electrolitos 2380 Manejo de la medicación	Controlar los factores ambientales y personales que favorezcan la aparición de náuseas, como olores. Enseñar técnicas no farmacológicas (relajación, terapia musical, distracción). Fomentar la higiene bucal. Educar en antieméticos indicados

Evaluación

La usuaria mostró tener mayor nivel de comprensión y fue adaptando conductas de autocuidado para la estabilidad de su enfermedad, pasando de un sistema parcialmente compensatorio a el sistema de apoyo educativo, la usuaria no requirió de hospitalizaciones por complicaciones propias del tratamiento sistémico.

Caso # 4 AVV

Usuaría femenina a quien llamaremos AVV, de 61 años, con diagnóstico de tumor maligno de endometrio, cumplía con los criterios de inclusión establecidos para el proyecto, se le solicitó ser partícipe del pilotaje de la consulta de Enfermería Oncológica Especializada, explicándole en qué consistía el proyecto y como le beneficiaría en su estado de salud. Se le explicó que se mantendría su privacidad de la información y como parte de la consulta se le entrega el consentimiento informado. Su tratamiento inicial fue Carboplatino más Taxol cada 21 días, La primera consulta tuvo una duración de 60 min, las consultas subsecuentes tuvieron una duración aproximada de 30 min, durante la consulta le acompañaba un familiar.

Valoración

Durante la consulta de valoración de la Usuaría AVV, a través de la escucha activa, entre las profesionales y la persona, se observó a la usuaria preocupada en cuanto a su situación laboral y su rol en la familia, debido a que es la proveedora económica de su núcleo familiar, y de ella dependían dos de sus familiares, en ese momento se encontraba involucrada en un asunto de tipo legal por discusión de una herencia económica. Una de las particularidades de esta usuaria es que tuvo antecedentes oncológicos previos.

Además de padecer del cáncer de endometrio, presentaba otras comorbilidades, tal como la obesidad, la cual le dificultaba movilizarse.

Se clasifica a la usuaria en un sistema parcialmente compensatorio según la teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

Planes de atención: Fase diagnóstica, planificación y ejecución

Mediante la valoración se determinaron los siguientes diagnósticos: manejo inefectivo de régimen terapéutico relacionado déficit de conocimiento y ansiedad e interrupción de los procesos familiares.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00078: manejo inefectivo de régimen terapéutico	Referencia verbal que evidencia la no incorporación del régimen del tratamiento en la vida cotidiana	Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas	1601 Conducta de cumplimiento 1813 conocimiento del régimen terapéutico Participación en decisiones de salud	4360 modificación de la conducta 5230 Aumentar el afrontamiento 5240 Asesoramiento 5520 Facilitar el aprendizaje 7400 Guía del sistema sanitario	Ayudar a modificar la conducta. Fomentar la implicación familiar Identificar riesgos Educación del proceso de enfermedad Apoyo en la toma de decisiones Ayudar al paciente a que exprese sus sentimientos Ofrecer información objetiva y términos entendibles según su nivel Propiciar un ambiente privado para la relación terapéutica Analizar la influencia de la familia para el desarrollo terapéutico

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00146 Ansiedad	Temor. Trastornos del sueño. Enojo	Manifiesta disminución de la ansiedad.	1300 Aceptación estado de salud 1402 Control de la ansiedad	4920 Escucha activa 5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5240 Asesoramiento 5880 Técnica de relajación 5820 Disminución de la ansiedad	Escuchar con atención- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones - Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad - Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					-Reafirmar a la paciente en su seguridad personal -Instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede. -Establecer tarea de escribir signos y síntomas presentados -Proporcionar ayuda en la toma de decisiones Explicar a la familia, pruebas, procedimientos, tratamientos. -Animar al paciente y familia a la asistencia o coordinación con servicios o personas de grupos de apoyo

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00060 interrupción de los procesos familiares	Cambios en las tareas asignadas. Participa en la solución de problemas. Participa en la toma de decisiones. Expresa conflictos en la familia.	Cambio de poder de los miembros de la familia. Cambio de los roles familiares.	2609 - Apoyo familiar durante el tratamiento 260901 - Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermo	7040 Apoyo al cuidador principal 7100 estimulación de la integridad familiar 7130 Mantenimiento en procesos familiares	Fomento de la implicación familiar •Movilización familiar •Apoyo a la familia •Estimulación de la integridad familiar •Apoyo al cuidador familiar

Valoración consultas subsecuentes

Se revisó la efectividad de las acciones de enfermería propuestas en la consulta anterior, en esta valoración la usuaria AVV, refiere que llevaba dos días sin defecar y ha experimentado una sensación de llenura por lo cual no podía ingerir sus alimentos adecuadamente, además indicaba que estas molestias no le permitían dormir.

Plan de cuidados: Diagnóstico, planificación y ejecución

De la valoración realizada se determinaron los siguientes diagnósticos enfermero: estreñimiento ,desequilibrio nutricional, deterioro del patrón del sueño.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00011	Estreñimiento Referencia de esfuerzo excesivo para defecar Referencia de sensación de plenitud Alteración del apetito Flatulencia y dolor producido por acumulación intestinal de gases. Disminución motilidad intestinal.	Mantendrá su ritmo intestinal habitual	0501 Eliminación intestinal 0602 Hidratación	0450 Manejo del estreñimiento	Estimular la actividad física. Caminatas según tolerancia . Ingesta de líquido. Ingesta de fibra. Instruir paciente sobre etiología del problema. Instruir paciente/familia sobre relación entre dieta, ejercicio e ingesta líquidos para el estreñimiento Sugerir usos laxantes/ablandadores heces,

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00002	Desequilibrio nutricional Sensación de llenura y plenitud Informes de alteración del gusto. Falta de interés en los alimentos.	Ingerirá los alimentos que tolere y son nutritivos Seleccionará los alimentos que le resultan más apetitosos	1008 estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 1802 Conocimiento: dieta	1030 Manejo de los trastornos de la alimentación 1100 Manejo de la nutrición 5246Asesoramiento nutricional	Identificar los factores que impiden o dificultan un aporte de nutrientes Aconsejar comidas , con textura suave y a temperatura ambiente, repartidas en pequeñas pero frecuentes tomas, junto con abundantes líquidos. Restringir todo lo posible el tabaco, café y bebidas alcohólicas.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					<p>Aconsejar enjuagues bucales o cepillados de dientes antes y después de las comidas o tomar un caramelo no ácido o un chicle para minimizar las molestias relacionadas con "el mal sabor de boca".</p> <p>Recomendar en la comida una atmósfera agradable y tranquila, evitando las prisas, olores o visiones desagradables, evitar estímulos nocivos como dolor o cansancio, presentar los platos en forma atractiva, con poca cantidad de comida.</p>

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00095 Deterioro del patrón de sueño	<p>Desvelo prolongado.</p> <p>Insomnio mantenido.</p> <p>Quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>Quejas verbales de no sentirse bien descansado.</p>	Descanso y sueño	<p>1403 Descanso</p> <p>1404 Sueño</p> <p>1402 Control de la ansiedad</p>	<p>200 Fomento del ejercicio</p> <p>1850 Fomentar el sueño</p> <p>5230 Aumentar el afrontamiento</p> <p>5880 Técnica de relajación</p>	<p>Fomentar un ambiente tranquilo</p> <p>Uso de medicamentos indicados en un horario adecuado</p> <p>Disminuir factores que causan ansiedad</p>

Evaluación de la consulta

Al término de las 4 consultas la usuaria mostro tener mayor nivel de comprensión y fue adaptando conductas de autocuidado para la estabilidad de su enfermedad, pasando de un sistema parcialmente compensatorio a el sistema de apoyo educativo, no requirió de hospitalizaciones por complicaciones propias del tratamiento sistémico.

Caso # 5 CMA

Usuaria femenina a quien llamaremos CMA, de 39 años, con diagnóstico de cáncer de cérvix, cumplía con los criterios de inclusión establecidos para el proyecto, se le solicitó ser partícipe del pilotaje de la consulta de Enfermería Oncológica Especializada, explicándole en qué consistía el proyecto y como le beneficiaría en su estado de salud, manteniéndose la privacidad de la información y como parte de la consulta la solicitud correspondiente al consentimiento informado. Su tratamiento inicial fue Cisplatino semanal, 5 sesiones, concomitante con radioterapia por 25 días, posteriormente, braquiterapia por 5 sesiones, la primera consulta tuvo una duración de 60 min, las subsecuentes tuvieron una duración aproximada de 30 min, durante la intervención le acompañaba un familiar.

Fase de valoración

Durante la fase de valoración a través de la escucha activa, la paciente refirió que durante un año presentó un sangrado, por lo que consultó en el Ebais, donde le realizaron el Papanicolau, la usuaria indica que el resultado tardó mucho y posteriormente le indicaron que estaba normal, al continuar con la misma condición consultó a nivel privado y en otros estudios que realizados le diagnosticaron cáncer de cérvix, fue referida al hospital para ser tratada, todo lo anterior provocado en ella un estado de angustia y llanto frecuente lo cual ha obligado a sus familiares a llevarla a emergencias en diferentes ocasiones, fue diagnosticada con depresión. Según el modelo de autocuidado de Dorotea Orem se clasifica a la usuaria en un sistema parcialmente compensatorio.

Plan de cuidados: fase diagnóstica, planificación y ejecución

La señora CMA refiere sentirse preocupada debido a que buscó ayuda y no la recibió en forma oportuna, piensa que el cáncer ya ha avanzado y que no va poder recibir quimioterapia y radioterapia juntos ya que considera que el tratamiento es muy pesado, otras de las inquietudes consisten en la incertidumbre de viajar de un hospital a otro para recibir tratamientos concomitantes y desconoce los efectos

que va presentar. Como diagnósticos de atención de enfermería se determinan los siguientes: conocimiento deficiente, ansiedad y temor.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00126 Conocimientos deficientes	Mala interpretación de la información. Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.	Conocimiento: régimen terapéutico Conocimiento: efectos adversos	1802 Conocimiento: dieta 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad 1808 Conocimiento: medicación 1813 Conocimiento: régimen terapéutico	1100 Manejo de la nutrición 5520 Facilitar el aprendizaje 5606 Enseñanza: individual 5614 Enseñanza: dieta prescrita 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	Entrega de documentos informativos Permitir la realimentación Brindar información relacionada con: régimen terapéutica 1-Efectos adversos 2-Abordaje de efectos adversos 3-Que debe reportarse y ser valorado por un personal de salud.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00146 Ansiedad	Insomnio. Temor. Trastornos del sueño.	Manifiesta disminución de la ansiedad.	1300 Aceptación estado de salud 1302 Superación de problemas 1402 Control de la ansiedad 1405 Control de los impulsos	1850 Fomentar el sueño 4920 Escucha activa 5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5240 Asesoramiento 5880 Técnica de relajación 5820 Disminución de la ansiedad	Escuchar con atención- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones - Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad - Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente - Reafirmar a la paciente en su seguridad personal- Instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
0009 Temor	Identifica el objeto del miedo	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro	1302 Superación de problemas 1402 Control de la ansiedad 1404 Control del miedo	5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5380 Potenciación de la seguridad 5820 Disminución de la ansiedad	Favorecer la conversación como medio de disminuir la repuesta emocional. Comentar la experiencia emocional con el paciente y proporcionar ayuda en la toma de decisiones. Remitir a servicios de asesoramiento, a salud mental. Reforzar los comportamientos de cambio adaptativo.

Valoración en consulta subsecuente

Se revisó la efectividad de las acciones de enfermería propuestas anteriormente, permitiéndole a la usuaria hacer expresar inquietudes acerca de su condición, ella manifestó dolor, dificultad para dormir y lesión en la piel donde recibía la radiación.

Plan de cuidado: diagnóstico, planificación y ejecución

Se identificaron los siguientes diagnósticos de atención de enfermería: dolor, alteración del patrón del sueño y deterioro de la integridad cutánea.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00132 Dolor agudo	Posición antiálgica para evitar el dolor. Conducta expresiva (llanto)	Control del dolor	1605 Control del dolor 2102 Nivel del dolor	1400 Manejo del dolor 2380 Manejo de la medicación 5230 Aumentar el afrontamiento 6482 Manejo ambiental: confort	Administración de analgésico Brindar medidas de confort para disminuir el dolor Valorar niveles de dolor Identificar causas del dolor

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00095 Deterioro del patrón de sueño	Desvelo prolongado. Insomnio mantenido. Tardar más de 30 min. en conciliar el sueño. Despertar antes o después de lo deseado. Quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño. Quejas verbales de no sentirse bien descansado. Despertarse tres o más veces por la noche.	Descanso Sueño	1403 Descanso 1404 Sueño 2100 Nivel de comodidad	200 Fomento del ejercicio 1850 Fomentar el sueño 2380 Manejo de la medicación 5230 Aumentar el afrontamiento 5880 Técnica de relajación 6482 Manejo ambiental: confort	Fomentar un ambiente tranquilo Uso de medicamentos indicados en un horario adecuado Disminuir factores que causan ansiedad

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00046 Deterioro de la integridad cutánea	Destrucción de las capas de la piel (dermis y epidermis)	Curación de la lesión	1004 Estado nutricional 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	1100 Manejo de la nutrición 3440 Cuidados del sitio de radiación 3590 Vigilancia de la piel 3660 Cuidados de las heridas 7040 Apoyo al cuidador principal	Indicar medidas de protección de la piel Brindar cremas para aplicación en piel lesiona. Nutrición adecuada Limpieza de piel sin frotar Prevención del estreñimiento.

Evaluación

Tras la ejecución de los planes de atención aplicados ante los diagnósticos presentados, la usuaria pasó de un sistema parcialmente compensatorio al sistema de apoyo educativo, en este caso específico si se requirió de hospitalización para el manejo de neutropenia, que no pudo controlarse de forma ambulatoria.

CASO # 6 CSI

Usuaría femenina quien llamaremos CSI, de 52 años, con diagnóstico de cáncer de mama, cumplía con los criterios de inclusión establecidos para el

proyecto, se le solicitó ser partícipe del pilotaje de la consulta de Enfermería Oncológica Especializada, explicándole en qué consistía el proyecto y como beneficiaría en su estado de salud. Se le explica que se mantendrá la privacidad de la información, asimismo, se solicita el consentimiento informado.

Su tratamiento era Docetaxel más ciclofosfamida, cada 21 días. La primera consulta tuvo una duración de 60 min, las consultas subsecuentes tuvieron una duración aproximado de 40 a 45 min, durante la consulta le acompañaba un familiar.

Fase de valoración

En la consulta de valoración a través de la escucha activa, entre las profesionales y la persona, la usuaria se mostraba inquieta debido a que había recibido mucha información de algunos conocidos en relación a los tratamientos que utilizan contra el cáncer y le preocupaban los síntomas presentados por ellos. Según el modelo de autocuidado de la teorizante Dorotea Orem se clasifica a la usuaria en un sistema parcialmente compensatorio.

Plan de cuidados: diagnóstico, planificación y ejecución

Al escuchar a la usuaria y conocer sus dudas se establecieron el siguiente diagnóstico: conocimientos deficientes.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00126 Conocimientos deficientes	. Mala interpretación de la información.	Conocimiento: régimen terapéutico Conocimiento: efectos adversos	0900Capacidad cognitiva 0904 Comunicación: capacidad receptiva 1802Conocimiento: dieta 1803Conocimiento: proceso de la enfermedad 1808Conocimiento: medicación 1813Conocimiento: régimen terapéutico	1100 Manejo de la nutrición 5520 Facilitar el aprendizaje 5606Enseñanza: individual 5614 Enseñanza: dieta prescrita 5616Enseñanza: medicamentos prescritos 5622 Enseñanza: sexo seguro 7370Planificación del alta	Entrega de documentos informativos Permitir la realimentación Brindar información relacionado con: régimen terapéutica 1-Efectos adversos 2-Abordaje de efectos adversos 3-Que debe reportarse y ser valorado por un personal de salud. Aclarar dudas relacionados con información recibida.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades

Valoración de consulta subsecuentes

En las consultas subsecuentes, se revisó la efectividad de las acciones de enfermería propuestas anteriormente, al conversar con la usuaria refirió “presentar dolor en las piernas y que estaba utilizando agua caliente para disminuir el mismo, ya que no tenía medicación”, también refirió “tener ampollas en la boca esto le provocaba náuseas”.

Plan de cuidados: diagnósticos, planificación y ejecución

Se detectaron los siguientes diagnósticos: náuseas, dolor, riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la mucosa oral.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00134 - Náuseas	Aversión a los alimentos.	Manifestara controlada las náuseas	602Hidratación 1008 estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 2100 nivel de comodidad	1450 Manejo de las náuseas 1570 Manejo del vómito 2080 Manejo de líquidos / electrolitos 2380 Manejo de la medicación	Controlar los factores ambientales y personales que favorezcan la aparición de náuseas, como olores. Enseñar técnicas no farmacológicas (relajación, terapia musical, distracción). No ofrecer alimentos en episodios agudos Fomentar la higiene bucal. Realizar valoración completa de las náuseas, utilizando herramientas, como diario de autocuidado Animar a que ingieran pequeñas cantidades de comidas Administrar alimentos fríos, líquidos, transparentes

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00132 Dolor agudo	Dolor en miembros inferiores. Trastornos del sueño (ojos apagados, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas).	Control del dolor	1605 Control del dolor 2102 Nivel del dolor	1400 Manejo del dolor 2380 Manejo de la medicación 5230 Aumentar el afrontamiento 6482 Manejo ambiental: confort	Administración de analgésico Orientar sobre uso de calor o frío Brindar medidas de confort para disminuir el dolor Valorar niveles de dolor Identificar causas del dolor

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00045 Deterioro de la Mucosa Oral.	. Informes de mal sabor . Dolor o malestar oral . Vesículas o pápulas . Lesiones o úlceras orales. . Informes de dificultad para comer o deglutir . Informes de disminución o ausencia de gusto	Realizará los cuidados bucales aconsejados Evolucionara el deterioro de la mucosa oral hacia la mejoría	0308 Cuidados personales: higiene bucal 0602 Hidratación 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 1012 Estado de deglución: fase oral 1100 Salud bucal 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	1100 Manejo de la nutrición 1730 Restablecimiento de la salud bucal	Valoración completa de mucosa e identificación de factores de riesgo. Vigilar la presencia de signos síntomas de lesiones bucales e instruir a la paciente y familiar en su detección precoz. Informar e instruir a la paciente sobre el método de exploración bucal, búsqueda de complicaciones y cuidados completos de la cavidad bucal (lavado con cepillo de dientes suave tras cada comida, enjuagues con antisépticos o agua bicarbonatada) Recomendar la aplicación frecuente de lubricantes en los labios y el mantenimiento de la mucosa húmeda con toma de líquidos frecuentes y alimentos blandos y húmedos. Evitar alimentos ácidos, muy calientes y picantes. En caso de lesión, facilitar gel de lidocaína o analgésicos sistémicos, si están indicados.

Evaluación de la consulta

En esta usuaria fue necesario enfatizar en la prevención de lesiones en la integridad de la piel, específicamente en extremidades inferiores, debido a que utilizaba agua caliente para aliviar el dolor ocasionado por el tratamiento.

Tras la ejecución de los planes de atención aplicados ante los diagnósticos presentados, la usuaria pasó de un sistema parcialmente compensatorio al sistema de apoyo educativo, en este caso no se requirió de hospitalización.

Caso # 7 IG

Usuaría femenina a quien llamaremos IG, de 44 años, con diagnóstico de cáncer de mama, cumplía con los criterios de inclusión establecidos para el proyecto, se le solicitó ser partícipe del pilotaje de la consulta de Enfermería Oncológica Especializada, explicándole en qué consistía el proyecto y como le beneficiaría en su estado de salud. Se le comunica que se mantendrá la privacidad de la información y como parte de la consulta se entrega el consentimiento informado.

Su tratamiento era Epirrubina más Ciclofosfamida cada 21 días, 4 ciclos, posteriormente cirugía conservadora (cuadrantectomía), luego Taxol, 12 aplicaciones, una por semana. La primera consulta tuvo una duración de 1:00 h, las consultas subsecuentes tuvieron una duración aproximada de 30 min, durante la misma le acompañaba un familiar.

Valoración inicial

En la consulta de valoración a través de la escucha activa, entre las profesionales y la persona, la usuaria refirió no conocer el tratamiento que se le administraría, debido a que el día que se presentó a la cita, se le brindó demasiada información, se presentó con una de hija, "le solicitó que pusiera atención, debido a que ella no entendía nada", en este momento se sentía muy ansiosa. Se clasifica a la usuaria en un sistema parcialmente compensatorio.

Plan de cuidado: diagnóstico, planificación y ejecución

Se definen los siguientes diagnósticos: conocimientos deficientes y ansiedad, para los cuales se realiza el plan de atención.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00126 Conocimientos deficientes	. Mala interpretación de la información. . Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.	Conocimiento: régimen terapéutico Conocimiento: efectos adversos	0900Capacidad cognitiva 0904 comunicación: capacidad receptiva 1802Conocimiento: dieta 1803Conocimiento: proceso de la enfermedad 1808Conocimiento: medicación 1813Conocimiento: régimen terapéutico	1100 Manejo de la nutrición 5520 Facilitar el aprendizaje 5606Enseñanza: individual 5614 Enseñanza: dieta prescrita 5616Enseñanza: medicamentos prescritos 5622 Enseñanza: sexo seguro	Entrega de documentos informativos Permitir la realimentación Brindar información relacionado con: régimen terapéutica 1-Efectos adversos 2-Abordaje de efectos adversos 3-Que debe reportarse y ser valorado por un personal de salud.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00146 Ansiedad	Insomnio. Temor. Trastornos del sueño.	Manifiesta disminución de la ansiedad.	1300Aceptación estado de salud 1402Control de la ansiedad	4920 Escucha activa 5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5240Asesoramiento 5880 Técnica de relajación 5820 Disminución de la ansiedad	Escuchar con atención- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones - Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad - Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente - Reafirmar a la paciente en su

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					seguridad personal- Instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

Valoración de consultas subsecuentes

En las consultas subsecuentes, se revisó la efectividad de las acciones de enfermería propuestas anteriormente, la usuaria refirió “no sentirse bien con su aspecto personal debido a la caída del cabello y poca ingesta de alimentos ya que presentaba lesiones en la boca”.

Plan de cuidados: diagnóstico, planificación y ejecución

Se definieron los siguientes diagnósticos: desequilibrio nutricional. deterioro de la mucosa oral y trastornos de la imagen corporal .

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00002 Desequilibrio nutricional relacionado poca ingesta de alimentos	Inflamación/ulceración cavidad bucal. Informes de alteración del gusto. Falta de interés en los alimentos.	Ingerirá los alimentos que tolere y son nutritivos Seleccionará los alimentos que le resultan más apetitos	1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 1802Conocimiento: dieta	1030 Manejo de los trastornos de la alimentación 1100 Manejo de la nutrición 2080 Manejo de líquidos 5246Asesoramiento nutricional	Identificar los factores que impiden o dificultan un aporte de nutrientes en cantidad y calidad para cubrir los requerimientos personales. Aconsejar comidas hipercalóricas e hiperprotéicas, con textura suave y a temperatura ambiente, repartidas en pequeñas pero frecuentes tomas, junto con abundantes líquidos. Restringir bebidas alcohólicas. Aconsejar enjuagues bucales o cepillados de dientes antes y después de las comidas o tomar un caramelo no ácido o un chicle para minimizar las molestias relacionadas con “el mal sabor de boca”. Recomendar en la comida una atmósfera agradable y tranquila, evitando las prisas, olores o visiones desagradables, evitar estímulos nocivos como dolor o cansancio, presentar los platos

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					en forma atractiva, con poca cantidad de comida.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00118 trastorno de la imagen corporal	Expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo	Manifestará aceptación de su cambio de la imagen como temporal	1201. Verbalización de autoaceptación 0019. Sentimientos sobre su propia persona	5400 Potenciación de la autoestima	<p>Observar las frases del/de la paciente sobre su propia valía</p> <p>- Animar al/a la paciente a identificar sus virtudes</p> <p>- Mostrar confianza en la capacidad del/de la paciente para controlar una situación</p> <p>- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta</p> <p>- Ayudar a la paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales inducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) realistas</p> <p>- Ayudar a la paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo</p> <p>- Ayudar a la paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos interacciones con otras personas) que contribuyen al estado de estrés</p>

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00045 Deterioro de la Mucosa Oral.	<ul style="list-style-type: none"> . Informes de mal sabor . Dolor o malestar oral . Vesículas, nódulos o pápulas . Lesiones o úlceras orales. 	<p>Realizará los cuidados bucales aconsejados</p> <p>No presentará problemas en la mucosa oral</p> <p>Evolucionara el deterioro de la mucosa oral hacia la mejoría</p>	<p>0308 Cuidados personales: higiene bucal</p> <p>0602 Hidratación</p> <p>1008 Estado nutricional: ingestión</p>	<p>1100 Manejo de la nutrición</p> <p>1730 Restablecimiento de la salud bucal</p>	<p>Valoración completa de mucosa e identificación de factores de riesgo.</p> <p>Vigilar la presencia de signos síntomas de lesiones bucales e instruir a la paciente y familiar en su detección precoz.</p>

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
	<ul style="list-style-type: none"> . Informes de dificultad para comer o deglutir . Informes de disminución o ausencia de gusto 		alimentaria y de líquidos 1012 Estado de deglución: fase oral 1100 Salud bucal 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas		Informar e instruir a la paciente sobre el método de exploración bucal, búsqueda de complicaciones y cuidados completos de la cavidad bucal (lavado con cepillo de dientes suave tras cada comida, enjuagues con antisépticos o agua bicarbonatada) Recomendar la aplicación frecuente de lubricantes en los labios y el mantenimiento de la mucosa húmeda con toma de líquidos frecuentes y alimentos blandos y húmedos. Evitar alimentos ácidos, muy calientes y picantes. En caso de lesión, facilitar gel de lidocaína o analgésicos sistémicos, si están indicados.

Evaluación

Tras la ejecución de los planes de atención aplicados ante los diagnósticos presentados, la usuaria pasó de un sistema parcialmente compensatorio al sistema de apoyo educativo, en este caso no se requirió de hospitalización.

Caso # 8 GUA

Usuaría femenina a quien llamaremos GUA, de 54 años, con diagnóstico de cáncer de mama y antecedentes de cáncer de cérvix, cumplía con los criterios de inclusión establecidos para el proyecto, se le solicitó ser partícipe del pilotaje de la consulta de Enfermería Oncológica Especializada, explicándole en qué consistía el proyecto y como le beneficiaría en su estado de salud. Manteniendo la privacidad

de la información y como parte de la consulta se le entrega el consentimiento informado.

Su tratamiento era Docetaxel más carboplatino 6 ciclos cada 21 días, y posteriormente radioterapia. La primera consulta tuvo una duración de 1:00 h, las consultas subsecuentes tardaron aproximadamente 30 min, durante la consulta no le acompañaba familiar.

Etapa de Valoración

En la consulta de valoración a través de la escucha activa, entre las profesionales y la persona, la usuaria se mostraba angustiada, debido a la segunda aparición del cáncer en su organismo, ella es jefe de hogar, estaba a cargo de su madre y del cuidado de un hijo, le preocupaban los posibles efectos que iba a experimentar con el tratamiento, y le hacían dudar de su capacidad para continuar laborando. Se clasifica a la usuaria en un sistema parcialmente compensatorio según la teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

Plan de cuidados: diagnóstico, planeación y evaluación

De la valoración anterior se determinaron los siguientes diagnósticos: ansiedad y temor .

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00146 Ansiedad	Temor. Trastornos del sueño.	Manifiesta disminución de la ansiedad.	1300 Aceptación estado de salud 1402 Control de la ansiedad	4920 Escucha activa 5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5240 Asesoramiento 5880 técnica de relajación 5820 Disminución de la ansiedad	Escuchar con atención- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones - Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente - Reafirmar a la paciente en su seguridad personal - Instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					-Animar al paciente y familia a la asistencia o coordinación con servicios o personas de grupos de apoyo

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
0009 Temor	Informe de sentirse asustado	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro	1302 Superación del problema 1402 Control de la ansiedad 1404 Control del miedo	5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5380 Potenciación de la seguridad 5820 Disminución de la ansiedad	Favorecer la conversación como medio de disminuir la respuesta emocional. Reforzar los comportamientos de cambio adaptativo. Modificación de la conducta Mostar técnica de aplicación de inyectables. Educación

Valoración consultas subsecuentes

En las consultas subsecuentes, se revisó la efectividad de las acciones de enfermería propuestas anteriormente, la usuaria refirió que “experimentaba problemas familiares los cuales debía de resolver con prontitud, ya que le estaba afectando su salud, también expreso que presentaba lesiones bucales que afectan su ingesta de alimentos”.

Plan de cuidados: diagnóstico, planificación y ejecución

Se detectaron los siguientes diagnósticos: interrupción de los procesos familiares, deterioro de la mucosa oral, trastornos de la imagen, y desequilibrio nutricional.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00060 interrupción de los procesos familiares	<p>Cambios en:</p> <p>Las tareas asignadas.</p> <p>La efectividad en la realización de las tareas asignadas.</p> <p>El soporte mutuo.</p> <p>La participación en la solución de problemas.</p> <p>La participación en la toma de decisiones.</p> <p>La disponibilidad para el apoyo emocional.</p> <p>— La satisfacción con la familia.</p> <p>— Las conductas de reducción del estrés.</p> <p>— La expresión de conflictos en la familia.</p>	<p>Cambio de poder de los miembros de la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de los roles familiares. • Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia. • Situaciones de transición o crisis • • Modificación de las finanzas familiares. 	<p>2609 - Apoyo familiar durante el tratamiento</p> <p>260901 - Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar el miembro enfermo</p>	<p>5370 Potenciación de roles</p> <p>5440 Aumentar los sistemas de apoyo</p> <p>6710 fomentar el acercamiento</p> <p>7100 Estimulación de la integridad familiar</p> <p>7130 Mantenimiento en procesos familiares</p> <p>7140 Apoyo a la familia</p>	<p>Fomento de la implicación familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a la familia • Mantenimiento en procesos familiares • Estimulación de la integridad familiar • Apoyo al cuidador familiar

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00045 Deterioro de la Mucosa Oral	<ul style="list-style-type: none"> . Informes de mal sabor . Dolor o malestar oral . Vesículas, nódulos o pápulas . Lesiones o úlceras orales. . Informes de dificultad para comer o deglutir . Informes de disminución o ausencia de gusto 	<p>Realizará los cuidados bucales aconsejados</p> <p>Evolucionara el deterioro de la mucosa oral hacia la mejoría</p>	<p>0308 Cuidados personales: higiene bucal</p> <p>0602 Hidratación</p> <p>1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</p> <p>1100 Salud bucal</p> <p>1101 Integridad tisular: membranas mucosas</p>	<p>1100 Manejo de la nutrición</p> <p>1730 Restablecimiento de la salud bucal</p>	<p>Valoración completa de mucosa e identificación de factores de riesgo.</p> <p>Vigilar la presencia de signos síntomas de lesiones bucales e instruir a la paciente y familiar en su detección precoz.</p> <p>Informar e instruir a la paciente sobre el método de exploración bucal, búsqueda de complicaciones y cuidados completos de la cavidad bucal (lavado con cepillo de dientes suave tras cada comida, enjuagues con antisépticos o agua bicarbonatada)</p> <p>Recomendar la aplicación frecuente de lubricantes en los labios y el mantenimiento de la mucosa húmeda con toma de líquidos</p>

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					frecuentes y alimentos blandos y húmedos. Evitar alimentos ácidos, muy calientes y picantes. En caso de lesión, facilitar gel de lidocaína o analgésicos sistémicos, si están indicados.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00118 trastorno de la imagen corporal	Expresión de sentimientos que refleja una alteración de la visión del propio cuerpo.	Manifestara aceptación de su cambio de la imagen como temporal	1201. Verbalización de autoaceptación 0019. Sentimientos sobre su propia persona	5400 Potenciación de la autoestima	Observar las frases del/de la paciente sobre su propia valía - Animar al/a la paciente a identificar sus virtudes - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta - Ayudar a la paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales inducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) realistas - Ayudar a la paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo - Ayudar a la paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos interacciones con otras personas) que contribuyen al estado de estrés

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00002 Desequilibrio nutricional	Inflamación/ulceración cavidad bucal. Informes de alteración del gusto. Falta de interés en l	Ingerirá los alimentos que tolera y son nutritivos Seleccionará los alimentos que le	1004 Estado nutricional 1008 Estado nutricional:	1030 Manejo de los trastornos de la alimentación 1100 Manejo de la nutrición	Identificar los factores que impiden o dificultan un aporte de nutrientes en cantidad y calidad para cubrir los

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
		resultan más apetitos	ingestión alimentaria y de líquidos 1802 Conocimiento: dieta	2080 Manejo de líquidos 5246 Asesoramiento nutricional	requerimientos personales. Aconsejar comidas hipercalóricas e hiperprotéicas, con textura suave y a temperatura ambiente, repartidas en pequeñas pero frecuentes tomas, junto con abundantes líquidos. Aconsejar enjuagues bucales o cepillados de dientes antes y después de las comidas o tomar un caramelo no ácido o un chicle para minimizar las molestias relacionadas con "el mal sabor de boca". Recomendar en la comida una atmósfera agradable y tranquila, evitando las prisas, olores o visiones desagradables, evitar estímulos nocivos como dolor o cansancio, presentar los platos en forma atractiva, con poca cantidad de comida.

Evaluación

Tras la ejecución de los planes de atención aplicados ante los diagnósticos presentados, la usuaria pasó de un sistema parcialmente compensatorio al sistema de apoyo educativo, en este caso no se requirió de hospitalización.

Caso # 9 MFL

Usuaría femenina a quien llamaremos MFL de 67 años de edad, ama de casa, con diagnóstico de cáncer de ovario y peritoneo, viuda, cumplía con los criterios de inclusión establecidos para el proyecto, se le solicitó ser partícipe del

pilotaje de la consulta de Enfermería Oncológica Especializada, explicándole en qué consistía el proyecto y como le beneficiaría en su estado de salud. Manteniendo la privacidad de la información, y como parte de la consulta se le solicitó el consentimiento informado.

Su tratamiento era Taxol más carboplatino 4 ciclos cada 21 días. La primera consulta tuvo una duración de 1:00 h, las subsecuentes tardaron aproximadamente 30 minutos, durante la consulta no le acompañaba ningún familiar.

Valoración

Durante la consulta de valoración de la usuaria MFL, a través de la escucha activa, entre las profesionales y la persona, se observó a la usuaria ansiosa por el diagnóstico que le brindaron, expresaba sus inquietudes acerca de cómo sería el proceso del tratamiento, y cuáles serían los efectos que presentaría, se mostraba muy temerosa. Se clasifica a la usuaria en un sistema parcialmente compensatorio según la teoría del autocuidado de Dorothea Orem

Planes de atención: Fase diagnóstica, planificación y ejecución

Mediante la valoración se determinaron los siguientes diagnósticos: ansiedad , conocimientos deficientes y temor

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00146 ansiedad	Temor	Manifiesta disminución de la ansiedad.	1300 Aceptación estado de salud 1402 Control de la ansiedad 1405 Control de los impulsos	4920 Escucha activa 5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5880 Técnica de relajación 5820 Disminución de la ansiedad	Escuchar con atención- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones - Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad - Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					- Reafirmar a la paciente en su seguridad personal- Instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00126 conocimientos deficientes	Incapacidad para explicar el tratamiento	Conocimiento: régimen terapéutico Conocimiento: efectos adversos	00900 Capacidad cognitiva Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad.	1100 Manejo de la nutrición 5520 Facilitar el aprendizaje 5606 Enseñanza: individual 5614 Enseñanza: dieta prescrita 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	Entrega de documentos informativos Permitir la realimentación Brindar información relacionado con: régimen terapéutico 1-Efectos adversos 2-Abordaje de efectos adversos 3-Que debe reportarse y ser valorado por un personal de salud.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
0009 Temor	Identifica el objeto del miedo	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro	1402 Control de la ansiedad 1404 Control del miedo	5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5380 Potenciación de la seguridad 5820 Disminución de la ansiedad	Favorecer la conversación como medio de disminuir la respuesta emocional. Comentar la experiencia emocional con el paciente y proporcionar ayuda en la toma de decisiones. Reforzar los comportamientos de cambio adaptativo.

Fase de valoración

En las consultas subsecuentes, fue revisada la efectividad de las acciones de enfermería propuestas anteriormente, y se realizaron las modificaciones del caso. La usuaria refería “sentirse muy agotada con deseo de estar descansando

todo el día, no tenía energía para realizar tarea alguna en el hogar, no le apetecía comer, manifestaba sabor amargo en la boca y que la comida no le sabía a nada. Además, indicó “sentir dolor en el cuerpo, y acentuado en las articulaciones”.

Plan de cuidados: fase diagnóstica, planificación y ejecución

Se detectaron los siguientes diagnósticos: fatiga, desequilibrio nutricional relacionado con poca ingesta de alimentos y dolor. Para los cuales se realiza el plan de atención.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00093 Fatiga	Incapacidad para restaurar la energía incluso después del sueño. Aumento de los requerimientos de descanso. Verbalización de falta de una energía abrumadora y que no desaparece.	Mejora signos de fatiga	0002 Conservación de la energía 0003 Descanso 0005 Tolerancia de la actividad	0180 Manejo de energía 1800 Ayuda al autocuidado 5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito	Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones Determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor y medicamentos) Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga Establecer una rutina de actividades de autocuidados

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00002 Desequilibrio nutricional relacionado poca ingesta de alimentos	Informes de alteración del gusto. Falta de interés en los alimentos.	Ingerirá los alimentos que tolera y son nutritivos Seleccionará los alimentos que le resultan más apetitos	1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 1802 Conocimiento: dieta	1100 Manejo de la nutrición 5246 Asesoramiento nutricional	Aconsejar comidas hipercalóricas e hiperprotéicas, con textura suave y a temperatura ambiente, repartidas en pequeñas pero frecuentes tomas, junto con abundantes líquidos. Restringir todo lo posible el, café y bebidas alcohólicas. Aconsejar enjuagues bucales o cepillados de dientes antes y

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					<p>después de las comidas o tomar un caramelo no ácido o un chicle para minimizar las molestias relacionadas con “el mal sabor de boca”.</p> <p>Recomendar en la comida una atmósfera agradable y tranquila, evitando las prisas, olores o visiones desagradables, evitar estímulos nocivos como dolor o cansancio, presentar los platos en forma atractiva, con poca cantidad de comida.</p> <p>Valorar el estado nutricional de la paciente mediante el peso semanal.</p>

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00132 Dolor agudo	<p>. Trastornos del sueño (ojos apagados, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas).</p> <p>Conducta expresiva (agitación, irritabilidad, suspiros).</p>	Control del dolor	<p>1605 Control del dolor</p> <p>2101 Dolor: efectos nocivos</p> <p>2102 Nivel del dolor</p>	<p>1400 Manejo del dolor</p> <p>2380 Manejo de la medicación</p> <p>6482 Manejo ambiental: confort</p>	<p>Educación en analgésicos prescritos</p> <p>Aplicación de calor o frío</p> <p>Brindar medidas de confort para disminuir el dolor</p> <p>Valorar niveles de dolor</p> <p>Identificar causas del dolor</p>

Evaluación del plan de cuidado

Al finalizar el proceso de las consultas, y tras la ejecución de los planes de atención aplicados ante los diagnósticos presentados, la usuaria manifestó sentirse mejor, recuperó el apetito, pese a presentar fatiga distribuía su actividad durante el día, lo cual le permitió mejorar su energía, comprendió que el uso de los analgésicos debían ser según prescripción, y no solo en caso de presentar dolor

pasó de un sistema parcialmente compensatorio al sistema de apoyo educativo, en este caso no se requirió de hospitalización.

Caso # 10 SPZ

Usuaria femenina a la cual llamamos SPZ , de 54 años de edad, ama de casa, con diagnóstico de cáncer de mama, casada , cumplía con los criterios de inclusión establecidos para el proyecto, se le solicitó ser partícipe del pilotaje de la consulta de Enfermería Oncológica Especializada, explicándole en qué consistía el proyecto y como le beneficiaría en su estado de salud, exponiendo que se mantendrá la privacidad de la información y como parte de la consulta entregarle el consentimiento informado.

Su tratamiento era Epirubicina más ciclofosfamida, cada 21 días, posteriormente recibiría tamoxifeno por 5 años. La primera consulta tuvo una duración de 1:00 h, las consultas subsecuentes tuvieron una duración aproximada de 30 min, durante la consulta le acompañaba un familiar.

Etapas de valoración

Durante la consulta de valoración a través de la escucha activa, entre las profesionales y la persona, se observó que la usuaria estaba temerosa acerca del diagnóstico, manifestaba dudas acerca del tratamiento que iba a recibir y se sentía insegura, debido a que diversas personas le transmitieron temor con respecto a los medicamentos utilizados para tratar el cáncer. Aplicando el modelo de valoración de la teorizante de autocuidado de Dorothea Orem, se clasifica a la usuaria en el sistema parcialmente compensatorio.

Plan de cuidados: fase diagnóstica, planificación y ejecución

Como diagnóstico inicial se determinó el conocimiento deficiente debido a que desconocía en qué consistía la quimioterapia, a través de la escala de ansiedad aplicada refiere que se ha sentido preocupada, irritable y con poca capacidad para relajarse, por lo que se diagnosticó ansiedad.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00126 Conocimientos deficientes	Mala interpretación de la información. Incapacidad para explicar el tratamiento	Conocimiento: régimen terapéutico Conocimiento: efectos adversos	Se comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad. Compara las alternativas al tomar decisiones. Toma decisiones apropiadas.	1100 Manejo de la nutrición 5520 Facilitar el aprendizaje 5606 Enseñanza: individual 5614 Enseñanza: dieta prescrita 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 5622 Enseñanza: sexo seguro	Entrega de documentos informativos Permitir la realimentación Brindar información relacionado con: régimen terapéutico 1-Efectos adversos 2-Abordaje de efectos adversos 3-Que debe reportarse y ser valorado por un personal de salud.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00146 Ansiedad	Temor. Trastornos del sueño.	Manifiesta disminución de la ansiedad.	1300 Aceptación estado de salud 1402 Control de la ansiedad 1405 Control de los impulsos	4920 Escucha activa 5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5240 Asesoramiento 5880 Técnica de relajación 5820 Disminución de la ansiedad	Escuchar con atención- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones - Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad - Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente - Reafirmar a la paciente en su seguridad personal- Instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

Valoración Consultas Subsecuentes

Posterior a la intervención de enfermería y las actividades planificadas, se resolvieron las necesidades de la usuaria, y se realizaron las modificaciones del caso. La usuaria manifestó una adecuada retroalimentación con respecto a su tratamiento, en el transcurso del mismo, presentó irritación de la cavidad bucal la cual se asociaba a la quimioterapia. Esto además de ser molesto y doloroso, influía en que no tuviera una adecuada alimentación, y desconocía cuales eran los cuidados específicos que debía de mantener.

Plan de Cuidados: Fase diagnóstica, planificación y ejecución

Como diagnóstico de enfermería se identificaron los siguientes alteraciones de la mucosa oral, dolor , desequilibrio nutricional relacionado con poca ingesta de alimentos .

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00002 Desequilibrio nutricional relacionado poca ingesta de alimentos	Inflamación/ulceración cavidad bucal. Informes de alteración del gusto. Falta de interés en los alimentos.	Ingerirá los alimentos que tolera y son nutritivos Seleccionará los alimentos que le resultan más apetitos	1004 Estado nutricional 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes 1612 Control de peso 1802 Conocimiento: dieta	1030 Manejo de los trastornos de la alimentación 1100 Manejo de la nutrición 1240 Ayuda para ganar peso 2080 Manejo de líquidos / electrolitos 5246Asesoramiento nutricional	Identificar los factores que impiden o dificultan un aporte de nutrientes en cantidad y calidad para cubrir los requerimientos personales. Aconsejar comidas hipercalóricas e hiperprotéicas, con textura suave y a temperatura ambiente, repartidas en pequeñas pero frecuentes tomas, junto con abundantes líquidos. Restringir todo lo posible el tabaco, café y bebidas alcohólicas. Aconsejar enjuagues bucales o cepillados de dientes antes y después de las comidas o tomar un caramelo no ácido o un chicle para minimizar las molestias relacionadas con "el mal sabor de boca".

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					<p>Recomendar en la comida una atmósfera agradable y tranquila, evitando las prisas, olores o visiones desagradables, evitar estímulos nocivos como dolor o cansancio, presentar los platos en forma atractiva, con poca cantidad de comida.</p> <p>Valorar el estado nutricional de la paciente mediante el peso semanal.</p>

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00002 Desequilibrio nutricional	<p>Inflamación/ulceración cavidad bucal.</p> <p>Informes de alteración del gusto.</p> <p>Falta de interés en los alimentos.</p>	<p>Ingerirá los alimentos que tolera y son nutritivos</p> <p>Seleccionará los alimentos que le resultan más apetitos</p>	<p>1004 Estado nutricional</p> <p>1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</p> <p>1802 Conocimiento: dieta</p>	<p>1030 Manejo de los trastornos de la alimentación</p> <p>1100 Manejo de la nutrición</p> <p>2080 Manejo de líquidos / electrolitos</p> <p>5246 Asesoramiento nutricional</p>	<p>Identificar los factores que impiden o dificultan un aporte de nutrientes en cantidad y calidad para cubrir los requerimientos personales.</p> <p>Aconsejar comidas hipercalóricas e hiperprotéicas, con textura suave y a temperatura ambiente, repartidas en pequeñas pero frecuentes tomas, junto con abundantes líquidos.</p> <p>Restringir todo lo posible, café y bebidas alcohólicas.</p> <p>Aconsejar enjuagues bucales o cepillados de dientes antes y después de las comidas o tomar un caramelo no ácido o un chicle para minimizar las molestias</p>

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					relacionadas con "el mal sabor de boca". Recomendar en la comida una atmósfera agradable y tranquila, evitando las prisas, olores o visiones desagradables, evitar estímulos nocivos como dolor o cansancio, presentar los platos en forma atractiva, con poca cantidad de comida.

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
00045 Deterioro de la Mucosa Oral.	<ul style="list-style-type: none"> . Informes de mal sabor . Dolor o malestar oral . Vesículas, nódulos o pápulas . Lesiones o úlceras orales. . Informes de dificultad para comer o deglutir . Informes de disminución o ausencia de gusto 	<p>Realizará los cuidados bucales aconsejados</p> <p>No presentará problemas en la mucosa oral</p> <p>Evolucionara el deterioro de la mucosa oral hacia la mejoría</p>	<p>0308 Cuidados personales: higiene bucal</p> <p>0602 Hidratación</p> <p>1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</p> <p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p>	<p>1100 Manejo de la nutrición</p> <p>1730 Restablecimiento de la salud bucal</p>	<p>Valoración completa de mucosa e identificación de factores de riesgo.</p> <p>Vigilar la presencia de signos síntomas de lesiones bucales e instruir a la paciente y familiar en su detección precoz.</p> <p>Informar e instruir a la paciente sobre el método de exploración bucal, búsqueda de complicaciones y cuidados completos de la cavidad bucal (lavado con cepillo de dientes suave tras cada comida, enjuagues con antisépticos o agua bicarbonatada)</p> <p>Recomendar la aplicación frecuente de lubricantes en los labios y el mantenimiento de la mucosa húmeda con toma de líquidos frecuentes y alimentos blandos y húmedos.</p> <p>Evitar alimentos ácidos, muy calientes y picantes.</p> <p>Recomendar, al mínimo tabaco, café y bebidas alcohólicas</p>

Diagnóstico de enfermería	Características definitorias	Objetivo	NOC	NIC	Actividades
					Cuidados de la piel.

Evaluación

Al término de las consultas, la usuaria mantuvo la adherencia al tratamiento, disminuyeron los efectos adversos del mismo, refirió “obtener mayor conocimiento de su enfermedad y tratamiento, su alimentación mejoró debido a que asumió las medidas de autocuidado bucal las cuales redujeron las alteraciones en la mucosa oral. Al término de la consulta se le llevó de un sistema parcialmente compensatoria a un sistema de apoyo educativo.

ANEXO 13. PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA ESPECIALIZADA

HOSPITAL RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA

2020

Presentación.

La creación de una consulta de enfermería oncológica especializada en la Unidad de Quimioterapia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia brindará una atención holística a las personas, garantizando el bienestar físico, psíquico y social del individuo, la familia y la comunidad. Esto se realizó mediante promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ayudando a crecer y a realizarse, a afrontar las dificultades propias de la vida en forma capaz y comprometida desde diferentes marcos teóricos que orientan al profesional en enfermería en esta tarea.

El cuidado de enfermería oncológica contribuye al abordaje individualizado desde la fase inicial del tratamiento quimioterapéutico, fortaleciendo, por medio de la educación, la contención o el soporte de las necesidades e inquietudes relacionadas con los medicamentos.

Las personas con cáncer van a experimentar una serie de cambios biológicos, físicos, emocionales y sociales que producen necesidades e inquietudes tanto en la persona con cáncer como en su familia o cuidadores, estas alteraciones serán diferentes de una persona a otra. Además, la persona con cáncer encuentra dificultad en comunicar a los profesionales de salud sus necesidades, en ocasiones: “sienten que no es importante, refieren que es normal lo que se siente por la enfermedad, asimismo, expresan que en ocasiones cuando han expresado estas inquietudes no reciben la atención necesaria” (anónimo, comunicación personal, 2020). Esto provoca un inadecuado abordaje de los efectos adversos y aumento en los costos, ya que deben internarse para estabilizarlos por complicaciones, retrasos en tratamientos, policonsultas y no adherencia a la medicación específica. A razón de lo anterior, la propuesta de la consulta de enfermería oncológica toma valor al desarrollar la atención integral de la persona con cáncer y sus cuidadores en los servicios de oncohematología.

Con esta consulta, se proyecta fortalecer la atención a la persona con cáncer, familiares y cuidadores de forma integral, desde el momento que llega por primera vez al servicio, y conocer cuáles son las inquietudes y necesidades que presentan antes y durante el tratamiento. Se aspira a que el personal de salud tenga mayor contacto con la persona con cáncer, familia y cuidadores, con el objetivo de poder brindar atención y educación para prevenir retrasos en tratamientos, intolerancia al medicamento y policonsultas, brindando recomendaciones oportunas en el manejo de efectos adversos. Con una planificación previa se desea incorporar en la consulta el proceso enfermero, con el objetivo de realizar una buena valoración, diagnóstico de enfermería y así planificar la atención que se brindará a cada individuo para optimizar la atención.

Educar a las personas con cáncer, cuidadores y familiares respecto a la detección de signos y síntomas que pueden informarse para prevenir daños mayores.

Para mejorar la comunicación con los enfermos adultos, se consideró la andragogía, la cual es la ciencia y el arte que, estando inmersa en la educación permanente, permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante adulto, con el propósito de proporcionarle una oportunidad para que logre su autorrealización (Chacón, 2012).

Justificación.

De acuerdo con la Organización Mundial de la salud, se estimó que morirían de cáncer 9.8 millones de personas para el 2018 , Costa Rica no esta exento de esta estadística ya que es la segunda causa de muerte y las terapias utilizadas, entre ellas , la quimioterapia, causa daños en el organismo, algunos visibles y otros no, observándose los efectos en la funcionabilidad de la persona , ya que limita las actividades básicas y necesarias para la vida diaria . (Bray, 2018).

De acuerdo a la experiencia laboral del profesional de enfermería en la unidad de quimioterapia, se ha observado lo siguiente:

- Incremento de cantidad de usuarios(as)
- Limitada educación
- Educación incidental
- Poca comprensión de los usuarios
- Mal manejo de efectos adversos
- Poca capacitación al personal de enfermería acerca de nuevos tratamientos

De acuerdo a lo anterior han surgido policonsultas, complicaciones por mal abordaje de efectos adversos por parte de los usuarios(as) así como aumento en las llamadas telefónicas en busca de resolución de problemas de salud asociados a los quimioterapéuticos administrados; por lo que creemos que al crear una consulta de enfermería oncológica en esta área podría disminuir esta problemática, el objetivo de la misma es buscar mejorar la gestión del cuidado y las medidas de autocuidado de las personas. Las necesidades de información son principalmente reconocidas durante la fase del diagnóstico y en la toma de decisiones antes del tratamiento y cuando los pacientes son sometidos a quimioterapéuticos con importantes efectos secundarios que causan un cambio en su estilo de vida o una modificación en la imagen corporal. (Ayala L, 2017). Por ende, las consultas de enfermería oncológica podrían mejorar la atención asistencial y educativa mediante el uso del proceso de enfermería, la aplicación de teorizantes de la enfermería y el uso de estrategias tal como la andragogía.

Propuesta

A continuación, se presentarán los aspectos más relevantes del proyecto social desarrollado. El propósito de la consulta es ofrecer un cuidado personalizado e integral a las personas con cáncer, familia y su red de apoyo, basada en la teoría de sistemas de enfermería propuesta por la teorizante de enfermería Dorothea E Orem, que permite determinar qué sistema de ayuda necesitan las personas, ejecutándose en cada consulta un plan de intervención mediante la aplicación del proceso de enfermería.

Implementación de la consulta

La atención en la consulta de enfermería está basada en las etapas del proceso de enfermería, ya que es el método científico sobre el cual se fundamenta la atención.

Etapas de valoración:

Es la primera fase del proceso de enfermería, consiste en recoger y organizar información de la salud, de la personas, familia y entorno. Al inicio de la primera consulta se procedió a realizar la recolección de la información mediante la entrevista, aplicación del historial de enfermería, valoración física, además se aplican las siguientes escalas de valoración: Karnofsky (Valoración funcional), Escala de Goldberg (Ansiedad), MST (Valoración nutricional).

Etapas de diagnóstico

Se identifican los problemas reales y potenciales, y se detectan las necesidades de la persona. Además, se establecieron los diagnósticos de enfermería, fundamentados en la nomenclatura NANDA, el cual es el lenguaje enfermero internacional que va a permitir que, en cualquier parte del mundo, puedan interpretarse los diagnósticos de enfermería, para realizar planes de atención individualizados.

Etapas de planificación

En esta fase se establece el plan de cuidados priorizando objetivos e intervenciones. En la etapa de planificación, una vez establecidos los diagnósticos de enfermería y en conjunto con la persona, se determinó la prioridad de las necesidades específicas de cada uno, se trabajó de forma individual, mediante la construcción conjunta de acciones que satisficieran cada necesidad.

Etapas de ejecución

En esta etapa se llevan a cabo las intervenciones y se realizan las actividades programadas. En conjunto con la persona y familia, se realizó la revisión de las actividades propuestas de acuerdo con los diagnósticos encontrados.

A continuación, se mencionan algunas de las actividades realizadas durante el pilotaje de la consulta:

- Educación de tratamiento farmacológico
- Educación previa a la administración de quimioterapia
- Educación acerca de la enfermedad
- Educación acerca de efectos adversos
- Apoyo emocional, relaciones interpersonales de ayuda, o intervenciones en crisis.
- Conversaciones terapéuticas acerca del autocuidado
- Ayudar a identificar aspectos de la vida sobre los cuales pueden influir para mejorar su estado de salud.
- Educación para el control de efectos adversos tal como: náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento, alergias en la piel asociadas a tratamientos.
- Educación en el adecuado cuidado oral
- Instruir en técnicas de relajación
- Educación del cuidado de lesiones tumorales
- Educación en medidas para el control de infecciones
- Educación para el control del dolor
- Educación sexual durante el tratamiento con quimioterapia.
- Referir a especialidades tal como nutrición, salud mental, u oncología médica.
- Educación en emergencias oncológicas

Etapas de evaluación

Posterior a la ejecución de las actividades realizadas, se determina si se han alcanzado los objetivos establecidos. Durante esta fase se evaluó la puesta en práctica del plan de cuidados establecidos, los objetivos planteados para los usuarios, familia y cuidadores fueron:

1. Contar con el apoyo de enfermería durante su tratamiento.
2. Adquirir conocimientos y habilidades necesarias que favorezcan su autocuidado en el abordaje de efectos adversos.
3. Conocer los principales signos y síntomas de peligro que deben reportarse al profesional en enfermería, que ameriten pronta atención en un centro de salud.
4. Entender el uso y efectos de los tratamientos de quimioterapia, así como los medicamentos complementarios.
5. Comprender qué tipo de alimentación le beneficia durante el tratamiento.
6. Identificar mitos sociales y temores relacionados con el cáncer y su tratamiento.

Ubicación de la consulta

Para la puesta en práctica de la consulta, se contó con un consultorio dentro del área del servicio de quimioterapia. Esta ubicación se considera como un aspecto importante para la atención integral de las personas con cáncer que recibían tratamiento farmacológico y su red de apoyo, esto con el objetivo de que la persona no tenga que asistir a citas adicionales ni deba desplazarse a otros sitios, sino que el día que reciba los tratamientos subsecuentes, participe en la intervención de enfermería especializada.

Infraestructura

El área del consultorio que se utilizó para el pilotaje estuvo acondicionada según las necesidades determinadas en este proyecto, para la ejecución de la consulta de enfermería oncológica; asimismo, cumplió con los requisitos establecidos en la Ley 7600, la cual se define como la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, donde se establece el desarrollo integral de la población con discapacidad en iguales condiciones de calidad, oportunidad, derechos y deberes, que el resto de los habitantes (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1996, Ley 7600).

Recurso humano

Se contó con un profesional especializado en enfermería oncohematológica.

Características de la consulta de enfermería

Según Hernández (2011):

- La realiza un profesional en enfermería.
- Atención a individuos y grupos, sanos o enfermos.
- La entrevista se realiza cara a cara.
- Se utiliza algún sistema de registro de su actividad.
- El proceso de interacción tiene lugar en un espacio físico y temporal determinado entre el usuario y el profesional en enfermería, a través del cual este proporciona cuidados enfermeros a individuos o grupos de la comunidad, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Instrumentos de medición

Se utilizaron en la etapa de valoración los documentos para la recolección de información, así como escalas para valorar la funcionalidad de la persona con cáncer, su estado nutricional y su nivel de ansiedad.

1. Historial de enfermería elaborado por las proponentes

El historial de enfermería se creó con el objeto de obtener información básica de las personas y familia participes del pilotaje de la consulta. A continuación, se muestran los datos personales, sociodemográficas, antecedentes patológicos personales y familiares entre otros:

- Datos personales
- Fecha de aplicación
- Nombre de la persona con diagnóstico oncológico
- Cédula

- Fecha de nacimiento
- Edad cumplida:
- Teléfono
- Dirección
- Ingreso a la consulta de enfermería oncológica
 - Referido por médico oncológico ()
 - Referido por enfermería ()
- Diagnóstico Médico
- Datos sociodemográficos
- Sexo:
 - Femenino () Masculino ()
- Estado civil:
 - Soltero(a) () Casada(o) () Viuda(o) () divorciado(a) () Unión Libre ()
- Nivel educativo
 - 1) Primaria: Completa () Incompleta ()
 - 2) Secundaria: Completa () Incompleta ()
 - 3) Universitario: Completa () Incompleta ()
- Ocupación:
- Estado laboral:
- Antecedentes patológicos personales:
 - Cáncer:
 - Diabetes mellitus:
 - Hipertensión:
 - Epilepsia:
 - Trastornos respiratorios:
 - Trastorno depresivo :
 - Trastorno del sueño:
 - Enfermedad psiquiátrica:
 - Tratamiento farmacológico que recibe actualmente:
 - Tratamiento oncológico recibido: Si No
 - Quirúrgico:
 - Quimioterapia:
 - Radioterapia:

- Hormonoterapia:
- Especifique por favor:

- Antecedentes heredo familiares:
- Enfermedades Oncológicas:
- Datos de la familia o cuidadores que le acompañaran en el proceso del tratamiento:
- Vínculo con la persona con diagnóstico oncológico: Nombre Edad

2. Escala de valoración de Karnofsky

El índice de Karnofsky (IK), se utilizó por primera vez en 1948 por el Dr. Karnofsky para valorar el estado funcional de pacientes con cáncer específicamente se utilizó en una persona con cáncer de pulmón al que le administró mostaza nitrogenada como tratamiento paliativo, además de observar la respuesta al tratamiento también valoró el estado de desempeño el cual fue medido por la capacidad funcional del paciente para llevar a cabo su actividad normal, su grado de dependencia, ayuda y necesidad de cuidados de enfermería. (Karnofsky et al., 1948) La clasificación de Karnofsky Performance Score (KPS) va de 100 a 0, donde 100 es salud "perfecta" y 0 es muerte. Esta medida se utiliza para determinar si pueden recibir quimioterapia, si es necesario ajustar la dosis y como medida de intensidad requerida de los cuidados paliativos. Fue utilizada por primera vez en el Memorial Hospital en Nueva York es traducido al español, también se utiliza en ensayos controlados aleatorios oncológicos como medida de la calidad de vida.

CATEGORÍAS GENERALES	GRADO	ACTIVIDAD
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales	100	Actividad normal. Sin evidencia de enfermedad
	90	Actividad normal. Signos y síntomas leves de enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad
	70	Cuida de sí mismo pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable	60	Necesita ayuda ocasional de otros pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades
	50	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes
	40	Incapacitado. Requiere cuidados especiales
Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad	30	Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización aunque no hay indicios de muerte inminente
	20	Gravemente enfermo. Necesita asistencia activa de soporte
	10	Moribundo
	0	Fallecido

La Escala de Karnofsky muestra el valor asignado a cada paciente de acuerdo con su grado de enfermedad y estado funcional. Los pacientes con un valor igual o superior a 60 son capaces satisfacer la mayoría de sus necesidades, mientras que aquellos con un valor igual o inferior a 30 están totalmente incapacitados y necesitan tratamiento de soporte activo. (Pérez-Cruz & Acevedo, 2014). Posee una confiabilidad moderada a elevada y una buena validez de constructo. (Pérez-Cruz & Acevedo, 2014),

3. Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)

La escala MSAS por sus siglas en inglés (Memorial Symptom Assessment Scale) traducido al español como Escala de Evaluación de Síntomas Memorial es un instrumento creado por Portenoy en 1994 (anexo 9) es un nuevo instrumento calificado por el paciente que se desarrolló para proporcionar información multidimensional sobre un grupo de diversos síntomas comunes. El MSAS es un instrumento confiable y válido para la evaluación de la prevalencia, las características y el malestar de los síntomas. Proporciona un método para la evaluación integral de los síntomas. (Portenoy et al., 1994). En la escala surgieron tres grupos de síntomas: psicológicos, físicos de alta y baja prevalencia. El instrumento es fiable y válido para evaluar la prevalencia, las características y el malestar de los síntomas en pacientes de oncología. A la escala MSAS se le han aplicado pruebas psicométricas para mostrar la validez y confiabilidad en diferentes contextos; se ha utilizado en diversos estudios de pacientes con cáncer, (Sepúlveda Ramírez, 2019) también se ha realizado la validación y se ha probado la confiabilidad de una versión traducida al español (España) en el Hospital Universitario de Salamanca. Se ha utilizado en diversos estudios a nivel del mundo adaptada a diversos contextos en países como Líbano, España y Australia entre otros.

TABLA 3: *Adaptada de Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)*¹⁰

Nombre:		Fecha:												
Sección 1														
Instrucciones: Hemos listado abajo 24 síntomas. Lea cada uno de ellos detenidamente, si ha tenido los síntomas durante la pasada semana, díganos cuántas veces, cuál ha sido más grande, cuánto le ha afectado y molestado, rodeando con un círculo el número apropiado. Si no lo ha tenido marque con una «X» la casilla «no lo he tenido».														
DURANTE LA SEMANA PASADA ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes síntomas?	N O L O H E T E N I D O	SI ES SÍ ¿Cuántas veces lo ha tenido?			SI ES SÍ ¿Qué grado de intensidad ha sido habitualmente?				SI ES SÍ ¿Cuánto le ha afectado o molestado?					
		Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Constantemente	Leve	Moderado	Severo	Muy severo	Nada	Un poco	De alguna forma	Bastante	Mucho
Dificultad de concentración		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Dolor		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Falta de energía		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Tos		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sensación nerviosa		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sequedad de boca		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Náusea		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Somnolencia		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Entumecimiento/hormigueo en manos y pies		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Dificultad para dormir		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sensación de hinchazón		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Problemas al orinar		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Vómitos		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Disnea		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Diarrea		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Tristeza		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Sudores		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Inquietud		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Problemas con el interés o actividad sexual		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Picores		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Falta de apetito		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Mareos		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Dificultad para tragar (disfagia)		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Irritabilidad		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

4. Escala de valoración de ansiedad de Goldberg

Es una escala creada por Goldberg en 1988 se utilizó para detectar la ansiedad y depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas iniciales (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son igual o mayor a 4 para la escala de ansiedad, e igual o mayor a 2 para la de depresión. Para estos valores se ha reportado una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%.(Carbonell et al., 2016) Existe una clara mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniendo puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado. Está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico. Es útil para ayudar a los médicos generales y otros no psiquiatras a reconocer mejor las enfermedades mentales.(Goldberg et al., 1988).

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

5. Escala de valoración nutricional

Escala de valoración nutricional, (MST) por sus siglas en ingles fue desarrollado en el año 1999 en Australia por Ferguson et al. como una herramienta de tamizaje para utilizarse en pacientes adultos con enfermedades agudas. Para su elaboración se realizó un cuestionario de 20 preguntas. Luego se seleccionaron aquellas con mayor sensibilidad y especificidad para detectar malnutrición con respecto a la valoración global subjetivo (VGS) quedando conformada por dos preguntas. El MST es una herramienta validada para detectar pacientes en riesgo de malnutrición que puede ser completada por médicos, enfermeros, nutricionistas o personal administrativo, así como también por familiares, amigos o por los mismos pacientes al ingreso al hospital. La sensibilidad y especificidad es del 93%, lo que indicaría que tiene un fuerte valor predictivo del estado nutricional en comparación a la valoración global subjetiva.

Preguntas	Puntaje
1. ¿Ha perdido peso de manera involuntaria recientemente?	
No	0
No estoy seguro	2
Si ha perdido peso ¿cuántos kilogramos?	
1-5 kg	1
6-10 kg	2
11-15 kg	3
> 15 kg	4
No estoy seguro	0
2. ¿Ha comido menos de lo normal a causa de disminución del apetito?	
No	0
Sí	1

MST = 0 o 1 sin riesgo. MST \geq 2 en riesgo de desnutrición.

La herramienta de cribado MST (1) incluye dos parámetros que valoran, por un lado, el apetito reciente (inapetencia = 1 punto; apetito conservado = 0 puntos; donde se ha tenido en cuenta la disminución de la ingesta por cualquier motivo) y, por otro, la pérdida de peso (no pérdida de peso = 0 puntos; no sabe si hay pérdida de peso = 2 puntos; pérdida de peso 1-5 kg = 1 punto, 6-10 kg = 2 puntos, 11-15 kg = 3 puntos, > 15 kg = 4 puntos). Clasifica a los pacientes en dos grupos, riesgo nutricional si la puntuación obtenida es ≥ 2 puntos o sin riesgo de desnutrición si la puntuación es ≤ 1 . No requiere la realización de ningún cálculo, es rápido y fácil de llevar a cabo sin requerir personal entrenado para ello. Está validado en paciente hospitalizado y ambulatorio con tratamiento radioterapia o quimioterápico. (Castro-Vega et al., 2018).

Criterios de inclusión

- Persona con cáncer de primer ingreso al servicio de quimioterapia para su tratamiento.
- Familiar de persona con cáncer que recibía quimioterapia de primer ingreso.

Perfil del profesional de enfermería

El profesional en enfermería oncológica tendrá las siguientes competencias según Prieto (2019):

- Atención integral al paciente y familia.
- Proporcionar herramientas necesarias para que el paciente recupere su autonomía alentándolo a participar de forma activa en el proceso de recuperación, pese a los límites impuestos por su enfermedad.
- Promover el desarrollo de la persona, fomentando la capacidad de adaptación y crecimiento individual.
- Mantener una relación terapéutica y de apoyo hacia el paciente y familia.

- Aportar una atención sanitaria especializada mediante seguimiento clínico, prevención, detección y control de signos y síntomas, así como el uso de la tecnología y la administración de los tratamientos.
- Crear y participar en la elaboración de protocolos, guías y guías clínicas.
- Garantizar la continuidad de atención a nivel sanitario, social y laboral.
- Actualización y modernización continua del conocimiento para la disciplina.
- Investigación para mejorar los cuidados basados en la evidencia.
- Mantener e incrementar, mediante el estudio y la formación continua, los conocimientos clínicos como las habilidades técnicas y de comunicación.
- Participar de forma activa en el equipo de salud multidisciplinar.
- Participar de forma activa en los cuidados paliativos del paciente oncológico.
- Colaborar de forma activa en la toma de decisiones y planificación de estrategias.
- Respetar los derechos y deberes de los pacientes oncológicos.
- Fomentar las necesidades espirituales particulares de cada paciente, en lo relacionado con creencias, valores y conductas morales.
- Proporcionar al paciente y familia un servicio especializado en atención integral, oportuna y continua, promoviendo la rehabilitación e incorporación a su entorno social.
- Presentarse al paciente y familia. Mostrarse cordial, amable, tranquilo empático.
- Establecer una relación terapéutica.
- Cuidar la comunicación verbal y no verbal.
- Hacer partícipe a la familia y al paciente del cuidado.
- Hacer actividades de distracción: lectura, música, entre otros.
- Favorecer el contacto físico.
- Valorar necesidad de tratamiento psicológico.

- Escucha activa: instar en que cuente sus dudas, temores, sentimientos, entre otros.
- Comunicación: establecer una comunicación fluida con la familia y el paciente. (sección: competencias de la enfermería oncológica)

Fases de implementación del proyecto

- Creación y presentación del proyecto en el Servicio de Oncología Médica para análisis y consenso.
- Preparación de la logística de la consulta de enfermería (captación de usuarios, programación de agendas, atención telefónica).
- Convocatoria de recursos humanos.
- Puesta en marcha de la consulta.

A continuación, se desglosará cada una de las fases de la implementación:

Fase 1: Creación y presentación del proyecto en el Servicio de Oncología Médica para análisis y consenso.

- Formulación de la consulta.
- Comunicación con otros profesionales del servicio de quimioterapia para la divulgación y captación de los beneficiarios a la consulta.
- Contacto con médicos de oncología médica para la referencia de los usuarios de primer ingreso.
- Diseño del plan de citas, controles y estudios de laboratorio según protocolo de tratamiento establecido.
- Preparación de registros de enfermería específicos para la valoración de inicio, plan educativo, seguimiento de la medicación y efectos adversos.
- Recopilación de material educativo, folletos, guías y audiovisuales, entre otros.

Fase 2: Preparación de la logística de la consulta de enfermería

- Se precisa de un espacio exclusivo para la consulta dentro de la unidad de quimioterapia, con área con mobiliario, tres sillas, mesa, computadora, zona para exploración física y lavamanos.
- Determinar soporte informático.

Fase 3: Convocatoria de recursos humanos

- Profesional en enfermería.

Fase 4: Puesta en marcha de la consulta

- Elaborar agenda de trabajo.
- Contactar a la persona con cáncer, programar
- en la agenda e informarles de la fecha y hora de la primera cita.

Primera consulta

En el pilotaje de cada consulta se utilizó el método enfermero aplicando el proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas:

Etapas de Valoración:

- Historial de enfermería
- Mediante el proceso de enfermería, se realizaron procesos individualizados
- Valoración física
- Aplicación de las escalas de Goldberg, Karnofsky, y estado nutricional

Etapas de Diagnóstico:

- El diagnóstico de enfermería se efectuó en conjunto con la persona con cáncer.

Etapas de planificación:

- Los planes de cuidado se elaboraron usando lenguaje estandarizado con la taxonomía Internacional de la NANDA, de acuerdo con el usuario se determinaron necesidades y problemas de enfermería encontrados.

Etapa ejecución e intervención de enfermería:

- Se utilizó los criterios NOC para determinar los resultados esperados y NIC para las intervenciones de tratamiento enfermero.
- Se brinda material didáctico

Etapa de evaluación:

- Mediante retroalimentación se valoró la asimilación de la información brindada.
- Se utilizó la teoría de autocuidado de Dorothea Orem para determinar el nivel de autocuidado de las personas, en cuanto a los requisitos de autocuidado universal: todos los individuos tenían la capacidad de comprender la importancia de cuidarse a sí mismos y prevenir riesgos.
- Se consideró que no tenían déficit de autocuidado porque eran capaces de emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.
- En el requisito de autocuidado del desarrollo: las personas con cáncer se encontraban en su vida adulta, buscaron ayuda en los centros de salud cuando requirieron de asistencia médica, tuvieron un proceso evolutivo que les permitió tener un desarrollo estable, contaban con el apoyo familiar ya que en este momento no se encontraban laborando.
- Las participantes del pilotaje presentaron desviación de la salud, la cual es mencionado por Orem en sus requisitos de autocuidado estas personas mostraban un trastorno en su salud, pasaron por un proceso de diagnóstico, enfermedad, e iniciaron un tratamiento médico. Se determinó en esta primera consulta que se encontraban en un sistema de enfermería parcialmente compensatorio ya que necesitaron ayuda parcial puesto que su condición no les permitía ser totalmente independiente para su autocuidado

Consultas subsecuentes:

En las consultas subsecuentes se continuó con la aplicación del proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas y se realizaron las siguientes actividades.

Etapas de valoración:

- Escucha de inquietudes de la persona con cáncer y los cuidadores.
- Valoración física de efectos adversos. La escala Memorial *Symptom assessment scale* (MSAS) relacionada con síntomas presentados por la persona con cáncer que recibe quimioterapia, se aplicó a partir de la segunda consulta debido a que esta valoraba los efectos adversos producidos por el tratamiento.
- Análisis del plan de cuidados y revisión de la realización del plan de cuidados valoración del alcance de los objetivos.

Etapas diagnósticas:

- Establecer nuevos diagnósticos de enfermería en conjunto con la persona con cáncer y familia.
- Con base a la nomenclatura NANDA y de acuerdo con el usuario se determinaron nuevas necesidades y problemas de enfermería encontrados
- Determinar y evaluar el nivel de conocimientos del paciente.

Etapas de planificación

- Reestructuración del plan del cuidado.

Etapas ejecución e intervención de enfermería:

- Se utilizó los criterios NOC para determinar los resultados esperados y NIC para las intervenciones de tratamiento enfermero.

Etapa de evaluación:

- En esta etapa se realizó la evaluación y modificación de hábitos, en caso de ser necesario, Los resultados son analizados periódicamente para mejorar las recomendaciones y la orientación.

Criterios de alta

Cuando la persona con cáncer, familiares y sus cuidadores se encuentren en condiciones de mantener por sí mismos acciones de autocuidado para conservarse en buenas condiciones, recuperarse de la enfermedad y entrar en un proceso de rehabilitación, afrontando las consecuencias o pronóstico de la enfermedad.

Para el alta se toma valoró que la persona con cáncer se encontraba en el sistema de apoyo educativo y no tenía ningún factor de riesgo social que tuviera implicaciones sobre su salud.

CONCLUSIÓN

La implementación de la Consulta De Enfermería Oncológica Especializada en La Unidad De Quimioterapia Del Hospital Calderón Guardia, podrá ofrecer una asistencia integral a cuidadores y personas con cáncer, brindándoles seguridad en la educación en relación al tratamiento que van a recibir, disminuyendo el temor que perciben los usuarios y sus familiares ante el diagnóstico de cáncer.

La consulta será importante para ayudar al individuo a comprender el nuevo reajuste que tendrá que realizar en su vida de forma transitoria o definitiva, en diversos ámbitos: personal, psicológico, físico y socioeconómico, durante su tratamiento. Se le brindaran los conocimientos referentes a la alimentación, ejercicios, abordajes de efectos adversos y el cumplimiento de los tratamientos.

La persona con cáncer ha de ser responsable de su autocuidado con las herramientas que se le brindaran en la consulta de enfermería, ha de conocer los principales signos y síntomas que indiquen peligro y que tendrá que consultar en algún centro de salud de forma oportuna.

También son necesarios los conocimientos para prevenir o disminuir algunas complicaciones relacionados con el tratamiento, tales como náuseas, vómitos

diarreas y otros que si no se atienden de forma oportuna pueden ser causa de internamientos. Es trascendental que tanto los cuidadores como la persona con cáncer tengan buena adherencia al tratamiento que van a recibir, con el objetivo de evitar la resistencia al medicamento o la progresión de la enfermedad.