

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

ENFERMERÍA DEL ADULTO

TEMA:

**RESUMEN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
AL PACIENTE ONCOLOGICO.**

ALUMNAS:

KENIA GUADALUPE MONTEJO MENDEZ.

YIRIANI MADAI RUIZ ESTRADA

JESSICA MONTEJO PEREZ

DOCENTE:

LIC. ENF. JESSICA DEL CARMEN JIMENEZ MENDEZ.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Cáncer: Es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier órgano del cuerpo.

Control del cáncer se refiere al conjunto de estrategias destinadas a reducir la carga que produce la enfermedad en una sociedad. El control del cáncer involucra acciones aplicables a diferentes niveles y escalas; ellas van desde la promoción y prevención a través del control de factores de riesgo y el estímulo para una vida saludable hasta los cuidados paliativos en personas que enfrentan una enfermedad avanzada.

La enfermería especializada en cuidados de pacientes oncológicos es la herramienta de intervención de enfermería frente a pacientes con un tipo de crecimiento tisular maligno producido por la proliferación contigua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos.

Las terapias van dirigidas a controlar el tumor (antitumorales) o los síntomas producidos por el tumor o por los tratamientos (atención paliativa).

La radioterapia es el uso médico de radiaciones ionizantes para destruir células malignas. Se aplica sobre un área afectada por el cáncer, ya sea que este sea visible en el momento del tratamiento o haya sido extirpado con cirugía o reducido con tratamiento sistémico.

Quimioterapia: Se denomina así al tratamiento constituido por uno o más agentes citotóxicos con efecto antineoplásico. Como consecuencia de su mecanismo de acción, los agentes quimioterápicos producen una serie de efectos tóxicos, los que pueden presentarse de manera inmediata o precoz (los más comunes) o en forma tardía.

Datos Objetivos:

- Máscara facial (Ojos apagados, expresión abatida, movimientos fijos o escasos, etc.). Fatiga.
- Agitación.
- Respuestas mediadas por el sistema nervioso simpático (Temperatura, cambios en la posición corporal).
- Disminución de la presión arterial
- Disminución de la presión y del volumen del pulso.
- disminución del turgor de la piel y lengua.

- Disminución de la diuresis.
- Disminución del llenado venoso.
- Sequedad de las membranas mucosas.
- Sequedad de la piel.
- Alteración del hematocrito.
- Aumento de la temperatura corporal.
- Aumento de la frecuencia del pulso.
- Aumento de la concentración de la orina.
- Peso corporal inferior en un 20% a su peso ideal.
- Palidez de las membranas mucosas.
- Bajo tono muscular.
- Halitosis.
- Flatulencias.
- Vómitos.
- Masa abdominal palpable.
- Aumento del perímetro abdominal.
- Hemorragia.
- Fragilidad capilar.
- Tiempo de tromboplastina parcial anormal.
- Tiempo de protrombina anormal.
- Procedimiento invasivo.
- Factor mecánico (Presión).

Datos subjetivos:

- Dolor abdominal.
- Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas.
- Conducta defensiva.
- Irritabilidad.
- Observación de conductas de protección.
- Reducción de la interacción con los demás.
- Centrar la atención en sí mismo.
- Respuestas mediadas por el sistema nervioso simpático (Frío, hipersensibilidad).
- Informes verbales de dolor.

- Informes de preocupación por sobrecargar al cuidador.
- Informes de tristeza profunda. Informes de temor al dolor y sufrimiento relacionado con la agonía

Intervenciones de enfermería

1. Realice una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Observe claves no verbales
2. Administración de analgésicos: Compruebe las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
3. Compruebe el historial de alergias a medicamentos.
4. Controle los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos.
5. Administre el analgésico prescrito (opioides, no opioides o antiinflamatorios no esteroides).
6. Administre los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. Administre adyuvantes para potenciar la analgesia.
7. Sedación consciente: Controle los signos vitales basales y saturación de oxígeno. Compruebe si existen alergias a fármacos. Determine la última ingesta de alimentos y de líquido.
8. Potenciación de la seguridad: Permanezca con el paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad y dolor. Fomente que el familiar se quede con el paciente para darle seguridad.
9. Disminución de la ansiedad: identifique los cambios en el nivel de la ansiedad. Utilice un enfoque sereno que dé seguridad. Anime la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
10. Manejo de líquidos / electrolitos: Administre líquidos, según indicación médica. Administre soluciones isotónicas para la rehidratación extracelular, según indicación médica. Combine soluciones cristaloides y coloides para reemplazar el volumen intravascular, según prescripción médica. Administre reposición de líquidos por vía endovenosa por pérdidas gastrointestinales, si está prescrito. Valore los exámenes de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquido.

11. Monitorización de líquidos: Vigile el peso. Vigile ingresos y egresos. Observe las venas del cuello si están distendidas, si hay crepitación pulmonar, edema periférico y ganancia de peso.
12. Monitorización nutricional: Vigile las tendencias de pérdida y ganancia de peso. Valore la piel y mucosas (humedad, turgencia). Observe si se producen náuseas y vómitos. Vigile los niveles de albúmina, proteína total, hemoglobina y hematocrito. Compruebe los niveles de linfocitos y electrolitos. Vigile los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad
13. Manejo de la nutrición: Determine las preferencias de comidas al paciente. Brinde a la nutricionista la dieta indicada para satisfacer las exigencias de alimentación evaluadas por el médico.
14. Manejo de las náuseas: Valore las náuseas (Frecuencia, duración, intensidad y los factores desencadenantes) Identifique factores (por ejemplo medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir a las náuseas. Administre antieméticos según indicación médica. Administre alimentos fríos, líquidos transparentes, sin olor y sin color, según sea conveniente. Proporcione información acerca de las náuseas y sus causas. Suspenda la ingesta de alimentos por 24hrs según indicación médica, si persiste las náuseas
15. Manejo de la hipoglucemia: Identifique al paciente con riesgo de hipoglucemia. Valore los niveles de glucosa. Controlé los niveles de glicemia capilar, según indicación médica. Monitorice si hay signos y síntomas de hipoglucemia (palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hambre, parestesia, temblores, confusión, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño o ataques convulsivos, etc.).
16. Control de infecciones: Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. Conserve las precauciones universales. Lleve bata durante la manipulación de material infeccioso. Conserve un ambiente aséptico y óptimo durante la inserción de líneas centrales a pie de cama, inserción de sonda nasogástrica, etc.
17. Manejo de la anafilaxia: Coloque al paciente en posición de Fowler o de Fowler alta. Administre epinefrina acuosa subcutánea al 1:1.000 (0,3 - 0,5 ml), según indicación médica. Establezca y mantenga la vía aérea despejada. - Administre oxigenoterapia, según indicación médica. Inicie una infusión intravenosa de solución salina normal, de ringer lactato o de un expansor de volumen plasmático, según indicación médica.

18. Prevención de las úlceras por presión: Utilice la Escala de Norton para valorar los factores de riesgo del paciente.
19. Protección contra las infecciones: Valore los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Valore el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. Inspeccione la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
20. Manejo del estreñimiento: Vigile la aparición de signos y síntomas de estreñimiento / impactación. Identifique los factores (Medicamentos, dieta, etc.) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. Compruebe los movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede
21. Apoyo emocional: Ayude al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. Comente las consecuencias de profundizar en el sentimiento de vergüenza. Proporcione apoyo durante la negación, ira, negociación, y aceptación de las fases del sentimiento de pena.

Bibliografía: Antología proporcionada en plataforma enfermería del adulto