

INTRODUCCIÓN

El Hospital Santa Rosa Nivel III en el marco de los lineamientos de políticas Sectoriales y el cumplimiento de Prevención, rehabilitación y recuperación de la Salud de los usuarios, facilita los instrumentos técnicos y normativos para el cumplimiento de nuestros objetivos institucionales.

Las presentes Guías de atención de salud tienen por objetivo brindar las pautas y los conocimientos necesarios para otorgar un mejor nivel de atención a los usuarios del servicio de Oncología favoreciendo su pronta recuperación con las mínimas complicaciones y riesgos.

Así mismo la elaboración de estas guías toma como marco referencial el Proceso de Atención de Enfermería y los Diagnósticos de la NANDA, para basar los cuidados de Enfermería en una atención integral con calidad, calidez, eficacia y eficiencia.

INDICE

INTRODUCCION

	Pág.
I. GUÍA DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON QUIMIOTERAPIA.....	04
II. GUÍA DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.....	22
III. GUÍA DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE ÚTERO.....	26
IV. GUÍA DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESTOMAGO.....	32
V. GUÍA DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON LINFOMA NO HODKIN.....	35
VI. GUÍA DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLÓN.....	39
VII. GUÍA DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO.....	43
VIII. GUÍA DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA.....	49
IX. GUÍA DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO.....	52
X. GUÍA DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL LEVE.....	55
XI. GUÍA DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON CANCER DE PIEL.....	57
XII. GUÍA DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES.....	62



HOSPITAL SANTA ROSA
MANUAL DE GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ONCOLOGIA

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
LIC.ENF. MARIA ELENA VILLARREAL HOLGUIN

ENFERMERA JEFA DEL DPTO.ONCOLOGIA
LIC.ENF MARIA ISABEL RIOS FERNANDEZ

2010

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES ONCOLOGICOS SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLASICA

Definición: Es la atención que se brinda a los pacientes oncológicos que requieren tratamiento con agentes antineoplásicos en el área ambulatoria y de hospitalización.

Objetivo General: Brindar una atención de calidad con calidez al paciente oncológico que recibe quimioterapia antineoplásica en forma ambulatoria.

Objetivos específicos: Evitar las extravasaciones por drogas citostaticas.

Educar al paciente que recibe tratamiento con quimioterapicos sobre el autocuidado frente a los efectos secundarios inmediatos y mediatos del tratamiento.

Recursos humanos: Enfermera y técnico de enfermería

Recursos materiales: Guía de atención

Registros de enfermería

Tensiometro, estetoscopio

Reloj

Termómetro

Balanza

Guantes

Coche de paro

Indicaciones: Pacientes con cáncer de colón

Complicaciones: Neutropenia, mucocistis, plaquetopenia

Persona responsable: Enfermera del servicio de oncología

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO
<p>ANTES DE TRATAMIENTO</p> <p>Ansiedad y temor r/c al tratamiento de quimioterapia.</p>	<p>Paciente disminuye su ansiedad manteniendo aceptación y colaboración en su tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eduque al paciente y familiares sobre el tratamiento y efectos secundarios. - Oriente al paciente y familiares sobre las normas establecidas para su atención. - Eduque al paciente y familia acerca de la importancia de la continuidad del tratamiento. - Favorezca la interrelación con el resto de pacientes y miembros del equipo de salud -Brinde comodidad y confort al paciente. 	<p>Paciente disminuye ansiedad.</p>
<p>DURANTE EL TRATAMIENTO</p> <p>Riesgo de alteración de la integridad cutánea, relacionado con la extravasación de agentes quimioterápicos</p>	<p>Paciente no presentara lesiones manteniendo piel intacta sin signos de flogosis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Canalice venas de gran calibre de trayecto rectilíneo y flexible, no usar las venas cercanas a las articulaciones. - No utilice los miembros edematizados con circulación venosa comprometida. - Invite al paciente que miccione antes de administrar agentes vesicantes. - Verifique la permeabilidad de la vena con suero fisiológico. - Verifique el retorno venoso. - Verifique que la zona de 	<p>Se evita la extravasación de agentes quimioterápicos paciente mantiene integridad cutánea.</p>

<p>Riesgo disminución del gasto cardíaco (disfunción renal) r/c con administración de agentes nefrotóxicos.</p>	<p>Paciente no presentara disminución del gasto cardíaco evidenciado diuresis > de 50 cc / hora y niveles de creatinina < 1.2</p>	<p>venipunción este libre de rash, pápulas y edemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eduque al paciente para que informe de inmediato ante la sensación de ardor o dolor en la zona de venipunción. - Solicite la colaboración del paciente para que permanezca en reposo durante la administración de drogas vesicantes. - Interrogue al paciente sobre la presencia de dolor en la zona de venipunción. - Observe periódicamente la zona de venipunción durante la administración. - Vigile signos de alarma en la administración de los siguientes fármacos: Carbo platino. Metotrexate, en altas dosis verifique que el paciente tenga su perfil de función renal (urea, creatinina, depuración de creatinina) dentro de límites normales. - Observe que el paciente no presente edemas. - Verifique que el paciente se encuentre en buen estado de hidratación. 	<p>Paciente mantiene gasto cardíaco adecuado manteniendo diuresis adecuada</p>
---	---	--	--

<p>Riesgo de alteración del gasto cardiaco (taquicardia) relacionada a la administración de agentes cardiotoxicos</p>	<p>Paciente mantendrá gasto cardiaco adecuado manteniendo FC < = 100 LPM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconozca cuales son los agentes nefrotoxicos :(Cisplatino, Ifosfamida Ciclofosfamida) - Estimule la ingesta de líquidos - Cuantifique la diuresis que debe ser el 50% de los ingresos totales al finalizar el tratamiento; en caso contrario comunicar al médico de turno para evaluación del paciente. - Interrogue al paciente acerca de afecciones cardiacas - Controle funciones vitales durante y después de la administración de estos agentes. - Eduque al paciente para que identifique signos y síntomas de cardiotoxicidad. (taquicardia cansancio y/o agotamiento taquipnea dolor precordial) - Identifique los agentes cardiotoxicos (Doxorubicina, Daunomicina, Mitoxantrona ,Ciclofosfamida 5-Flúor acilo) - Administre los protectores cardiacos 30 minutos antes de las drogas cardiotoxicas en aquellos pacientes que las tienen indicados. 	<p>Paciente no presenta alteración del gasto cardiaco.</p>
---	---	---	--

<p>Riesgo de lesión (anafilaxia) r/c a los agentes quimioterapicos.</p>	<p>Paciente no presentara signos de anafilaxia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconozca las drogas que pueden producir hipersensibilidad(Bleomicina, doxetaxel, etoposido, paclitaxel, rituximab) - Verifique los agentes quimioterapicos con alto riesgo de hipersensibilidad que estén prescritas en vía, volúmenes y dosis adecuadas. - Tenga un coche de paro dentro del ambiente de administración. - Controle las funciones vitales antes, durante y después del tratamiento. - Administre las drogas según prescripción medica - Las drogas que administre por vía intravenosa deben ser infundidas en forma lenta. - Observe e interrogue al paciente sobre posibles signos y síntomas de anafilaxia : (taquicardia, hipotensión, alteración de la conciencia, bronco espasmo, parestesias, movimiento tónico clónico) - El paciente debe permanecer en el ambiente de administración por un tiempo mínimo de una hora, una vez terminado el 	<p>Paciente no presento signos de anafilaxia</p>
---	--	--	--

<p>DESPUES DEL TRATAMIENTO</p> <p>Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con la disminución de apetito, alteración del sentido del gusto, nauseas y vómito inducidos Por la quimioterapia.</p>	<p>Paciente mantendrá equilibrio nutricional adecuado</p>	<p>tratamiento bajo observación de la enfermera.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En caso de presentar anafilaxia comunicar al médico, brindar asistencia según protocolo, registrar en la historia clínica el suceso en forma detallada. - Identifique los factores que impiden o dificultan un aporte de nutrientes en cantidad y calidad para cubrir los requerimientos personales. - Aconseje comidas hipocalóricas e hiperprotéicas, con textura suave y a temperatura ambiente, repartidas en pequeñas pero frecuentes tomas, junto con abundantes líquidos. - Restrinja todo lo posible el tabaco, café y bebidas alcohólicas. - Aconseje enjuagues bucales o cepillados de dientes antes y después de las comidas o tomar un caramelo no ácido relacionadas con “el mal sabor de boca”. - Recomiende en la comida una atmósfera agradable y tranquila, evitando las prisas, 	<p>La paciente mantiene un peso estable y mejora el valor nutritivo y calórico del alimento ingerido</p>
--	---	---	--

<p>Riesgo de náuseas y vómito relacionado con tratamiento quimioterápicos</p>	<p>Paciente controlara nauseas y vómitos</p>	<p>lores o visiones desagradables, evitar estímulos nocivos como dolor o cansancio, presentar los platos en forma atractiva, con poca cantidad de comida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valore el estado nutricional de la paciente mediante el peso semanal. - Administre la medicación prescrita para favorecer el control de síntomas que dificultan la ingestión de alimentos. - Educar al paciente y familiares sobre la importancia de recibir el tratamiento de antiemesis oral respetando dosis y horario. -Orientar al paciente sobre la dieta post-tratamiento.(será blanda, hipo grasa, fraccionada y con ingesta de abundantes líquidos, de 2 a3 litros diario. - Eduque al paciente para que acuda al servicio de emergencia, cuando a pesar del tratamiento oral presenta nauseas y vómitos. <p>- Valore de forma exhaustiva la presencia de náuseas y vómitos, frecuencia, duración, intensidad, factores desencadenantes,</p>	<p>La paciente controla la náusea y evita el vómito</p>
---	--	--	---

<p>Riesgo de deterioro de la Mucosa oral relacionada con quimioterapia.</p>	<p>Paciente mantendrá mucosa oral integra</p>	<p>Medidas que ayudan a controlarlos, consecuencias sobre la calidad de vida y evaluación de episodios anteriores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controle los factores ambientales y personales que favorezcan la aparición de náuseas. - Enseñe técnicas no farmacológicas (relajación, terapia musical, distracción). - No ofrecer alimentos en episodios agudos de vómito. - Fomente la higiene bucal. - Administre antieméticos indicados. <ul style="list-style-type: none"> - Valore completamente la mucosa e identifique factores de riesgo. - Vigile la presencia de signos síntomas de lesiones bucales e instruir a la paciente y familiar en su detección precoz. - Informe e instruya 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 	<p>La mucosa oral se mantiene limpia y sana sin lesiones</p>
---	---	--	--

		<p>agua bicarbonatada)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recomiende 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. - Informe la importancia de evitar alimentos ácidos, muy calientes y picantes. - Recomiende al mínimo tabaco, café y bebidas alcohólicas - En caso de lesión, facilitar gel de lidocaína o analgésicos sistémicos, si están indicados. - Valore alteración en los patrones de alimentación, sueño y descanso. - Eduque al paciente sobre la prevención de mucositis especialmente en aquellos que reciben drogas como : Arabinosido de citosina, Metotrexato Gemcitabina 5-Flúor acilo - Eduque al paciente y familiares sobre los signos y síntomas de mucositis - Enrojecimiento de cavidad oral - Presencia de lesiones en cavidad oral - Imposibilidad de ingerir alimentos - Sangrado de encías 	
--	--	---	--

<p>Riesgo de diarreas relacionada a efectos secundarios de los agentes quimioterapicos en la mucosa gastrointestinal.</p>	<p>Paciente mantendrá eliminación intestinal normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ardor en hipogastrio - Perdida de moco y/o sangrado en las deposiciones. - En la prevención de mucositis la enfermera considerara: - Ingesta de abundantes líquidos. - Enjuagatorios con agua bicarbonatada cada 4 horas y después de los alimentos. - Uso de cepillos dentales de cerda suave. - Educar al paciente sobre la importancia de la terapia oral con antiácidos. - Evitar la ingesta de alimentos condimentados, ácidos e irritantes. <ul style="list-style-type: none"> - Valore los factores de riesgo, peso, tipo de dieta y patrón de eliminación intestinal, entre otros. - Examine el estado de hidratación de la piel y mucosas de la paciente, presencia de ruidos intestinales, dolor cólico, frecuencia, consistencia y olor de las heces. - Enseñe a la paciente y familia a identificar los signos y los síntomas que deben comunicar y que aparecen en una posible deshidratación y acudir al hospital si la diarrea persiste más de tres días a pesar de la dieta. 	<p>Paciente logra un patrón normal de eliminación intestinal</p>
---	---	---	--

<p>Riesgo de estreñimiento relacionado con los efectos de la quimioterapia sobre el tubo digestivo</p>	<p>Paciente mantendrá evacuación con facilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que evite alimentos muy fríos o muy calientes por que afectan el peristaltismo - Fomente estrictas medidas higiénicas y cuidados de la piel perianal. - Controle peso y valore el estado nutricional en cada visita. - Alerta al paciente sobre la posibilidad de presentar diarreas cuando recibe 5-Flúor acilo Metotrexato Arabinosido de citosina - Eduque a los pacientes que usan estas drogas que deben aumentar la ingesta de líquidos. - Que evitan el consumo de frutas y verduras crudas. - Que ingieran dieta blanda y suave. - Que acuda al hospital cuando las diarreas son más de cinco al día. <ul style="list-style-type: none"> - Alerta al paciente sobre la posibilidad de presentar estreñimiento cuando se le administra: Vincristina, Vinorelbine - Valore patrón habitual de eliminación intestinal. - Fomente un aumento en la 	<p>La paciente evacua con facilidad heces blandas y formadas</p>
--	--	---	--

<p>Riesgo de infección, relacionado con la depresión del Sistema inmunitario.</p>	<p>Paciente no presentara signos de infección manteniendo temperatura de 37°C</p>	<p>ingesta de líquidos y una dieta rica en fibra, incluyendo yogures, aceite de oliva.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recomiende ejercicios o paseos a tolerancia. - Instruya sobre la técnica de masaje abdominal y uso de calor sobre el abdomen para aliviar las molestias originadas por la distensión abdominal - Eduque a los pacientes a quienes se administra estas drogas para que incrementen la ingesta de líquidos, verduras y frutas. - Informe que deberán acudir al hospital cuando no realiza evacuación intestinal por más de tres días. <ul style="list-style-type: none"> - Alertar al paciente y familia a cerca de la leucopenia durante la segunda semana de tratamiento. - Educar sobre medidas que debe tener en cuenta el paciente para prevenir cualquier tipo de infección como son: - Lavado de manos estricto. - Ingesta de alimentos cocido inclusive frutas y verduras. - Ingesta de líquidos claros y pasteurizados. 	<p>Paciente presenta signos de infección</p>
---	---	--	--

<p>Riesgo de lesión (hemorragias) r/c a efecto de agentes quimioterapicos</p>	<p>Paciente no presentara signos ni síntomas de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar permanecer en lugares públicos cerrados. - Evitar estar en contacto con personas enfermas. - Acudir al médico ante la presencia de : (Diarreas, dificultad para miccionar, fiebre) - Valore piel y mucosas en busca de signos y síntomas de infección. -- Preste atención especial a los pliegues cutáneos y cavidades corporales. - Valore sistemas respiratorio y urogenital en busca de signos de infección. - Explique a la paciente y familia cómo detectar signos tempranos de infección. - Enseñe a la paciente medidas de prevención de infecciones respecto a la higiene corporal y bucal meticulosa, incluido el cuidado perianal; evitar aglomeraciones y contacto con personas infectadas; ingesta adecuada de líquidos, suficiente reposo y ejercicio. <p>-Alerte al paciente sobre la posibilidad de plaquetopenia durante la segunda semana de tratamiento.</p>	<p>Paciente no presento signos de sangrado.</p>
---	---	---	---

evidenciado por plaquetopenia	sangrado a nivel gastrointestinal, Genitourinario Manteniendo niveles de plaquetas > 150 000	<ul style="list-style-type: none"> - Eduque al paciente y familia a cerca de cómo disminuir los riesgos de hemorragia durante el periodo de plaquetopenia : Usar cepillo dental de cerdas suaves (Evitar el uso de hilo dental Evitar el uso de objetos punzo cortantes Evitar el estreñimiento Realizar una buena compresión en caso de cortaduras.) -Evitar inyecciones intramusculares. - Evitar práctica de deportes. - Favorecer el descanso. -Que comunique al odontólogo que el paciente está recibiendo quimioterapia. - Eduque al paciente y familia sobre la importancia de acudir al hospital en caso de presentar sangrado de cualquier índole. 	
Riesgo de lesión (reacción cutánea), relacionado con efecto secundario de agentes citotoxicos	Paciente no presentara reacciones cutáneas evidenciándose piel intacta.	<ul style="list-style-type: none"> - Alerta a los pacientes acerca de la posibilidad de presentar lesiones cutáneas cuando reciben drogas como: 5- Flúor acilo, Metotrexato, Actinomicina Bleomicina - Informe de las lesiones cutáneas que pueden presentarse como son: Hiperpigmentacion, prurito, 	Paciente no presenta reacciones cutáneas.

<p>Riesgo de intolerancia a la actividad física relacionado con la fatiga, astenia, anemia y depresión inducidas por la quimioterapia</p>	<p>Paciente mantendrá integridad cutánea</p>	<p>Rash, Queratosis, Erupciones cutáneas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educar al paciente para que evite la exposición prolongada al sol. - Uso de prendas protectoras del cuero cabelludo. - Evitar el uso de prendas sintéticas. - Informe al paciente sobre la presencia de amenorrea y/o azospermia especialmente en aquellos que reciben las siguientes drogas: (Ciclofosfamida Platino Adriamicina Ifosfamida) - Eduque al paciente y su pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos de barrera para evitar la gestación durante el tratamiento con agentes quimioterapicos por su efecto teratogenico y mutagénico. - Revise los antecedentes alérgicos de la paciente. - Observe a la paciente todo el tiempo de administración de los fármacos - Informe a la paciente y familia acerca de los efectos que puede tener el tratamiento sobre la piel, haciendo hincapié en cuáles son reversibles y 	<p>Se conserva la integridad de la piel</p>
---	--	--	---

		<p>cuáles irreversibles.</p> <ul style="list-style-type: none">- Instruir a la paciente en la detección precoz de signos y síntomas de pérdida de la integridad de la piel. <p>En alopecia:</p> <ul style="list-style-type: none">- Planee junto con la paciente desde el inicio del tratamiento el uso de peluca, pañuelo, sombrero o turbante.- Recomiende el lavado del cabello con agua fría. (La hipotermia del cuero cabelludo retrasa la caída del cabello).- Recomiende el uso de champús neutros, cepillos de cerdas suaves y cepillado no agresivo.- Evite el uso de tintes y permanentes, gomas, lacas y secador. <p>En dermatitis:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mantener la piel limpia y seca.- Recomiende el uso de lociones hidratantes y productos tópicos que alivien la comezón, evitando lesiones por rascado.- Recomendar no exponerse al sol en horas centrales del día.- Informar a la paciente que los cambios de color de la piel desaparecen una vez terminado	
--	--	--	--

<p>Riesgo de intolerancia a la actividad física relacionado con la fatiga, astenia, anemia y depresión inducidas por la quimioterapia</p>	<p>Paciente tolerara actividad física</p>	<p>el tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examine el estado general de la paciente para identificar su patrón de actividad física. - Proporcione apoyo a la paciente para desarrollar un programa de actividad física consecuente con el nivel de fuerza músculo-esquelética, salud funcional, recursos, preferencias personales y red de apoyo familiar. - No indicar actividad física en caso de fiebre. - Anime a la paciente a reconocer sus sentimientos de ira, ansiedad o tristeza. - Colabore en el entrenamiento del uso de energía; establecer periodos de actividad, reposo, sueño, técnicas de relajación. 	<p>La paciente tolera periodos alternados de actividad-reposo</p>
<p>Riesgo de trastorno de la imagen corporal relacionado con los efectos secundarios a la Quimioterapia. (alopecia, hiperpigmentación)</p>	<p>Paciente no presentara trastorno de autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informe a la paciente y familia sobre los posibles efectos secundarios de su tratamiento que pueden afectar su imagen corporal. - Comente con la paciente los cambios causados por el tratamiento y dimensionar sus expectativas. - Identifique los mecanismos de 	<p>La paciente verbaliza agrado por su imagen corporal</p>

<p>de la piel, instalación de puertos vasculares</p>		<p>adaptación utilizados por la paciente y su familia a los cambios de aspecto físico y reforzarlos si son positivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilite el contacto con otras personas que hayan sufrido cambios similares en su imagen corporal. - Fomente el cuidado personal cotidiano y ayudar a la paciente a utilizar recursos o dispositivos que minimicen los cambios y favorezcan su aspecto (higiene, peinado, maquillaje, peluca, uso de prótesis 	
<p>Riesgo de deterioro de la interacción social relacionado con los efectos secundarios de la quimioterapia.</p>	<p>Paciente mantendrá interacción social adecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discuta con la paciente los cambios causados por el tratamiento y dimensionar sus efectos en el estado de ánimo. - Fomente la dinámica en relaciones ya establecidas. - Anime a la paciente a desarrollar nuevas relaciones. - Fomente relaciones con personas de intereses y objetivos comunes. - Remita a la paciente y pareja a un programa de autoestima. - Utilice juegos de rol para practicar habilidades y técnicas de comunicación. 	<p>La paciente muestra interés y apertura para establecer interacción social.</p>

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

Definición: La presente guía está dirigida para la atención en paciente mujeres mayores de 40 años y pocos casos en pacientes menores con Tumor maligno de mama

Objetivo: Proporcionar cuidados de enfermería integrales para una rápida recuperación, con el mínimo de complicaciones.

Recursos humanos: Profesional de Enfermería y personal técnico

Recursos materiales: Guía de atención

Registros de enfermería

Tensiometro, estetoscopio

Reloj

Termómetro

Balanza

Guantes

Coche de curación equipado

Indicaciones: En pacientes con Cáncer de mama

Complicaciones: Serosa, hematomas, Infecciones, necrosis de colgajos cutáneos, hombro congelado, linfedema

Persona responsable: Enfermera del servicio de Oncología

Diagnostico de enfermería	Objetivos	Intervenciones de enfermería	Resultado esperado
<p>PRE OPERATORIO</p> <p>Ansiedad r/c intervención quirúrgica</p>	<p>La paciente será capaz de afrontar sus miedos y preocupaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoye emocionalmente a la paciente y pareja - Valore la experiencia quirúrgica previa de la paciente. - Valore conocimientos de la paciente sobre la cirugía y rutina pre operatoria - Proporcione información sobre su enfermedad y tratamiento 	<p>Paciente explicara la intervención quirúrgica y la rutina pre operatoria</p>
<p>POST OPERATORIO</p> <p>Riesgo de infección r/c alteracion de las defensas primarias (ruptura de piel, presencia de sistema de drenajes)</p>	<p>Paciente no presentara signos de infección manteniendo temperatura < 37 °c</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle funciones vitales con énfasis en la temperatura - Valore el estado post-operatorio inmediato de la paciente: nivel de conciencia, agitación, constantes vitales, aspecto de los apósitos, permeabilidad de los drenajes, control de la cantidad y aspecto del líquido drenado - Valore la permeabilidad del sistema de drenaje, color, cantidad y tipo de secreciones y el funcionamiento del hemosuc o hemovac. - Compruebe el aspecto de la herida, prestando especial atención a la aparición de hematomas y serosas 	<p>La paciente no presenta infección y conoce el manejo del sistema de drenaje</p>

<p>Dolor agudo r/c a intervención quirúrgica</p>	<p>Paciente no presentara dolor intenso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observe signos de infección como son fiebre, enrojecimiento en la zona quirúrgica o secreción purulenta - Eduque a la paciente sobre cuidados del sistema de drenaje, limpieza de zona de inserción de catéter de succión, vaciamiento del dispositivo y registro de la cantidad, color y tipo de drenaje. - Eduque a reconocer signos de infección.(para pacientes que tienen sistema de drenaje) - Que la paciente demuestre los cuidados domiciliarios del sistema de drenaje(pacientes que salen de alta con sistema de drenaje) <ul style="list-style-type: none"> - Valore el nivel de dolor mediante escala numérica. - Administre analgésicos prescritos - Coloque el brazo del lado invertido en posición elevada para facilitar el drenaje de las vías linfáticas y venosas. - Velar para que el ambiente que rodea a la paciente sea 	<p>Paciente manejar dolor en forma adecuada</p>
--	---	---	---

<p>Deterioro de la movilidad r/c intervención quirúrgica manifestado por dolor, fatiga a la hora de mover hombro y brazo del lado quirúrgico.</p>	<p>Paciente conservara movilidad del brazo y hombro</p>	<p>limpio tranquilo y seguro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promueva la adopción de posiciones antalgicas. - Motive a la paciente en el post operatorio inmediato a realizar sus actividades habituales (lavarse, peinarse, etc.) - Empiece la movilización activa del paciente levantándola de la cama, dando pequeños paseos por la habitación, etc. - Valore los conocimientos de la paciente para rectificarlos o ampliarlos en la entrevista de enfermería - Oriente a al paciente a realizar terapia física para pacientes post mastectomizadas 	<p>Paciente conserva completa movilidad de brazo y el hombro del lado quirúrgico</p>
<p>Riesgo de baja autoestima situacional r/c a alteración de la imagen corporal</p>	<p>La paciente aceptara con normalidad la nueva apariencia de la mama</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Motive a la paciente para la incorporación a grupos - Maneje la frustración y el miedo - Escuche con atención las preocupaciones de la paciente y de su pareja para brindar apoyo emocional - Coordine para inicio de terapia psicológica 	<p>Paciente emocionalmente recuperada ante la pérdida de mama.</p>

--	--	--	--

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CANCER DE CUELLO DE UTERINO

Definición: La presente guía se ha elaborado para la atención de pacientes con tumor maligno de cuello uterino que ingresan al servicio para intervención quirúrgica

Objetivo: Fortalecer el quehacer de enfermería, para brindar una atención eficiente, eficaz, con equidad y calidez a nivel hospitalario.

Recursos humanos: Profesional de Enfermería

Recursos materiales: Guía de atención

Registros de enfermería

Tensiometro, estetoscopio

Reloj

Termómetro

Balanza

Guantes

Coche de curaciones equipado

Indicaciones: Pacientes con tumor maligno de útero

Complicaciones: Hemorragia Vaginal

Fístula recto vaginal

Persona responsable: Enfermera del servicio de Oncología

Diagnostico de enfermería	Objetivos	Intervenciones de enfermería	Resultado esperado
<p>Ansiedad r/c ingreso e intervención quirúrgica, evidenciado por preocupación nerviosismo y desconocimiento</p>	<p>Paciente manifestará estar más tranquila, ante la intervención y haber comprendido la información recibida, acudirá a quirófano oportunamente y debidamente preparado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informe al paciente las técnicas y procedimientos que se realizara antes y después de la intervención. - Informe en que consiste la intervención quirúrgica - Facilite la presencia de familiares antes y después de la intervención quirúrgica 	<p>Paciente disminuye su ansiedad.se la observa tranquila.</p>
<p>Dolor agudo r/c intervención quirúrgica evidenciado por facies y taquicardia</p>	<p>Paciente mantendrá niveles de dolor de un rango de 2 ptos. Y FC > de 100 LPM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle funciones vitales. - Evalué características y tipo de dolor. - Aplique analgesia según indicación médica. - Realice e instruya posturas antálgicas. - Valore la respuesta a las medidas analgésicas 	<p>Paciente no manifiesta dolor.</p>

<p>Riesgo de alteración del patrón respiratorio r/c a efectos de la anestesia.</p>	<p>Paciente mantendrá patrón respiratorio adecuado manteniendo Sato2 > 98%, FR = 18 RPM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle funciones vitales - Evalúe presencia de cianosis distal. - Coloque al paciente en decúbito lateral - Vigile aparición de secreciones. - Vigile coloración de piel y mucosas. - Estimule a la realización de ejercicios respiratorios y tos productiva. - Controle saturación de oxígeno y registre valores. 	<p>Paciente mantiene patrón respiratorio adecuado.</p>
<p>Riesgo de traumatismo r/c Disminución del nivel de conciencia por efecto de anestesia evidenciado por confusión.</p>	<p>Paciente no sufrirá traumatismo durante su hospitalización</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle funciones vitales - Valore el nivel de Conciencia. - Aplique medidas de seguridad según lo normado por el servicio (Colocación de barandas, vigilancia continua) 	<p>Paciente no presenta traumatismo durante su estancia hospitalaria.</p>

<p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/ c</p>	<p>Paciente no presentara signos y síntomas de desequilibrio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle funciones vitales - Vigile signos y síntomas como hipotensión, taquicardia, sudoración y palidez. 	
<p>procedimiento invasivo (intervención quirúrgica) evidenciado por taquicardia, palidez</p>	<p>de volúmenes de líquidos (Hemorragia) manteniendo FR>100 LPM, PA 100/60 mmhg, piel rosada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maneje líquidos y electrolitos. - Evalúe resultados de hemoglobina post operatorio. - Comunique al médico de guardia ante signos de sangrado. 	<p>Paciente no presenta signo de desequilibrio de volúmenes. (sangrado)</p>
<p>Riesgo de retención urinaria r/c a intervención quirúrgica evidenciado por globo vesical, dificultad para la micción</p>	<p>Paciente no presentara signos y síntomas de retención urinaria evidenciado por flujo urinario > de 30ml x hora</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle y registre constantes vitales. - Vigile características de orina (color y aspecto) - Avise a medico y registrar. - Cuidados de catéter urinario si tuviese paciente. - Maneje líquidos. - Sondaje vesical. - Controle diuresis. - Controle y registre 1° micción (Antes de las seis horas después de retirar la sonda vesical). 	<p>Paciente no presenta retención urinaria.</p>

<p>Riesgo de estreñimiento r/c a uso de analgésicos por Intervención quirúrgica realizada.</p>	<p>Paciente mantendrá eliminación intestinal Adecuado manteniendo frecuencia de 1 vez por día</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigile :signos y síntomas de retención urinaria: globo vesical, dolor, etc. - Aplique medidas no invasivas para fomentar la micción - Aplique guía de procedimiento de colocación de Sonda Vesical. - Identifique patrón intestinal habitual. - Controle y registre frecuencia y aspecto de las deposiciones. - Aplique plan de eliminación Intestinal según normas del servicio. - Favorezca la ingesta de líquidos 	<p>Paciente mantiene eliminación intestinal adecuada.</p>
<p>Riesgo de Infección r/c a presencia de herida quirúrgica y catéteres</p>	<p>Paciente no presentara signos y Síntomas de infección manteniendo temperatura < 37°C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoree la curación de herida quirúrgica - Vigile temperatura. - Vigile signos y síntomas de infección local a nivel de herida quirúrgica (tumor, calor, rubor y dolor.) - Aplique de guía de cuidados de catéteres. 	<p>Paciente no presenta signos de infección.</p>

<p>Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto r/c a intolerancia a dieta secundaria a intervención quirúrgica.</p>	<p>Paciente no presentara desequilibrio nutricional e intolerancia a dieta manteniendo ingesta adecuada de alimentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instaure y supervise tolerancia oral progresiva. - Maneje nutrición. - Vigile nauseas y vómitos. - Coordine para terapia nutricional adecuado, según necesidades calóricas proteicas 	<p>Paciente mantiene nutrición adecuada.</p>
<p>Deterioro del patrón de sueño r/c con ruido ambiental hospitalario evidenciado por irritabilidad Insomnio etc.</p>	<p>Paciente será capaz de dormir 8 hrs consecutivas manteniéndose e Tranquilo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenga cama limpia y confortable. - Planifique los cuidados, respetando horarios de sueño. - Reduzca los estímulos ambientales (luz baja). - Que paciente evite el sueño de día .incrementar las actividades diurnas para favorecer el cansancio. - Incentive el uso de medidas habituales coadyuvantes (leer, baño caliente, etc.) 	<p>Paciente logra dormir 8 hrs consecutivas.</p>
<p>Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea r/c Inmovilidad.</p>	<p>Paciente mantendrá piel integra sin zonas de presión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realice cambio postural cada 2 hrs. - Valore riesgos de ulcera por presión. - Vigile piel en los cambios posturales y baño. 	<p>Paciente mantiene piel integra.</p>

--	--	--	--

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CANCER DE ESTOMAGO

Definición: La presente guía ha sido elaborada para la atención del paciente con diagnóstico de cáncer de estómago y que tienen que ser sometidos a cirugía.

Objetivo: Brindar cuidados de enfermería a los pacientes que se hospitalizan con problemas de tumor maligno de estómago en el pre y post operatorio

Recursos humanos: Profesional de Enfermería

Recursos materiales: Guía de atención

Registros de enfermería

Tensiómetro, estetoscopio

Reloj

Termómetro

Balanza

Guantes

Coche de curaciones equipado

Indicaciones: En pacientes gastrectomizados

Complicaciones: Dehiscencia en herida operatoria, evisceración, hipovolemia/ shock, hemorragia, infección (peritonitis), retención urinaria (obstrucción uretral), ascitis, obstrucción y perforación intestinal, íleo paralítico.

Persona responsable: Enfermera del servicio de Oncología

Diagnostico de enfermería	Objetivos	Intervenciones de enfermería	Resultado esperado
Dolor r/c a insiccion quirúrgica evidenciado por facies dolorosas	Paciente no presente dolor en un periodo de una hora evidenciado por facies tranquilas	<ul style="list-style-type: none"> - Ubique al paciente en posición antalgica - Brinde apoyo al paciente. - Valore expresiones no verbales de dolor (Fascies, frecuencia cardiaca) - Evalúe la intensidad del dolor mediante escala numérica. - Administre analgésicos prescritos - Controle de funciones vitales 	Se disminuye el dolor en el tiempo establecido.
Alto riesgo de infección r/c a procedimientos invasivos (sonda nasoyeyunal, sonda foley, drenaje abdominal ,herida operatoria)	Paciente no presente signos de infección durante su estancia hospitalaria manteniend o temperatura < 37°C. y niveles de leucocitos de 5,000 10,000mm ³	<ul style="list-style-type: none"> - Controle signos vitales con énfasis en temperatura corporal. - Maneje y use de técnica aséptica en el momento de instalar y manipular vías. - Valore constantemente signos de flebitis en vías periféricas. - Valore signos de flogosis en herida operatoria y zonas de inserción de drenajes. - Eduque al paciente a la percepción y visualización sobre cualquier signo de infección. - Mantenga circuitos cerrados. - Cambie vías periféricas y equipos cada 72 horas. 	Paciente no presenta signos de infección durante su estancia hospitalaria

<p>Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto r/c a proceso patológico</p>	<p>Que el paciente mantenga nutrición adecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observe características de líquido drenado y volumen. - Verifique y mantenga permeabilidad de sonda y tubos de drenaje. - Administre antibióticos prescritos. - Alimente al paciente según dosis prescritas y horarios establecidos. - Lleve el control estricto de peso y talla del paciente y evalúe la ganancia o pérdida de peso. - Acomode en posición semifowler durante las comidas y dos horas después de estas. 	<p>Se fomenta la alimentación adecuada durante el proceso de recuperación</p>
<p>Ansiedad r/c a sensación de incertidumbre por el resultado real de la intervención y su implicancia para la realización de las actividades de la vida diaria</p>	<p>Paciente disminuya su ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realice apoyo emocional y conserjería al paciente al afrontamiento de su enfermedad - Enseñe técnicas de relajación. - Mantenga un ambiente tranquilo. - Favorezca la posibilidad que el médico converse con el paciente sobre su evolución - Brinde medios de distracción (televisión, radio, etc.) 	<p>Paciente se mantiene tranquilo afronta su enfermedad</p>

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN

Definición La presente guía está dirigida en la atención de pacientes que ingresan al servicio por consultorio o emergencia con diagnóstico de linfoma no hodgkin para tratamiento de quimioterapia o antibioticoterapia por alguna complicación

Recursos humanos: Enfermera y técnico de enfermería

Recursos materiales: Guantes estériles

Mascarillas

Mandil

Gorro

Tensiometro, estetoscopio

Reloj

Termómetro

Balanza

Indicaciones: Pacientes con Linfoma no Hodgkin.

Complicaciones: Eritema cutáneo, cistitis hemorrágica, cardiotoxicidad, diarreas, hepatotoxicidad (ascitis, ictericia, hepatomegalia), mucositis y/o esofagitis, neurotoxicidad, pancreatitis (poco frecuente)

Complicaciones infecciosas: Generalmente derivadas del estado de neutropenia, durante el primer mes son frecuentes infecciones por bacterias Gram. + y Gram. – posteriormente se deben a infecciones producidas por hongos y virus, debemos prestar especial atención a infecciones por citomegalovirus y varicela-zoster que pueden poner en peligro la vida del paciente

Persona responsable. Enfermera del servicio de oncología

Diagnostico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones de Enfermería	Resultado Esperado
<p>Riesgo potencial de infección r/c a inmunosupresión evidenciado por neutropenia</p>	<p>Paciente no presentara signos de infección manteniendo temperatura = o < de 37°C</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la integridad de piel y mucosas. - Disminuya la exposición a posibles focos de infección - Evalúe la presencia de signos de infección precoz (Fiebre, taquicardia, signos de flebitis, etc.) - Controle funciones vitales. - Monitorice resultados de análisis de sangre, cultivos, radiografía. de tórax, frotis faríngeo, sedimento de orina y urocultivo - Tome otros cultivos según sospecha e indicación médica 	<p>Paciente no presenta signos de infección</p>
<p>Riesgo de lesión (sangrado) r/c a factores químicos y alteración de los factores de coagulación</p>	<p>Paciente no presentara signos de sangrado y mantendrá plaquetas > 150,000mm³</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle funciones vitales. - Identifique signos de sangrado (Hipotensión, taquicardia). - Detecte los signos de hemorragia como la aparición de petequias y equimosis, epistaxis, vómitos hemáticos, rectorragias, hematemesis, hematuria. - Evalúe la presencia de cefalea (indicaría riesgo de hemorragia intracraneal) 	<p>Paciente no presenta signos de sangrado</p>

<p>Desequilibrio nutricional por defecto r/c a tratamiento antineoplásico y por su propia enfermedad evidenciada por anorexia. Nauseas y vómitos.</p>	<p>· El paciente será capaz de identificar los factores etiológicos de la alteración del patrón y las intervenciones necesarias para modificar la nutrición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evite las técnicas invasivas, de punción; así como, la administración de supositorios que pueden dañar la mucosa rectal, además de ser puerta de entrada a posibles infecciones debido al estado de neutropenia. - Mantenga al paciente en reposo relativo. - Apoye al paciente en la satisfacción de sus necesidades básicas. <ul style="list-style-type: none"> - Valore el estado nutricional y grado de hidratación - Controle el peso c/ 24-48 hs., talla y pliegue cutáneo más inspección de la cavidad oral en busca de posibles lesiones. - Supervise la administración de dieta hiperprotéica e hipercalórica pudiéndose utilizar suplementos nutritivos, respetando los hábitos alimentarios y adaptándola a las circunstancias del paciente 	<p>Paciente no presenta desequilibrio o nutricional</p>
---	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">- Favorezca la ingesta con una presentación atractiva de los alimentos, poco calientes, evitando sabores ácidos o amargos y olores intensos- Promueva a ser posible, la participación del paciente en la elección del menú.- Controle y registre la ingesta de alimentos y líquidos; náuseas y vómitos.- Evalúe la presencia de lesiones en cavidad bucal,- En caso de mucositis se aplicará enjuagues durante 3 minutos con 6 cc. de Nistatina (como preventivo de infección por <i>Candida</i>), 15 min. antes del Sucralfato.- Aplique enjuagues de 3 min. con 15 cc. de Sucralfato (protector de la mucosa), 30 min. Antes o 2 h. después de las comidas.	
--	--	--	--

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CANCER DE COLON

Definición: La presente guía esta dirigida a personas desde los 20 años que acuden al servicio de oncología procedente de consultorios externos para ser sometidos a cirugía por presentar cáncer de colón.

Objetivo: Restablecer la función digestiva y de eliminación en los pacientes con cáncer de colón.

Recursos humanos: Enfermera y técnico de enfermería

Recursos materiales: Guía de atención

Registros de enfermería

Bolsas de colostomía

Tensiometro, estetoscopio

Reloj

Termómetro

Balanza

Guantes

Coche de curaciones equipado

Indicaciones: Pacientes con cáncer de colón

Complicaciones: Infección,
Prolapso de colostoma

Persona responsable: Enfermera del servicio de Oncología

Diagnostico de enfermería	Objetivos	Intervenciones de enfermería	Resultado esperado
Dolor agudo R/C lesión tisular y terminaciones nerviosas por efecto de la intervención quirúrgica	Paciente Manifiesta disminución de los signos del dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Evalúe las características del dolor. - Aplique la escala numérica del dolor (1-10) - Mantenga al paciente en alineación corporal. - Controle funciones vitales - Inducir al paciente para que adopte posiciones antalgicas de ser posible. - Administre analgésicos según prescripción médica. - Valore respuesta a los analgésicos - Enseñe al paciente técnicas de relajación y distracción 	Paciente verbaliza alivio del dolor en escala de 10/10 a 5/10
Deterioro de la integridad cutánea R/C herida operatoria y colostomía	Paciente conserve la integridad de la piel	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoreé el baño del paciente diariamente con especial énfasis en la región abdominal. - Valore las características de la piel alrededor del estoma. - Cambie la bolsa de colostomía cada 3 días, según guía de procedimientos. - Realicé la limpieza alrededor del colostoma con técnica aséptica. - Evalúe signos de infección alrededor del colostoma 	Paciente evidencia conservación de la integridad cutánea, sin efectos lesivos en la piel alrededor del estoma

<p>Riesgo de infección R/C Pérdida de la integridad cutánea, procedimientos invasivos y disminución de la respuesta inmunológica</p>	<p>Paciente no evidencia signos ni síntomas de infección</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle signos vitales especialmente temperatura - Lávese las manos antes y después de atender al paciente - Monitorice la curación de la herida operatoria. - Cambie y limpie con técnicas asépticas de la bolsa de colostomía cada 3 días - Realice un buen mantenimiento de la vía periférica y cambio de las líneas endovenosas cada 3 días. - Administre antibióticos según prescripción médica - Monitorice el control de hemograma. - Eduque al paciente y familia sobre el manejo adecuado de la bolsa de colostomía. 	<p>Paciente evidencia ausencia de signos de infección.</p> <p>T°= 36.5-37°c</p> <p>Hemograma dentro de valores normales Ausencia de flogosis en zona de inserción del catéter periférico y de la herida operatoria</p>
<p>Alteración de la nutrición por defecto R/C intervención quirúrgica, nauseas, vómitos y dolor</p>	<p>Paciente no evidencia perdidas nutricionales mayores y recibe dieta según evolución y requerimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle el peso actual del paciente y los antecedentes de perdida de peso - Monitorice la presencia de ruidos intestinales, vómitos (tipos y frecuencia) - Valore las características del dolor abdominal(Localización, irradiación, intensidad y duración) 	<p>Paciente presenta una buena tolerancia oral</p>

<p>Ansiedad R/C amenaza real de la integridad biológica y cambio en la imagen corporal</p>	<p>Paciente mantendrá equilibrio entre sus sentimientos y emociones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pruebe tolerancia oral y registrarla, observando la relación entre ingesta y aparición de náuseas y vómitos. - Proporcione información sobre la importancia del reposo gástrico - Controle estrictamente los ingresos y egresos del paciente (BHE) - Valore las expresiones verbales y signos de ansiedad - Valore los niveles de afrontamiento de la nueva imagen corporal - Brinde apoyo emocional - Inicie medidas para reducir niveles de ansiedad facilitando u ambiente tranquilo, brinde confianza - Evite ruidos molestos e incómodos - Permita al paciente expresar sus sentimientos - Identifique la probabilidad de apoyo familiar - Limite comentarios delante del paciente - Coordine una interconsulta con psicología 	<p>Paciente expresa un buen equilibrio emocional</p>
--	---	--	--

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CANCER DE RECTO

Definición: la siguiente guía se ha elaborado para la atención de pacientes que ingresan al servicio con diagnóstico de cáncer de recto siendo el tratamiento quirúrgico que consiste en la resección amplia del segmento de colon afectado por una neoplasia ya sea con fines curativos o simplemente paliativos.

Objetivo: Proporcionar los conocimientos necesarios para el cuidado integral del paciente quirúrgico en el pre-operatorio, durante la intervención y en el post-operatorio, que permitan la elaboración actualizada de unos planes de cuidados y de actuación de enfermería bien estructurada con la intención final de asegurar la mayor calidad asistencial posible.

Recursos humanos: Profesional de Enfermería

Recursos materiales: Guía de atención

Tensiometro, estetoscopio

Reloj

Termómetro

Balanza

Guantes

Coche de curaciones

Indicaciones: Pacientes con cáncer de colon

Complicaciones: Oliguria, sangrado, vómitos dolor intenso, aumento de secreciones en vías respiratorias, ansiedad, posibilidad de trombo embolismo pulmonar, edema agudo de pulmón.

Persona responsable: Enfermera del servicio de Oncología

Diagnostico de enfermería	Objetivos	Intervenciones de enfermería	Resultado esperado
<p>Ansiedad relacionado a cambios en su situación de salud y entorno</p>	<p>Paciente será capaz de disminuir su ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Minimice la aprensión, temor presagios relacionado con una fuente no identificada de peligro por adelantado. - Proporcione información objetiva respecto del diagnostico tratamiento y pronostico. - Cree un ambiente que facilite la confianza y escuche con atención las inquietudes del paciente. - Anime las manifestaciones de sentimientos percepciones y miedos. - Identifique los cambios en el nivel de ansiedad. - Ayude al paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el periodo de recuperación. - Infórmese las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía. - De tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. - Describa las rutinas 	<p>Paciente con manejo efectivo de ansiedad</p>

<p style="text-align: center;">POST OPERATORIO</p> <p>Deterioro de la movilidad física relacionado a dolor</p>	<p>Paciente será capaz de no presentar deterioro de la movilidad física</p>	<p>preoperatorias (anestesia dietas, preparación intestinal, pruebas de laboratorio, preparación de piel tratamiento, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñe al paciente como puede ayudar en la recuperación. - Alivie y disminuya el dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. - Controle los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente o las molestias (temperatura de la habitación, iluminación, ruidos). - Evalúe la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua. - Informe al paciente sobre los beneficios de la actividad física. - Enseñe al paciente sobre una buena postura y mecánica corporal. - Vigile la piel especialmente las prominencias corporales 	<p>Paciente mantiene movilidad física adecuada</p>
---	---	--	--

<p>Riesgo de infección r/c a procedimientos invasivos (catéter venoso periférico y sonda vesical)</p>	<p>Paciente será capaz de no presentar signos de infección manteniendo temperatura = o < 37°C</p>	<p>buscando signos de irritación o presión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realice mantenimiento de dispositivos de acceso venoso - Observe si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica. (Calor, color, dolor, tumefacción, fiebre, malestar). - Determine si el paciente y / o la familia entienden el propósito, cuidados y mantenimiento. - Instruya al paciente y / o la familia en el mantenimiento del dispositivo. - Cuidados del catéter urinario. 	<p>Paciente no presenta signos de infección</p>
<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a presencia de colostomía</p>	<p>Paciente mantendrá integridad cutánea evidenciada por piel intacta y no zonas de presión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle el color y aspecto del estoma en su totalidad, valorando la extensión y funcionalidad del estoma. - Utilice un dispositivo transparente y de dos piezas para facilitar la visualización permanente del estoma. - Valore toda la mucosa estoma al hacer la cura, ya que la fístula puede aparecer en la zona inferior y estar cubierta 	<p>Paciente mantiene integridad cutánea</p>

		<p>por el propio estoma.</p> <ul style="list-style-type: none">- Evite la fricción de los bordes de los dispositivos utilizando crema barrera o apósitos hidrocoloides.- Valore la aparición precoz de signos de infección alrededor del estoma y la valoración de la cantidad y características del exudado: fecaloide, purulento, etc.- Realice un cultivo bacteriológico del exudado si existiera.- Vigile el orificio (estoma): color, tamaño, y forma, estado de piel, presencia de irritación, dolor, enrojecimiento, hemorragia etc.- Aplique guía de cuidados de bolsa de colostomía- Explique las modificaciones de la dieta (Toleran mejor los alimentos que tiene poca fibra y residuo escaso)- Educar para masticar correctamente los alimentos, así como tener una buena higiene bucal	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none">- Educar al paciente para la adopción de un régimen alimenticio (Tomar las comidas a unas horas fijas y con calma, aumentar progresivamente la cantidad de comida).- Que evite los alimentos que produzcan fermentaciones (gases abundantes), como las legumbres, verduras en exceso, etc.- Informar que algunos medicamentos pueden alterar su evolución.- Evitar el exceso de peso ya que altera el estoma.	
--	--	--	--

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA

Definición: La presente guía esta dirigida a los pacientes varones desde los 50 años que acuden al servicio de oncología para ser sometidos a resección transuretral por presentar cáncer de próstata.

Objetivo: Brindar una adecuada atención de enfermería y garantizar la recuperación rápida y favorable del paciente sometido a resección transuretral, minimizando la aparición de complicaciones.

Recursos humanos: Enfermera y Técnica de enfermería

Recursos materiales: Guías de atención

Registros de Enfermería

Tensiometro, estetoscopio

Reloj

Termómetro

Balanza

Guantes

Equipo de micro gotero

Equipo de venoclisis

Catéter periférico

Llave con extensión

Coche de curación equipado

Indicaciones: Pacientes con cáncer de próstata

Complicaciones: Fístulas, hematuria, poliaquiuria crónica, infección, fibrosis interna

Persona responsable: Enfermera del servicio de Oncología

Diagnostico de enfermería	Objetivos	Intervenciones de enfermería	Resultado esperado
Ansiedad relacionado a ingreso e Intervención quirúrgica.	Paciente será capaz de disminuir su ansiedad manifestará estar tranquilo ante la Intervención.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplique guía de procedimiento de admisión de pacientes en el servicio de oncología - Explique al paciente los materiales que debe tener y en que técnicas y cuidados se tendrán después de la operación - Aplique protocolo de preparación quirúrgica para pacientes sometidos a RTU. 	Paciente con manejo efectivo de ansiedad
Dolor agudo relacionado con lesión tisular por agentes físicos como efecto de la intervención quirúrgica	Paciente no evidencia ni manifiesta signos de dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Controle funciones vitales. - Valore las características del dolor (cantidad, calidad, intensidad, irradiación y duración) - Observe indicadores no verbales de dolor (gestos, puños cerrados, etc.). - Mantenga al paciente en alineación corporal - Administre analgésicos y/o narcóticos según prescripción médica - Valore la respuesta a los analgésicos - De ser posible coloque al paciente en posición antálgica. - Valore los signos del dolor(taquicardia, diaforesis, agitación, polipnea) 	Paciente manifiesta confort y alivio del dolor
Riesgo potencial de hemorragia relacionado a intervención quirúrgica	Paciente no evidencia signos ni síntomas de hemorragia: <ul style="list-style-type: none"> • Vesical. • Uretral 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigile la presencia de signos y síntomas de hemorragia (hipotensión, taquicardia y palidez) - Controle funciones vitales - Vigile grado de hematuria - Verifique la continuidad de la irrigación vesical 	Paciente no evidencia perdida masiva de sangre

<p>Riesgo: Retención urinaria r/c obstrucción de sonda vesical por coágulos</p>	<p>Paciente mantendrá sonda vesical permeable</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle funciones vitales - Vigile la continuidad de la irrigación vesical - Controle la diuresis horaria del paciente - Valore las características de la irrigación vesical(cantidad y color de la orina) - Valore la presencia de dolor en el paciente - Vigile signos y síntomas de retención urinaria - Realice lavados vesicales si es necesario 	
<p>Riesgo potencial de infección relacionado con perdida de la integridad cutánea, procedimientos invasivos y defensas secundarias inadecuadas</p>	<p>Paciente no presenta signos ni síntomas de infección</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle estrictamente los signos vitales principalmente la temperatura - Lave las manos antes y después de atender al paciente - Aplique asepsia en la inserción y manipulación de líneas endovenosas. - Evalúe la zona de inserción de la sonda Foley y verifique la irrigación continua - Inspeccione la herida operatoria y detecte signos de infección y drenaje purulento - Administre antibióticos según prescripción médica - Informe de los signos de infección y/o obstrucción de la sonda Foley 	<p>Paciente no evidencia signos de infección</p>

--	--	--	--

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CANCER DE OVARIO

Definición: La presente guía se ha elaborado para la atención de pacientes con tumor maligno de ovarios que se presentan en mujeres de 20 años a mas, pudiendo afectar también a mujeres mas jóvenes, que ingresan al servicio para intervención quirúrgica.

Objetivo: Brindar una atención adecuada del profesional de enfermería en pacientes post operadas de tumor maligno ovario

Recursos humanos: Profesional y técnico de Enfermería.

Recursos materiales Guía de atención

Registros de Enfermería

Tensiometro, estetoscopio

Reloj

Termómetro

Balanza

Guantes

Coche de curaciones equipado

Indicaciones: En pacientes con tumor maligno de ovario.

Complicaciones: Peritonitis y shock séptico.

Persona responsable: Enfermera del servicio de Oncología

Diagnostico de enfermería	Objetivos	Intervenciones de enfermería	Resultado esperado
<p>PRE OPERATORIO Dolor r/c a agentes lesivos (inflamación peritoneal)</p>	<p>El paciente referirá disminución de dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que la paciente adopte una posición cómoda - Administre analgésicos prescritos. - Promueva un ambiente tranquilo. - Manejo de dolor. - Fomente el sueño 	<p>Paciente refiere disminución de dolor</p>
<p>Patrón respiratorio ineficaz r/c a exceso de volumen de líquidos en cavidad abdominal evidenciado por ascitis</p>	<p>Paciente presentara patrón respiratorio adecuado manteniendo saturación de oxigeno > 95%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coloque a la paciente en posición semifowler - Realice control estricto de ingresos y egresos. - Monitoree signos y síntomas de dificultad respiratoria. - Cuidados de enfermería y apoyo en paracentesis 	<p>Paciente con patrón respiratorio adecuado</p>
<p>POST OPERATORIO Dolor relacionado a intervención quirúrgica</p>	<p>Paciente referirá disminución de dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coloque en posición adecuada a la paciente. - Valore las manifestaciones de dolor - Administre analgésicos. - Maneje terapia del dolor. - Controle funciones vitales 	<p>Paciente con dolor adecuadamente manejado con analgésicos prescritos</p>

<p>Ansiedad r/c amenaza de muerte</p> <p>Riesgo de infección R/C Pérdida de la integridad cutánea, procedimientos invasivos (Sonda foley, vía periférica)</p>	<p>Paciente disminuirá su ansiedad</p> <p>Que paciente no presente signos de infección, manteniendo una $T = \text{ó} < 37^{\circ}$</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional. - Aumentar el afrontamiento. - Terapia psicológica - Control de funciones vitales especialmente temperatura - Lávese las manos antes y después de atender al paciente - Monitorice la curación de la herida operatoria. - Valore la presencia de signos de infección local a nivel de herida operatoria (Flogosis, calor, rubor, tumefacción) - Realice un buen mantenimiento de la vía periférica y cambio de las líneas endovenosas cada 3 días. - Administre antibióticos según prescripción médica - Monitorice el control de hemograma. - Eduque al paciente sobre el manejo adecuado de la sonda Foley. 	<p>Paciente mantiene facies tranquilas</p> <p>Paciente no presenta signos de infección</p>
---	---	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DISPLASIA CERVICAL LEVE (NIC 1)

Definición: La siguiente guía está elaborada para la atención en pacientes mujeres con displasia cervical que se presenta a partir de los 25 a 30 años que serán sometidas a biopsia cervical en forma ambulatoria que por lo general no necesita hospitalizarse.

Objetivo: Conocer el procedimiento y los cuidados que debe tener la paciente en el hogar, así como los signos de alarma que se debe tener en cuenta.

Recursos humanos: Enfermera y personal técnico

Recursos materiales: Guía de atención

Registros de enfermería

Tensiometro, estetoscopio

Reloj

Termómetro

Hoja de autorización para realizarse el procedimiento.

Indicaciones Pacientes con displasia cervical

Complicaciones: Sangrado, insuficiencia cervico uterina, infección y cicatrización cervical.

Persona responsable. Profesional de Enfermería

Diagnostico de enfermería	Objetivos	Intervenciones de enfermería	Resultado esperado
<p>Ansiedad relacionado e procedimiento a realizarse</p>	<p>Paciente disminuirá su ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valore las manifestaciones de ansiedad de la paciente. - Explique a la paciente en que consiste el procedimiento y tranquilizarla (Esto contribuirá a que esté relajada durante el procedimiento) - Verifique el llenado y la firma del formulario de consentimiento, previa información. 	<p>Paciente no manifiesta síntomas de ansiedad</p>
<p>Riesgo de lesión (sangrado) RIC procedimiento quirúrgico</p>	<p>Paciente no presentara signos de sangrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informe a la paciente sobre los cuidados que debe tener en casa. - Eduque a la paciente para reconocer los signos de alarma (sangrado vaginal, dolor, fiebre) - Oriente a la paciente para que acuda a la emergencia en caso de presentar algún signo de alarma 	<p>Paciente no presentara signos de sangrado</p>

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CANCER DE GLANDULA TIROIDEA

Definición: La presente guía se ha elaborado para brindar atención a pacientes con diagnóstico de tumor de tiroides que les realizaron cirugía como tratamiento de elección.

Objetivo: Brindar atención oportuna y eficaz a los pacientes que tienen problemas de tiroidectomía mediante la unificación de actividades.

Recursos humanos: Profesional de Enfermería

Recursos materiales: Guía de atención

Registros de enfermería

Tensiómetro, estetoscopio

Reloj

Termómetro

Balanza

Guantes

Coche de curaciones equipado

Indicaciones: Pacientes post operados de tiroidectomía

Complicaciones: Hematoma, hipoxia, edema traqueal, hemorragia

Persona responsable: Enfermera del servicio de Oncología

Diagnostico de enfermería	Objetivos	Intervenciones de enfermería	Resultado esperado
Déficit de conocimiento relacionado con la cirugía y los procedimientos.	El paciente será capaz de demostrar conocimientos sobre los procedimientos quirúrgicos planificados.	<ul style="list-style-type: none"> - Explique los términos comunes y los procedimientos. - hable de las posibles complicaciones de la cirugía 	Paciente demuestra conocimientos sobre el procedimiento realizado.
Dolor r/c a incisión quirúrgica evidenciado por facies dolorosas	Paciente no presente dolor en un periodo de una hora evidenciado por facies tranquila	<ul style="list-style-type: none"> - Ubique al paciente en posición antalgica - Brinde apoyo al paciente. - Valore expresiones no verbales de dolor (Facies, frecuencia cardiaca) - Evalúe la intensidad del dolor mediante escala numérica. - Administre analgésicos prescritos - Controle de funciones vitales 	Se disminuye el dolor en el tiempo establecido
Alto riesgo de infección r/c a procedimientos invasivos (drenaje de hemosuc,vías periféricas ,herida operatoria)	Paciente no presente signos de infección durante su estancia hospitalaria manteniendo	<ul style="list-style-type: none"> - Controle signos vitales con énfasis en temperatura corporal. - Maneje y use de técnica aséptica en el momento de instalar y manipular vías. 	Paciente no presenta signos de infección durante su estancia hospitalaria

	temperatura < 37°C. y niveles de leucocitos de 5,000 10,000/mm ³	<ul style="list-style-type: none"> - Valore constantemente signos de flebitis en vías periféricas. - Valore signos de flogosis en herida operatoria y zonas de inserción de drenajes(hemosuc) - Eduque al paciente a la percepción y visualización sobre cualquier signo de infección. - Mantenga circuitos cerrados. - Cambie vías periféricas y equipos cada 72 horas. - Observe características de líquido drenado y volumen. - Verifique y mantenga permeabilidad de hemosuc. - Administre antibióticos prescritos. 	
Riesgo de lesión r/c a formación de hematomas a nivel de tejido subyacente.	Paciente no presenta signos de lesión (hematoma)	<ul style="list-style-type: none"> -Monitoree los signos y síntomas de hematoma. -revise la permeabilidad 	Paciente no presentara hematomas

<p>Riesgo de alteración electrolítica(hipocalcemia) r/c a intervención quirúrgica (extirpación de glándula tiroidea)</p>	<p>Paciente no presenta alteración hidroelectrolítica evidenciado por no presentar contractura muscular, signos de hormigueo en miembros superiores e inferiores.</p>	<p>de los drenajes (hemosuc). -Edema alrededor de la herida e inserción en tubo de drenaje</p> <p>- Vigile signos de hipocalcemia -vigile signos de contractura muscular -vigile signos de hormigueo en miembros superiores e inferiores. -eduque al paciente sobre los signos de hipocalcemia. -administre gluconato de calcio según prescripción medica</p>	<p>Paciente no presentara signos de hipocalcemia Valores de calcio en sangre normales</p>
--	---	---	---

--	--	--	--

