

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con **LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR (LNHF)**

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-634-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con Linfoma no Hodgkin Folicular (LNHF)** México: Secretaría de Salud, 2013.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10:C82 Linfoma no Hodgkin Folicular

GPC: Intervenciones de Enfermería en la atención del adulto con Linfoma no Hodgkin Folicular

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

L.E. Ana Belem López Morales	Licenciada en Enfermería	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas de enfermería División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	--

Autores :

L.E.O. Guadalupe González Tepox	Licenciada en Enfermería y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Subjefe de Enfermeras del Hospital de Especialidades, Puebla
L.E.O. María Cristina Pérez Aquino	Licenciada en Enfermería y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Enfermera General del Hospital de Especialidades, Puebla
M.C. María Antonieta Castañeda Hernández	Maestría en investigación en sistemas de salud	Instituto Mexicano del Seguro Social	Subjefe de Enfermeras del Hospital de Oncología CMN Siglo XXI Consejo de Colegio de Enfermeras del Distrito Federal
L.E.O. Sara Jiménez Mariano	Licenciatura en Enfermería	Instituto Mexicano del Seguro Social	Enfermera Jefe de Piso del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI
L.E.O. Martha Julia Gazca Granados	Licenciatura en Enfermería	Instituto Mexicano del Seguro Social	Enfermera Especialista Intensivista del Hospital de Especialidad CM La Raza

Validación interna:

L.E. Cecilia Ramírez Rodríguez	Licenciatura en Enfermería	Instituto Mexicano del Seguro Social	Enfermera General Hospital de Oncología CMN Siglo XXI
Dr. Jorge Vela Ojeda	Medico Hematólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Servicio de Hematología Asociación Mexicana de Hematología Asociación Americana de Hematología

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA.....	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 JUSTIFICACIÓN	7
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	7
3.3 DEFINICIÓN (ES)	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	9
4.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE DEFINEN EL LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR EN EL ADULTO	10
4.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS AL ESTADO ANÍMICO DEL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR	11
4.3 TIPOS DE TRATAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR	12
4.4. EFECTOS SECUNDARIOS AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN EL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR.....	14
4.5. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE MANIPULA Y ADMINISTRA DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS	16
4.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN RELACIONADA Y SECUNDARIA A LA INMUNOSUPRESIÓN POR QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA.....	17
4.7. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE LA NAÚSEA RELACIONADA Y SECUNDARIA CON LA QUIMIOTERAPIA.....	18
4.8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LIMITAR EL DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL RELACIONADO CON EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA	19
4.9. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA TRASFUSIONAL EN EL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN	21
4.10. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PROFILAXIS DE NEUROTOXICIDAD SECUNDARIA A LA QUIMIOTERAPIA	24
4.11. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CISTITIS HEMORRÁGICA SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA.....	25
4.12. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE LAS ALTERACIONES DEL ESTADO EMOCIONAL EN EL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR	26
4.13. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN Y SU FAMILIA	28
5. ANEXOS.....	31
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	31
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	33
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD	35
5.4 CUADRO DE MEDICAMENTOS	37
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	53
6. GLOSARIO.....	55
7. BIBLIOGRAFÍA.....	57
8. AGRADECIMIENTOS.	59
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	60
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	61
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	62

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: IMSS-634-13	
Profesionales de la salud.	Subjefe de Enfermeras, Enfermera Jefe de Piso, Enfermera Especialista, Enfermera General
Clasificación de la enfermedad.	CIE 10: C82 Linfoma No Hodgkin Folicular
Categoría de GPC.	Tercer Nivel de atención
Usuarios potenciales.	Enfermera (o)s Especialistas, Enfermera (o)s Generales , Auxiliares de Enfermería y Profesionales en formación
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del seguro Social, UMAE Hospital de Especialidades Puebla, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, Hospital de Especialidades CM La Raza, Hospital de Oncología CMN Siglo XXI
Población blanco.	Hombres y Mujeres mayores de 18 años con Linfoma no Hodgkin folicular y tratamiento de quimioterapia
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas.	Valoración de enfermería para la identificación de problemas de salud reales y de riesgo, intervenciones para la promoción y educación para la salud, para la prevención y para el tratamiento.
Impacto esperado en salud.	Limitación del daño Disminución de Comorbilidad Mejora en la Calidad de Vida Satisfacción del Prestador de Servicio
Metodología¹.	Revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: Intervención de enfermería Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura: 1 Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores:4 Búsqueda en sitios Web especializados: Búsqueda manual de la literatura: 13 Número de fuentes documentales revisadas: Guías seleccionadas: 1 Revisiones sistemáticas: 2 Ensayos controlados aleatorizados: 0 Reporte de casos: 1 Otras fuentes seleccionadas: 15 Validación del protocolo de búsqueda: Método de validación: Validación por pares clínicos Validación interna: UMAE Hospital de Oncología Centro Médico Nacional siglo XXI Revisión institucional: UMAE Hospital de Especialidades Centro Medico La Raza Validación externa: Asociación Mexicana de Hematología
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
Registro y actualización	Registro: IMSS-634-13 Fecha de publicación: 21 de Marzo de 2013 Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

- 1.- ¿Cuáles son los signos y síntomas que definen el Linfoma No Hodgkin Folicular en el adulto?
- 2.- ¿Cuáles son los signos y síntomas asociados al estado anímico del adulto con Linfoma No Hodgkin Folicular?
- 3.- ¿Cuáles son los tipos de tratamiento para la atención del adulto con Linfoma No Hodgkin Folicular?
- 4.- ¿Cuáles son los efectos secundarios al tratamiento de quimioterapia en el adulto con Linfoma No Hodgkin Folicular?
- 5.- ¿Cuáles son medidas de bioseguridad para personal de enfermería que manipula y administra medicamentos citostáticos?
- 6.- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para prevenir infección relacionada y secundaria a inmunosupresión por quimioterapia antineoplásica en el adulto con Linfoma No Hodgkin Folicular?
- 7.- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en el tratamiento de la náusea relacionada y secundaria a la quimioterapia en el adulto con Linfoma No Hodgkin Folicular?
- 8.- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para limitar el deterioro de la mucosa oral relacionada con la quimioterapia en el adulto con Linfoma No Hodgkin Folicular?
- 9.- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en la terapia trasfusional del adulto con Linfoma No Hodgkin Folicular?
- 10.- ¿Cuáles las intervenciones de enfermería para la profilaxis de la neurotoxicidad secundaria al tratamiento de quimioterapia en el adulto con Linfoma No Hodgkin Folicular?
- 11.- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para la prevención de cistitis hemorrágica secundaria al tratamiento de quimioterapia adulto con Linfoma No Hodgkin Folicular?
- 12.- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para disminuir las alteraciones del estado emocional en el adulto con Linfoma No Hodgkin Folicular?
- 13.- ¿Cuáles son las intervenciones de educación para la salud en el adulto con Linfoma No Hodgkin y su familia?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud, calcula que para el año 2030 habrá 12,000,000 de muertes por cáncer y un incremento del 75% en la incidencia de cáncer en los próximos 20 años en países subdesarrollados

En los Estados Unidos los cálculos más recientes de la Sociedad Americana Contra el Cáncer en cuanto al Linfoma no Hodgkin indican que en 2012:

- Aproximadamente 70,130 personas (38,160 hombres y 31,970 mujeres) serán diagnosticados con Linfoma No Hodgkin, esto incluye tanto a adultos como niños.
- Aproximadamente 18,940 personas (10,320 hombres y 8,620 mujeres) morirán debido a este cáncer. (American Cancer Society, 2012)

El Linfoma de células grandes de inmunofenotipo B, es el más frecuente de los Linfomas No Hodgkin (LNH) y constituye 30-40% en el adulto en países occidentales. En México, según datos del registro histopatológico de las neoplasias, corresponde a 48.1% del total de los linfomas, es más frecuente en hombres que en mujeres y con una edad promedio de presentación alrededor de los 65 años.

En segundo lugar se encuentra el linfoma folicular, el cual representa del 30 al 35% de los linfomas en Estados Unidos de Norteamérica, y 22% en el mundo; en México, según datos del registro histopatológico de las neoplasias constituye entre el 4.2% y el 10% del total de los linfomas. (Bañuelos, 2007)

Los LNH tienen una tasa de incidencia anual de 9 casos por cada 100,000 habitantes y representan del 3 al 5% de las muertes por cáncer en los países desarrollados. (Sánchez, 2010)

La tasa de supervivencia varía según el tipo de linfoma y la etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico. La tasa general de supervivencia relativa a 5 años para las personas con LNH es del 67% y la tasa relativa de supervivencia a 10 años es del 55%. (American Cancer Society, 2012)

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Intervenciones de Enfermería en la atención del adulto con Linfoma no Hodgkin Folicular (LNHF)**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal de enfermería que labora en unidades médicas de tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible sobre Linfoma no Hodgkin Folicular
2. La identificación de signos y síntomas, factores de riesgo y tipos de tratamiento de LNHF.
3. Las intervenciones de enfermería dirigidas a la mejora de la calidad de vida del adulto con linfoma no hodgkin.
4. Las intervenciones de enfermería que limiten del daño asociado al tratamiento de quimioterapia.
5. Las intervenciones de enfermería de la terapia trasfusional en la atención del adulto con LNHF.
6. Las medidas de bioseguridad para el personal de enfermería que manipula y ministra medicamentos citostaticos en la atención del adulto con LNHF.
7. Las intervenciones de enfermería de educación para la salud del adulto con LNHF y su familia.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN (ES)

Los Linfomas No Hodgkin (LNH) son tumores de los ganglios linfáticos periféricos o los órganos abdominales, como los intestinos, aunque puede presentarse en otros sitios.

Se caracteriza por la ausencia de células linfoides. Existiendo diferentes subtipos histológicos dependiendo de la localización y grado de masa tumoral. En el Linfoma No Hodgkin se engloban las neoplasias de células B y neoplasias de células T (Guzmán, 2011)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

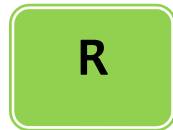
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE DEFINEN EL LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR EN EL ADULTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El sistema de estadificación clinicopatológico de Ann Arbor se utiliza para determinar la extensión de los LNHF. Los síntomas que caracterizan al Linfoma no Hodgkin según los Estadios de Ann Arbor son: fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso superior al 10% del peso corporal en los 6 meses previos	IV (E. Shekelle) <i>Sánchez B, 2010</i>
R Consultar los estadios de Ann Arbor para identificar los signos y síntomas de acuerdo al estadio (Cuadro 1)	D (E. Shekelle) <i>Sánchez B, 2010</i>
R Realizar valoración integral para identificar los signos y síntomas	D <i>Bulechek, 2009</i>

4.2 SIGNOS Y SINTOMAS ASOCIADOS AL ESTADO ANIMICO DEL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Los sobrevivientes de cáncer están en riesgo de sufrir efectos adversos físicos y psicosociales por el cáncer y su tratamiento.	III (E. Shekelle) <i>Oerlemans S, 2012</i>
E	El linfoma puede afectar la calidad de vida de quien lo padece	III (E. Shekelle) <i>Oerlemans S, 2012</i>
R	Es recomendable la aplicación de la escala de evaluación de fatiga	C (E. Shekelle) <i>Oerlemans S, 2012</i>
E	Los pacientes con cáncer cursan por un estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa, o elección personal y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho, debido a que cursan por un estrés de larga duración durante su tratamiento; este estado subjetivo o de desesperanza se manifiesta por disminución de las emociones, disminución del apetito, disminución a la respuesta a los estímulos, trastornos del patrón del sueño, conducta de pesimismo y pasividad.	IV (E. Shekelle) <i>NANDA International , 2010</i>
E	La depresión es un síntoma común, presente entre el 15- 30% de los pacientes con cáncer, que aumenta en incidencia hasta el 53% conforme progresa el padecimiento por la incapacidad física o el dolor. Se asocia a una gran reducción funcional y social con un gran impacto sobre las familias y los enfermos, sobretudo altera la calidad de vida del paciente con cáncer avanzado.	IV (E. Shekelle) <i>Astudillo, 2005</i>

R

Es recomendable proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en los momentos difíciles a través de:

- Tocar al paciente para proporcionarle apoyo
- Reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mas ansiedad

D
(E. Shekelle)

Bulechek G, 2010

✓/R

Es aconsejable la valoración de enfermería por patrones funcionales de salud para identificar alteraciones del patrón de autoaceptación y autoconcepto, así como del patrón de adaptación y tolerancia al estrés.

Punto de Buena Práctica

4.3 TIPOS DE TRATAMIENTO PARA LA ATENCION DEL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El tratamiento de los LNH es variable y depende sustancialmente del estadio de la enfermedad, del tipo histológico, factores pronósticos y comorbilidad en los pacientes.

IV
(E. Shekelle)

Sánchez B, 2010

E

En el caso de recaída, resistencia o progresión la elección de una estrategia terapéutica u otra dependerá de los factores pronósticos y tratamientos utilizados previamente

IV
(E. Shekelle)

Sánchez B, 2010

E

El tratamiento de los LNH es diferente según sea linfoma indolente o linfoma agresivo y si es estadio localizado (estadio I y II) o estadio avanzado (III-IV).

IV
(E. Shekelle)

Sánchez B, 2010

E

El tratamiento específico va dirigido a la destrucción de las células malignas en ganglios.

IV
(E. Shekelle)

Ceballos H, 2007

E

Existen tratamientos de primera línea, resistencia o progresión (tratamientos de segunda línea) así como nuevos tratamientos.

IV
(E. Shekelle)

Sánchez B, 2010

R

La terapia primaria es la quimioterapia continuando con radioterapia. La intervención quirúrgica se reserva para cuando hay poca carga tumoral y se justifica la resección

D
(E. Shekelle)

Ceballos H, 2007

E

La quimioterapia es el uso de medicamentos citostáticos que usualmente se aplican por vía intravenosa, oral o intratecal, esta última en caso de metástasis a cerebro o médula espinal

IV
(E. Shekelle)

Sánchez B, 2010

E

La ciclofosfamida consigue hasta un 50-79% de respuesta con buena tolerancia, la duración de la respuesta está entre 18- 24 meses (Cuadro II)

IV
(E. Shekelle)

Sánchez B, 2010

E

La poliquimioterapia es el tratamiento de elección con gran carga tumoral, crecimiento ganglionar rápido o cuando se necesita una respuesta rápida. Con mayor tasa de respuesta 54-88% y respuestas completas del 64% pero sin prolongar la supervivencia. (Cuadro II)

IV
(E. Shekelle)

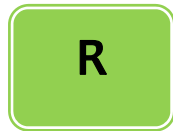
Sánchez B, 2010

E

La quimioterapia se administra en ciclos con un periodo de tratamiento seguido de un periodo de descanso y el número de medicamentos, dosis, y duración del tratamiento depende del tipo y etapa de linfoma

IV
(E. Shekelle)

American Cancer Society, 2012



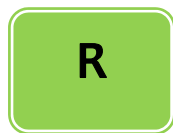
Ministrar medicamentos citostaticos según prescripción medica

D
(E. Shekelle)
Bulechek G, 2007



La inmunoterapia es el tratamiento que refuerza el sistema inmunológico usando principalmente anticuerpos monoclonales, los cuales pueden ayudar a destruir las células tumorales.

IV
(E. Shekelle)
Sánchez B, 2010



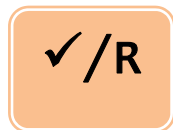
Se recomienda administrar los anticuerpos según prescripción medica

D
(E. Shekelle)
Bulechek G, 2007



Las terapias complementarias se emplean para ayudar a sentirse mejor entre las cuales están:
Meditación: reduce la tensión nerviosa
Acupuntura: Ayuda aliviar el dolor
Té de menta: Alivia las nauseas

IV
(E. Shekelle)
American Cancer Society, 2012



Es recomendable usar las terapias complementarias además del tratamiento farmacológico

Punto de Buena Práctica

4.4. EFECTOS SECUNDARIOS AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN EL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La toxicidad asociada al tratamiento de quimioterapia es un aspecto muy importante, principalmente por la influencia negativa que ejerce sobre la calidad de vida de los pacientes, así como el riesgo vital que puede suponer en algunas circunstancias.	IV (E. Shekelle) <i>Blasco, 2011</i>



Las toxicidades más comunes son:

- Cutánea
- Cardiovascular: Hipertensión arterial e insuficiencia Cardíaca
- Urológica
- Hematológica
- Neurológica
- Gastrointestinal: Diarrea
- Pulmonar: Enfermedad pulmonar intersticial
- Hepática
- Alteraciones hidroelectrolíticas

IV
(E. Shekelle)
Blasco, 2011



Los efectos secundarios más comunes que aparecen de manera inmediata o precoz y son:

- Caída del cabello (Alopecia)
- Náuseas y vómitos.
- Cansancio.
- Anemia.
- Infección.
- Dermatitis
- Zonas equimóticas
- Disminución del apetito y pérdida de peso
- Mucositis
- Sequedad de piel
- Cansancio (Astenia)

IV
(E. Shekelle)
Blasco A, 2011.



La toxicidad debe ser evaluada en cuanto a severidad, frecuencia y duración, con base en dos dimensiones: Toxicidad subjetiva, ocasiona síntomas que no se relacionan con signos físicos evaluables ni alteraciones analíticas, debiendo ser valoradas exclusivamente en la visita médica.

IV
(E. Shekelle)
Blasco A, 2011.

Toxicidad objetiva se evalúa mediante el examen físico o los análisis de laboratorio.



Muchos de los efectos tóxicos podrían ser evitados o minimizados mediante una exhaustiva evaluación tras cada ciclo de quimioterapia. (Cuadro III)

D
Blasco A, 2011



Es muy importante conocer los efectos secundarios asociados a cada tipo de fármaco citostático, para identificar oportunamente datos de toxicidad y llevar buen control sintomático. (Cuadro IV)

D
Blasco A, 2011

4.5. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE MANIPULA Y ADMINISTRA DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	En el manejo de medicamentos citostáticos, se debe tener en cuenta la necesidad de proteger al medicamento, al ambiente y al personal de salud.	IV (E. Shekelle) <i>Martinez, 2002</i>
E	El manejo de medicamentos citostáticos debe ser considerado altamente peligroso para el manipulador y administrador de estos, quienes deben conocer los riesgos que implican el manejo de estos compuestos, además de conocer las medidas de seguridad necesarias.	IV (E. Shekelle) <i>Aceves M, 2010</i>
R	Es recomendable que el personal conozca y utilice las medidas de bioseguridad respecto a la manipulación y prácticas apropiadas con el fin de proporcionar protección y seguridad.	D (E. Shekelle) <i>Aceves M, 2010</i>
R	El personal expuesto a citostaticos debe ser valorado en base a síntomas relacionados con la exposición. Los síntomas son: náuseas, cefaleas, vómitos, confusión, vértigo, pérdida del cabello, malestar general, hiperpigmentación cutánea, irritación de la piel y mucosas, prurito, erupción urticariforme	D (E. Shekelle) <i>Aceves M, 2010</i>
R	El personal que manipula medicamentos citostáticos debe tener un control de exámenes de laboratorio que incluyen Bh, Química sanguínea y Examen General de Orina como mínimo cada 6 meses.	D (E. Shekelle) <i>Aceves M, 2010</i>

R	Usar el equipamiento personal que consta de: uniforme quirúrgico, guantes de nitrilo previo a los guantes de látex, bata, mascarilla con filtro y uso de gafas.	D (E. Shekelle) <i>Aceves M, 2010</i>
✓/R	El diseño de uniformes para la manipulación de medicamentos citostáticos debe considerar la protección de toda la superficie corporal y cabello.	Punto de Buena Práctica
E	El área de preparación de citostáticos debe ser un área de acceso exclusivo para el personal que interviene en esta operación, en la que se sigue una serie de medidas de seguridad.	D (E. Shekelle) <i>Martinez, 2002</i>
E	La manipulación de citostáticos se lleva a cabo en una campana de flujo laminar vertical.	D (E. Shekelle) <i>Martinez, 2002</i>
R	Es necesario realizar limpieza exhaustiva del área y limitar la entrada de aire en las áreas de preparación	IV (E. Shekelle) <i>Martinez, 2002</i>

4.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN RELACIONADA Y SECUNDARIA A LA INMUNOSUPRESIÓN POR QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	Las infecciones pueden ser muy graves en las personas que reciben quimioterapia, para reducir la probabilidad se administran medicamentos conocidos como factores de crecimiento	IV (E. Shekelle) <i>American Cancer Society, 2012</i>

R

Las intervenciones de educación que son benéficas y reducen el riesgo de infección y limitan la exposición a gérmenes oportunistas en el medio hospitalario y domiciliario son:

- Lavarse frecuentemente las manos
- Evitar consumir las frutas y vegetales frescos y crudos
- Evitar flores frescas y plantas
- Asegurar que otras personas se laven las manos antes del contacto
- Evitar lugares donde acudan muchas personas
- Evitar visita de personas enfermas
- El uso de una mascarilla ofrece protección en situaciones necesarias

D**(E. Shekelle)**

American Cancer Society, 2012

4.7. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE LA NAUSEA RELACIONADA Y SECUNDARIA CON LA QUIMIOTERAPIA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Varios agentes antineoplásicos tienen el potencial de inducir náuseas y vómitos después de la quimioterapia de manera aguda (≤ 24 horas) y tardía (> 24 horas).	IV (E. Shekelle) <i>Basch E, 2011.</i>
E	La combinación de tres fármacos de un antagonista del receptor de neuroquinina 1 (NK1) (1 a 3 días), un antagonista de los receptores 5-hidroxitriptamina-3 (5-HT3) (día 1), y dexametasona (1 a 3 o 1 a 4 días) se recomienda para los pacientes que reciben quimioterapia altamente emetógena	IV (E. Shekelle) <i>Basch E, 2011.</i>
E	La combinación de dos fármacos de palonosetron (día 1) y dexametasona (días 1 a 3) se recomienda para los pacientes que reciben quimioterapia moderadamente emetógena. Si palonosetrón no está disponible, los médicos pueden sustituir una primera generación de receptor 5-HT3 antagonista, preferiblemente granisetron u ondansetrón	IV (E. Shekelle) <i>Basch E, 2011.</i>



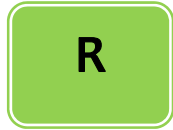
Se sugiere una sola dosis de dexametazona prescrita por el médico antes de la quimioterapia para prevenir las náuseas y los vómitos secundarios a antineoplásicos de baja efecto emetogénico

IV
(E. Shekelle)
Basch E, 2011.



La Difenhidramina es un fármaco adyuvante para las náuseas y vómitos inducidos por tratamientos contra el cáncer, no se recomiendan como agente antieméticos.

IV
(E. Shekelle)
Basch E, 2011.



Ministrar medicamentos según prescripción medica

D
Bulechek G, 2007



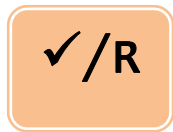
Las nauseas pueden ser prevenidas empleando terapias conductuales tales como relajación, hipnosis, imaginación guiada, acupuntura y musicoterapia.

III
(E. Shekelle)
Tipton J, 2007



Utilizar terapias conductuales complementarias en el control de la nausea.

C
(E. Shekelle)
Tipton J, 2007



Fundamentar la intervención de enfermería en un plan de cuidados bifocal para el manejo y control de la nausea resulta eficaz en la atención del Linfoma No HodgkinFolicular (cuadro V)

Punto de Buena Práctica

4.8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LIMITAR EL DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL RELACIONADO CON EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
La mucositis oral es una complicación de la quimioterapia y radioterapia que tiene lugar aproximadamente en el 40% de los pacientes.	IIb (E. Shekelle) <i>Chang, 2007</i>

E	Los efectos citotóxicos de la quimioterapia y los efectos locales de la radiación de la mucosa oral son las causas de la mucositis.	IIb (E. Shekelle) <i>Chang, 2007</i>
E	La mucositis puede afectar la encía y la condición dental de los pacientes, la capacidad de hablar y la autoestima se reducen comprometiendo así la respuesta del paciente al tratamiento y a los cuidados paliativos.	IIb (E. Shekelle) <i>Chang, 2007</i>
E	La mucositis puede retrasar el tratamiento y limitar la efectividad de la terapia.	IIb (E. Shekelle) <i>Chang, 2007</i>
E	Los pacientes con deterioro de la mucosa oral e inmunidad reducida como consecuencia de la quimioterapia y radioterapia también son propensos a infecciones de la boca	IIb (E. Shekelle) <i>Chang, 2007</i>
R	Las intervenciones que pueden ser benéficas antes del comienzo de la terapia son: • El Tratamiento de la caries y enfermedad dental • La Educación sobre la importancia de la higiene bucodental, para mantener la higiene oral y desarrollar una rutina diaria.	B (E. Shekelle) <i>Chang, 2007</i>
R	La evaluación de la situación de la boca del paciente diariamente utilizando una herramienta típica. (Cuadro VI)	B (E. Shekelle) <i>Chang, 2007</i>
R	Todos los pacientes con riesgo a desarrollar mucositis deben recibir un protocolo estándar de cuidado oral como un componente continuo de su cuidado para mantener una boca limpia y limitar las infecciones a través de la mucosa dañada	B (E. Shekelle) <i>Chang, 2007</i>

Las intervenciones de educación que son benéficas antes, durante y después del tratamiento incluyen:

- Limpiar los dientes y la encías después de las comidas y antes de acostarse con un cepillo de dientes o un isopo según se tolere
- Enjuagar la boca regularmente
- Si se utilizan prótesis dentales, quitarlas y limpiarlas diariamente así como retirarlas mientras se descansa
- Evitar los estímulos dolorosos como la comida y bebidas calientes, la comida picante, el alcohol y el tabaco
- Evitar los estímulos dolorosos
- Inspección regular de la boca por el paciente y por los profesionales de la salud
- Informar de cualquier enrojecimiento molestia o llagas en los labios o en la boca
- Proporcionar las medidas de confort como lubricación de los labios, anestesia tópica y analgésico
- Tratamiento inmediato de los síntomas de la mucositis e infecciones orales

R

B
(E. Shekelle)
Chang, 2007

✓/R

Una de las medidas no farmacológicas recomendadas para disminuir el dolor bucal es la crioterapia local con hielo procesado en forma de paleta o helado.

Punto de Buena Práctica

4.9. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA TRASFUSIONAL EN EL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

De los elementos sanguíneos que se transfunden, los eritrocitos son para estados anémicos a fin de proporcionar un adecuado aporte de oxígeno; el plasma se trasfunde en la hemorragia para proporcionar factores de coagulación cuando la hemorragia no es causada por la deficiencia de un factor de coagulación individual; las plaquetas están indicadas para el tratamiento del sangrado por trombocitopenia y promueve la hemostasia cuando el número de plaquetas o la función es insuficiente.

III
(E. Shekelle)
*Finnish Medical Society
Duodecim, 2011*



El médico tratante será el responsable de la indicación y supervisión de las transfusiones de sangre y componentes sanguíneos que podrán efectuarse por otros trabajadores de la salud, quienes serán corresponsables del acto transfusional.

III
(E. Shekelle)

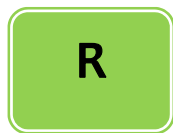
*Finnish Medical Society
Duodecim, 2011*



La persona que realice la transfusión debe verificar la prescripción y asegurarse de que los elementos sanguíneos destinados han sido sometidos a pruebas de compatibilidad en laboratorio

C
(E. Shekelle)

*Finnish Medical Society
Duodecim, 2011*



Antes de una transfusión comprobar:

- pruebas de compatibilidad
- producto correcto
- paciente indicado
- verificación con la documentación adjunta.

C
(E. Shekelle)

*Finnish Medical Society
Duodecim, 2011*



Antes , durante y después de una transfusión medir y registrar los signos vitales del paciente (ritmo cardiaco, presión sanguínea, temperatura)

C
(E. Shekelle)

*Finnish Medical Society
Duodecim, 2011*



Una reacción adversa grave, se define como una reacción asociada a la transfusión de sangre en el receptor, que lo puede llevar a la muerte, discapacidad, incapacidad, o incrementar la hospitalización.

III
(E. Shekelle)

*Finnish Medical Society
Duodecim, 2011*

Las reacciones adversas más comunes a la transfusión son: fiebre y urticaria.



Las reacciones adversas leves incluyen: Eritema, urticaria, angioedema localizado o edema de labios lengua o faringe y edema palpebral.

III
(E. Shekelle)

*Finnish Medical Society
Duodecim, 2011*

Las reacciones adversas severas, alérgica o anafilácticas incluyen: disnea, urticaria generalizada, hipotensión, náuseas, pérdida de la conciencia y éstas pueden ser potencialmente mortales

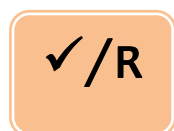
IV
(E. Shekelle)

NOM- 003-SSA2-1993



Ante síntomas o signos de una reacción trasfusional adversa se deberá interrumpir la transfusión en lo que se esclarece la causa

D
(E. Shekelle)
NOM- 003-SSA2-1993



Coordinación con laboratorio y medico tratante para la devolución del elemento sanguíneo en caso de reacción trasfusional

Punto de Buena Práctica



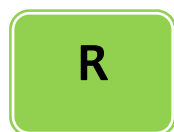
Las unidades de sangre o componentes sanguíneos en estado líquido no deberán ser sometidas a ningún tipo de calentamiento previo a la transfusión.

III
(E. Shekel)
Finnish Medical Society
Duodecim, 2011
IV
(E. Shekelle)
NOM- 003-SSA2-1993



El plasma congelado y crioprecipitado previo a trasfudir deberán ser sometidos a una temperatura de 30 a 37°C hasta su descongelamiento y su transfusión deberá ser completada dentro de las 6 horas siguientes al descongelamiento.

III
(E. Shekelle)
Finnish Medical Society
Duodecim, 2011
IV
(E. Shekelle)
NOM- 003-SSA2-1993



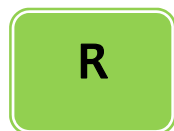
Es recomendable abstenerse de administrar medicamentos o líquidos por la vía de administración de los productos sanguíneos.

D
(E. Shekelle)
Bulechek, 2009



Se recomienda abstenerse de realizar transfusión de productos sanguíneos extraídos de refrigeración controlada durante más de 4 horas

D
(E. Shekelle)
Bulechek, 2009



Introducir cada unidad de plasma, o cada dos unidades de crioprecipitado en una bolsa de plástico transparente y sumergirlos en agua con una temperatura de 36-37°C

D
(E. Shekelle)
Alba C, 2008



Para la trasfusión de unidades de sangre, concentrado eritrocitario, plasma y crioprecipitados se deberá utilizar equipo con filtro estéril y libre de pirógenos capaz de retener microagregados, los que se emplearan individualmente y se desechara en el momento que ocurran dos de las siguientes circunstancias.

- Cuando tengan 6 horas de uso
- Posterior a la trasfusión de 4 unidades de manera continua

IV
(E. Shekelle)
NOM- 003-SSA2-1993



Para la trasfusión de concentrados de plaquetas preferentemente se utilizaran equipos con filtro diseñados para el efecto.

IV
(E. Shekelle)
NOM- 003-SSA2-1993



Conjuntar el sistema de administración con el filtro adecuado para el producto sanguíneo y el estado inmune del receptor

D
(E. Shekelle)
Bulechek, 2009

4.10. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PROFILAXIS DE NEUROTOXICIDAD SECUNDARIA A LA QUIMIOTERAPIA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La frecuencia de las complicaciones neurológicas en pacientes sometidos a quimioterapia ha aumentado en los últimos años debido a la mayor agresividad e intensidad de los tratamientos.	IV (E. Shekelle) Blasco, 2011
	Los efectos neurotóxicos son: Encefalopatía aguda, encefalopatía crónica, toxicidad cerebelosa, parálisis de los nervios craneales, mielopatía, neuropatía periférica y leucoencefalopatía posterior reversible (RPLS)	IV (E. Shekelle) Blasco, 2011
	En cada valoración explorar en los pacientes la aparición de síntomas de daño neurológico como: confusión, afasia, letargia, somnolencia, convulsiones y coma.	D (E. Shekelle) Blasco, 2011

4.11. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CISTITIS HEMORRÁGICA SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Las infecciones bacterianas constituyen la etiología más frecuente de la cistitis hemorrágica (CIS-H) aguda, las formas crónicas suelen atribuirse a la radioterapia o la quimioterapia de las neoplasias.	IV (E. Shekelle) <i>Manikandan R, 2010</i>
E Se ha vinculado el uso de distintos medicamentos citostáticos con la aparición de CIS-H. Se destacan los análogos sintéticos de la oxazafosforina, como la ciclofosfamida y la ifosfamida	IV (E. Shekelle) <i>Manikandan R, 2010</i>
E Entre los síntomas de toxicidad de la vía urinaria se mencionan la poliaquiuria, disuria, nicturia y hematuria microscópica (7-53% de los pacientes) o macroscópica (0.6- 15%).	IV (E. Shekelle) <i>Manikandan R, 2010</i>
R Se recomienda la vigilancia estricta de la presencia de hematuria microscópica con la medición de tiras reactivas.	D (E. Shekelle) <i>Manikandan R, 2010</i>
E Los efectos tóxicos de la ciclofosfamida dependen de la dosis utilizada y pueden aparecer dentro de las 48 horas de la administración.	IV (E. Shekelle) <i>Manikandan R, 2010</i>
E El uso de mesna parece tener una eficacia comparable con la de la hiperhidratación	IV (E. Shekelle) <i>Manikandan R, 2010</i>
R Tanto la hidratación como la diuresis forzada se emplean para reducir el perfil de toxicidad, así como la irrigación vesical continua, la cual reduce el tiempo de exposición del urotelio.	D (E. Shekelle) <i>Manikandan R, 2010</i>
R Administrar el medicamento de acuerdo a prescripción médica, considerando los efectos secundarios y las interacciones con otros medicamentos	D (E. Shekelle) <i>Bulechek G, 2010</i>

4.12. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE LAS ALTERACIONES DEL ESTADO EMOCIONAL EN EL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Las reacciones ante una mala noticia dependen de la edad, obligaciones personales y familiares, la experiencia previa de enfermedad, los valores y creencias.	IV (E. Shekelle) <i>Astudillo W, 2005</i>
E La información clara y honesta sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento dan la oportunidad al paciente de tomar las decisiones sobre su asistencia más acordes con sus valores y objetivos personales.	IV (E. Shekelle) <i>Astudillo W, 2005</i>
E Una persona no informada no puede tomar decisiones adecuadamente lo que resulta imprescindible ante las crecientes posibilidades de una mayor y más agresiva tecnología diagnóstica y terapéutica de las neoplasias.	IV (E. Shekelle) <i>Astudillo W, 2005</i>
E A lo largo de la enfermedad de una persona hasta su muerte, el paciente se encuentra por múltiples momentos críticos donde necesita compañía, consejo y ayuda por parte del psicólogo o tanatólogo.	IV (E. Shekelle) <i>Astudillo W, 2005</i>
E La familia, así como el paciente con cáncer pasan por varias fases desde el primer impacto emocional	IV (E. Shekelle) <i>Astudillo W, 2005</i>

La intervención se puede enfocar en aspectos físicos, emocionales, mentales, conductuales, sociales o espirituales de la experiencia del paciente. Los tipos de intervención son de:

E

- **Empatía:** Sincroniza o refleja experiencias con otra persona
- **Reajuste:** aspira a llenar necesidades físicas, mentales, conductuales, sociales y espirituales
- **Conexión:** Conecta a la persona con sensaciones corporales, sentimientos, emociones, imágenes, recuerdos, pensamientos, actitudes, creencias, comportamientos, gente, sucesos, entornos, situaciones, etc.
- **Expresión:** Da la oportunidad de compartir o intercambiar ideas o sentimientos con otra persona
- **Interacción:** Da la oportunidad de actuar de manera recíproca
- **Exploración:** Da la oportunidad de investigar problemas, descubrir recursos, evaluar alternativas y elegir soluciones
- **Influencia:** Induce a cualquier cambio en el estado del paciente y estimula, calma, dirige, sugiere, guía, manipula, persuade, estructura y refuerza respuestas específicas
- **Motivación:** Incrementa la probabilidad para enganchar al paciente y hacerlo participar en su tratamiento
- **Validación:** Apoya, alaba, acepta o anima al paciente

IV
(E. Shekelle)

Astudillo W, 2005

R

Es recomendable escuchar y aliviar los miedos de la familia y el paciente con cáncer respecto a sus cuidados y tratamiento.

D
(E. Shekelle)

Astudillo W, 2005

R

Se recomienda favorecer un diálogo donde el paciente exprese sus miedos, sufrimiento futuro, expectativa de vida y preocupaciones sin impedir que llore o irrite, aunque si es conveniente contribuir a establecer límites a su desesperanza.

D
(E. Shekelle)

Astudillo W, 2005

R

Las intervenciones para proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión son:

- Animar al paciente a expresar sentimientos de ira, ansiedad y tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
- Tratar a la persona con dignidad y respeto
- Explicar los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar durante su tratamiento
- Implicar al paciente en sus propios cuidados
- Fomentar las actividades terapéuticas con los seres queridos

D**(E. Shekelle)***Bulechek G, 2009*

4.13. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN Y SU FAMILIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La Educación para la salud es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables.	IV (E. Shekelle) <i>Choque, 2005</i>
E La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también a la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de los mismos.	IV (E. Shekelle) <i>Choque, 2005</i>
E Los estilos de vida saludables son formas de vida que comprenden aspectos materiales, la forma de organización y los comportamientos, como el estar en un ambiente saludable, tener relaciones armoniosas, adecuada autoestima, buena comunicación, conductas saludables, etc.	IV (E. Shekelle) <i>Choque, 2005</i>
E Para gestionar la propia salud es necesario de un patrón que regule e integre a la vida cotidiana, un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas.	IV (E. Shekelle) <i>Nanda International, 2010</i>

E	Para mantener un régimen terapéutico familiar es necesario de un patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulten satisfactorios para alcanzar los objetivos específicos de salud.	IV (E. Shekelle) <i>Nanda International, 2010</i>
R	Considerar cuidados que apoyen el funcionamiento psicosocial que faciliten los cambios en el estilo de vida.	D (E. Shekelle) <i>Bulechek, 2009</i>
R	Informar a la familia y al paciente sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar su propia salud.	D (E. Shekelle) <i>Choque, 2005</i>
R	Dentro de las intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, así como para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de bienestar está: • Apoyo emocional • Asesoramiento • Potenciación del autoestima • Facilitar el duelo • Potenciación de la imagen corporal • Terapia de grupo	D (E. Shekelle) <i>Bulechek, 2009</i>
R	Incluir en la educación de los pacientes la Enseñanza de: actividad /ejercicio prescrito, cuidados de los pies, dieta prescrita, medicamentos prescritos, proceso de enfermedad y procedimiento/tratamiento	D (E. Shekelle) <i>Bulechek, 2009</i>
R	Enseñar al paciente a auto examinarse la cavidad bucal, incluidos los signos y síntomas de que debe notificar para su evaluación.	D (E. Shekelle) <i>Bulechek, 2009</i>
R	Enseñar al paciente a evitar temperaturas extremas y tratamientos químicos del cabello mientras que recibe el tratamiento de quimioterapia.	D (E. Shekelle) <i>Bulechek, 2009</i>

R

Enseñar al paciente a lavarse y peinarse el pelo suavemente y dormir sobre una funda para prevenir una mayor caída del pelo.

D
(E. Shekelle)
Bulechek, 2009

R

Tranquilizar al paciente explicándole que el pelo volverá a crecer una vez finalizado en tratamiento con quimioterapia

D
(E. Shekelle)
Bulechek, 2009

R

Enseñar las consecuencias de la quimioterapia sobre la función sexual, incluida la duración del uso de los anticonceptivos.

D
(E. Shekelle)
Bulechek, 2009

R

Enseñar al paciente y la familia técnicas para el manejo de la energía para evitar la fatiga.

D
(E. Shekelle)
Bulechek, 2009

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 10 años.

Documentos enfocados a la atención del Linfoma No Hodgkin.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema: Linfoma no Hodgkin en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: Non Hodgkin Lymphoma

En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis, therapy, epidemiology, nursing, mortality, prevention and control, psychology, therapy, radiotherapy, complications y se limitó a la población de adultos, mayores de 19 años. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 3 resultados, de los cuales se utilizó 1 guía de práctica clínica por considerarla pertinente y de utilidad en la elaboración de la guía.

Protocolo de búsqueda de GPC.**Resultado Obtenido**

Búsqueda	Resultado
(["Lymphoma, Non-Hodgkin/classification"[Mesh] OR "Lymphoma, Non-Hodgkin/complications"[Mesh] OR "Lymphoma, Non-Hodgkin/diagnosis"[Mesh] OR "Lymphoma, Non-Hodgkin/epidemiology"[Mesh] OR "Lymphoma, Non-Hodgkin/mortality"[Mesh] OR "Lymphoma, Non-Hodgkin/nursing"[Mesh] OR "Lymphoma, Non-Hodgkin/physiology"[Mesh] OR "Lymphoma, Non-Hodgkin/prevention and control"[Mesh] OR "Lymphoma, Non-Hodgkin/psychology"[Mesh] OR "Lymphoma, Non-Hodgkin/radiotherapy"[Mesh] OR "Lymphoma, Non-Hodgkin/therapy"[Mesh]) AND (hasabstract[text] AND "2002/11/30"[PDat] : "2012/11/27"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND Practice Guideline[ptyp] AND "adult"[MeSH Terms])	3

Algoritmo de búsqueda

1. Non Lymphoma Hodgkin [Mesh]
2. Classifications [Subheading]
3. Complications [Subheading]
4. Diagnosis [Subheading]
5. Epidemiology [Subheading]
6. Mortality [Subheading]
7. Nursing [Subheading]
8. Physiology [Subheading]
9. Prevention and Control [Subheading]
10. Psychology [Subheading]
11. Radiotherapy [Subheading]
12. Therapy [Subheading]
13. #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12
8. #1 And #7
9. 2002[PDAT]: 2012[PDAT]
10. Humans [MeSH]
11. #8 and # 10
12. English [lang]
13. Spanish [lang]
14. #12 OR # 13
15. #11 AND # 14
16. Practice Guideline [ptyp]
17. #15 AND #12
18. Aged +19 [MeSH]
19. #17 AND #18
20. - # 1 AND (# 2 OR # 3 OR #4 OR #5 OR #6) AND #9 AND #10 AND (#12 OR #13) and (#16) and #18

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 4 de estos sitios se obtuvieron 19 documentos, de los cuales se utilizaron 7 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	Guidelines.gov	12	4
2	Trip database	0	0
3	Fisterra	1	0
4	Medscape	6	3
Totales		19	7

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de Linfoma no Hodgkin. Se obtuvieron 5 RS, de los cuales 1 tuvo información relevante para la elaboración de la guía

Cuarta etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones narrativas en donde se obtuvieron 10 con información relevante para la elaboración de la guía.

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios

disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006).

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO I

LINFOMAS NO HODGKIN CLASIFICACION DE ESTADIOS CLINICOS DE ANN-ARBOR Y MODIFICACIÓN DE COTSWOLD	
ESTADIO I:	Afectación de un solo grupo ganglionar (I), o de un solo sitio extraganglionar (IE)
ESTADIO II:	Afectación de dos o más grupos ganglionares (II), o de dos sitios extraganglionares (IIE) en uno de los lados del diafragma.
ESTADIO III:	Afectación de grupos ganglionares (a ambos lados del diafragma).
ESTADIO IV:	Afectación diseminada de uno o más órganos extraganglionares. Debe indicarse en subíndice las iniciales de los órganos afectados (M: Médula ósea, H: Hígado, L: Pulmón, P: Pleura, D: Piel.
Criterio Masa tumoral alta (BulkY): Añadir la letra X. Cualquier masa ganglionar igual o superior a 10 cm., medible por exploración física o medios de imagen.	
Síntomas	A: Asintomático
	B: Fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso superior al 10% del peso corporal en los 6 meses previos.

CUADRO II

COMBINACIONES / ESQUEMAS DE TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

CHOP	FCM	CVP	ESHAP	DHAP	Hyper CVAD
Ciclofosfamida	Fludarabina	Ciclofosfamida	Etopósido	Cisplatino	Ciclo 1
Doxorrubicina Adriamicina*	Ciclofosfamida	Vincristina	Cisplatino	Ara-C	Ciclofosfamida
Vincristina	Mitoxantrona	Prednisona	Prednisona	Dexametazona	Adriamicina
Prednisona			Ara-C		Vincristina
					Prednisona
					Ciclo 2
					Metotrexato
					Ara-C

CUADRO III
ESCALA DE TOXICIDAD
(CALGB, SWOG, NCI)

TOXICIDAD	GRADO 0	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
Alergia	Ninguna	Edema	Broncoespasmo sin tratamiento parenteral	Broncoespasmo con tratamiento parenteral	Anafilaxia
Cutánea	Ninguna	Erupción macular o papular, o eritema simple	Igual, con prurito y otra sintomatología	Erupción generalizada y vesicular	Dermatitis exfoliativa o ulcerada
Local	Ninguna	Dolor	Dolor e inflamación o flebitis	Ulceración	Se precisa cirugía
Escalofríos	Ausencia	Leves o breves	Intensos y prolongados		
Fiebre inmediata	Ausencia	37-38 °C.	38 – 40°C	Más de 40 ° C. duración inferior a 24 hrs	Más de 40°C más de 24 horas o hipotensión
Perfil sanguíneo anormal: leucopenia, alteración de los factores de coagulación, trombocitopenia, disminución de la hemoglobina.					

5.4 CUADRO DE MEDICAMENTOS

CUADRO 4: MEDICAMENTOS EMPLEADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL LINFOMA NO HODGKIN

Clave	Principio Activo	Efectos adversos	Interacciones	Medidas de Precaución
175101	CICLOFOSFAMIDA	Cardiovasculares: cardiotoxicidad con dosis elevadas y con doxorubicina, rubor. Gastrointestinales: Náusea, vómito, anorexia, dolor abdominal, estomatitis, mucositis. Genitourinario: Cistitis Hemorrágica, infertilidad. Hematológico: Leucopenia, trombocitopenia, anemia. Hepático: Hepatotoxicidad. Metabólico: Hiperuricemia, SIADH. Respiratorio: Fibrosis pulmonar con dosis elevadas. Piel: Alopecia reversible, rash, pigmentación, cambios en las uñas, prurito. Otros: Posibilidad de segunda neoplasia, anafilaxia, reacciones de hipersensibilidad.	Alopurinol: Puede incrementar la mielosupresión, monitorizar al paciente por posible toxicidad. Anticoagulantes: Puede aumentar el efecto anticoagulante, monitorizar al paciente por posibilidad de sangrado. Aspirina, AINES: Puede aumentar el riesgo de sangrado, evitar uso concomitante. Barbitúricos: Pueden aumentar la toxicidad de la ciclofosfamida. Drogas cardiotoxicas: Pueden aumentar efectos adversos cardíacos. Cloranfenicol, corticoesteroides: Puede reducir la actividad de la ciclofosfamida. Ciprofloxacina: Puede disminuir el efecto antimicrobiano. Digoxina: Puede disminuir niveles de digoxina. Succinilcolina: Puede prolongar el bloqueo neuromuscular, evitar su uso concomitante.	- No deberá administrarse la droga a la hora de acostarse, debido a que micciones infrecuentes durante la noche aumentan la posibilidad de cistitis, si la cistitis ocurre deberá suspenderse el medicamento y notificar al médico tratante. - Hidratar adecuadamente al paciente antes y después de cada dosis disminuye el riesgo de cistitis. - Tener precaución al administrar la dosis, que sea la correcta disminuirá el riesgo de toxicidad cardíaca. - Monitorizar Citología Hemática, función renal y hepática. - Monitorizar niveles de ácido úrico, para prevenir hiperuricemia con la cual resultaría una nefropatía por ácido úrico. - Para prevenir el sangrado, evitar todas las administraciones intramusculares cuando la cuenta plaquetaria sea menor de 50,000/mm³. - Los efectos terapéuticos no siempre van acompañados por toxicidad.
047200 047300	PREDNISONA	SNC: Euforia, insomnio, psicosis, pseudotumor cerebral, vértigo, cefalea, parestesias, convulsiones. Cardiovascular: Falla cardíaca, hipertensión, edema, arritmias, tromboflebitis, tromboembolismo. Gastrointestinal: Úlcera Péptica, pancreatitis, aumento de apetito, náusea, vómito. Genitourinario: Alteraciones menstruales, hipercalcemia. Metabólicos: hipopotasemia, hiperglucemia, intolerancia a los carbohidratos, hipercolesterolemia, hipocalcemia. Musculo esquelético: Detención de crecimiento en niños, debilidad muscular, osteoporosis. Piel: Hirsutismo, acné, erupciones cutáneas. Después de suspensión brusca: Inflamación, fatiga, debilidad, artralgias, fiebre, mareo, el retiro brusco del medicamento puede ser fatal.	Aspirina, Indometacina y otros AINE: Aumentan el riesgo de alteraciones Gastrointestinales y sangrado. Barbitúricos, carbamacepina, fenitoína, rifampicina: Pueden disminuir el efecto del corticoesteroide, aumentar dosis. Ciclosporina: Aumenta la toxicidad y causa convulsiones. Anticoagulantes orales: Pueden alterar los requerimientos de la dosis, monitorizar estrechamente TP e INR. Salicilatos: Pueden disminuir nivel de salicilatos. Toxoides y vacunas: Disminuye la respuesta de anticuerpos y aumenta el riesgo de complicaciones neurológicas, evitar su uso concomitante.	- Determinar si el paciente es sensible a otros corticoesteroides. - El medicamento puede utilizarse alternando días. - Siempre ajustar a la dosis mínima efectiva. - La mayoría de los efectos adversos son dosis o duración dependientes. - Para mejores resultados y menos toxicidad, dar una dosis diaria por la mañana. - Siempre que no esté contraindicado se dará la dosis oral con las comidas para reducir la irritación gastrointestinal (GI). - El paciente puede requerir medicación para prevenir la irritación GI. - La solución oral deberá diluirse en jugo o algún otro diluyente saborizado o con comidas semisólidas como puré de manzana. - Monitorizar Presión Arterial, patrones de sueño y niveles de potasio. - Pesar al paciente diariamente, reportar al médico tratante la ganancia de peso.

				• Valorar en el paciente efectos Cushing incluyendo, cara de luna llena, giba de búfalo, obesidad central, adelgazamiento del pelo. • Valorar depresión o episodios psicóticos, especialmente durante la terapia a dosis altas. • Los pacientes diabéticos pudieran necesitar dosis más altas de insulina, monitorizar niveles de glucosa. • Pacientes ancianos son más propensos a padecer osteoporosis con tratamientos prolongados. • Este medicamento puede enmascarar patologías parasitarias incluyendo una amebiasis latente. • Si no está contraindicado dar dieta baja en sodio con potasio alto y proteínas, dar suplementos de potasio en caso necesario. • Reducir gradualmente las dosis después de un tratamiento prolongado.
176800	SULFATO DE VINCISTINA	SNC: disminución de reflejos osteotendinosos profundos, parestesias, neuropatía periférica, coma, convulsiones, ataxia, parálisis de nervios craneales, fiebre, cefalea. Cardiovascular: Hipertensión, hipotensión. Ojos, oídos, nariz y garganta: Ceguera, diplopía, neuropatía óptica y extraocular, fotofobia, ptosis, alteraciones visuales, parálisis de cuerdas vocales. Gastrointestinal: Constipación, náusea, estomatitis, vomito, necrosis intestinal, anorexia, diarrea, disfagia, íleo que semeja abdomen agudo, íleo paralítico. Genitourinario: Disuria, poliuria, SIADH, retención urinaria. Hematológico: Leucopenia, trombocitopenia, anemia. Metabólico: Hiponatremia, pérdida de peso. Musculo esquelético: Calambres, dolor mandibular, debilidad muscular. Respiratorio: Broncoespasmo agudo, disnea. Piel: Flebitis, celulitis, rash, alopecia reversible, reacción local severa seguida de extravasación.	Incompatible con: • Cefepime • Furosemida • Idarubicina • Bicarbonato de Sodio Asparaginasa: Disminuye la aclaración hepática de la vincristina, el uso concomitante resulta en neurotoxicidad auditiva. Digoxina: Disminuye efectos de la digoxina. Mitomicina: Puede aumentar la incidencia de broncoespasmo y reacciones pulmonares agudas. Drogas Ototóxicas: Puede aumentar la ototoxicidad. Fenitoína: Reduce niveles de fenitoína.	• El paciente que toma concomitantemente mitomicina tiene un riesgo elevado de padecer broncoespasmo que comprometa la vida, por lo que se monitorizará después de la administración de la dosis y se informará inmediatamente al médico en caso de que ocurra. • Si se desarrolla un Síndrome de Secreción Inapropiada de Hormona Antidiurética (SIADH) durante el tratamiento es necesaria la restricción de líquidos, monitorizar ingresos y egresos. • Por el riesgo elevado de neurotoxicidad, no se administrara el medicamento más de una vez a la semana, la toxicidad relacionada a la dosis es reversible. • Pacientes ancianos y aquellos con neuropatía de base, son más susceptibles a los efectos neurotóxicos. • Valorar reflejo del Tendón de Aquiles. • Monitorizar función intestinal, administrar ablandadores de heces, laxantes o agua posterior a la toma. La constipación es un signo temprano de neurotoxicidad. • Se conoce que al suspender el medicamento existe retención urinaria, particularmente en pacientes ancianos los primeros días posteriores a la terapia. • ALERTA: El medicamento es fatal administrado intratecalmente, es para uso IV únicamente.
176600	DOXORRUBICINA	Cardiovascular: arritmias, falla ventricular izquierda, cardiomiopatía irreversible.	Incompatibilidad con: • Alopurinol	• Si ocurriera extravasación durante la administración del medicamento, detener la infusión

		Ojos, oídos, nariz y garganta: Conjuntivitis. Gastrointestinal: Náusea, vómito, diarrea, estomatitis, esofagitis, anorexia. Genitourinario: Orina roja transitoriamente. Hematológico: Leucopenia, trombocitopenia, mielosupresión. Metabólico: Hiperuricemia. Piel: Celulitis y necrosis en caso de extravasación, urticaria, enrojecimiento facial, alopecia total en 3 a 4 semanas, hiperpigmentación de uñas.	• Aluminio • Aminofilina • Diluyentes bacteriostáticos • Cefepime • Dexametasona • Fosfato de sodio • Diacepam • Fluorouracilo • Furosemida • Ganciclovir • Heparina Sódica Bloqueadores de canales de calcio: Pueden aumentar efectos cardiotoxicos, monitorizar al paciente con EKG estrechamente. Ciclosporina: Puede aumentar la concentración de doxorubicina. Digoxina: Disminuye niveles de digoxina. Fenitoína y Fosfenitoína: Puede disminuir niveles de estas drogas. Paclitaxel: Puede disminuir el aclaramiento de la doxorubicina. Fenobarbital: Puede aumentar el aclaramiento de doxorubicina.	inmediatamente, aplicar hielo en el área por 24-48 horas y notificar al médico tratante. Valorar el área constantemente puesto que la extravasación puede ser progresiva. • El medicamento puede causar necrosis del tejido, por lo que una interconsulta temprana con el cirujano plástico puede ser recomendable. • Realizar exámenes para valoración de función cardíaca, incluyendo EKG y Fracción de eyección. • La rápida lisis de las células leucémicas puede provocar hiperuricemia, para lo cual el alopurinol puede estar indicado. • La premedicación con un antiemético reduce las náuseas. • En caso de que ocurra contacto de piel o mucosas, se lavará inmediatamente con agua y jabón. • Nunca administrar el medicamento por vía Intramuscular o subcutánea. • Pacientes con mielosupresión, alteración de función hepática o cardíaca se les deberá ajustar la dosis. • Monitorizar en EKG cambios como taquicardia sinusal, depresión del segmento ST, reducción del voltaje, etc. • Durante los primeros 10-15 días habrá leucopenia, con recuperación hacia el día 21. • Si se desarrolla taquicardia, disminuir la infusión o suspenderla y notificar al médico
543300 544500	RITUXIMAB	SNC: Astenia, fiebre, cefalea, agitación, Mareo, fatiga, hiperestesia, hipertonía, insomnio, malestar general, nerviosismo, dolor, parestesias, somnolencia, vértigo. Cardiovascular: Hipotensión, arritmias, bradicardia, dolor torácico, edema, enrojecimiento, hipertensión, edema periférico, taquicardia. Gastrointestinal: Náusea, vómito, dolor abdominal, distensión abdominal, anorexia, diarrea, dispepsia, alteración del gusto. Genitourinario: Insuficiencia renal aguda. Hematológico: Leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, anemia. Metabólico: Hiper glucemia, hipocalcemia, pérdida de peso. Musculoesquelético: Artritis, lumbalgia, mialgias. Respiratorio: Broncoespasmo, bronquitis, tos, disnea. Piel: Prurito, rash, reacciones mucocutaneas	Cisplatino: Puede causar toxicidad renal.	• Monitorizar al paciente estrechamente en busca de signos y síntomas de hipersensibilidad. • Existen drogas como epinefrina, antihistamínicos y corticoesteroides que se pueden administrar de inmediato en caso de tal reacción. • Pre-medica con acetaminofén y difenhidramina antes de cada infusión. • Monitorizar estrechamente la presión arterial del paciente durante la infusión, si existe hipotensión, broncoespasmo, o angioedema, detener la infusión y reiniciarla cuando los síntomas se resuelvan. • Evitar antihipertensivos 12 horas antes de la infusión puesto que la hipotensión en el curso de la infusión ocurre frecuentemente. • Detener la infusión si existiesen arritmias que pongan en peligro la vida. • De 1 a 13 semanas posteriores al tratamiento, severas reacciones mucocutáneas pueden aparecer,

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR (LNHF)

		graves, urticaria. Otros: resfriados, angioedema, reacción a la infusión, infección, síndrome de lisis tumoral, conjuntivitis, rinitis, sinusitis, dolor de garganta.		incluyendo necrólisis epidérmica tóxica, Stevens-Johnson, liquenificación y dermatitis vullosa. Todas las reacciones adversas relacionadas con la administración del fármaco son más severas con la primera infusión, las subsecuentes suelen ser bien toleradas. • NOTA: Esta droga puede causar Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva incluso 12 meses después de suspenderlo, en caso de cambios en el estado neurológico del paciente, sospechar esta patología.
3432	DEXAMETAZONA	Catarata, síndrome de Cushing, obesidad, gastritis, súper infecciones, glaucoma, hiperglucemia, hipercatabolismo muscular, cicatrización retardada, retraso en el crecimiento	El alcohol y antiinflamatorios incrementan los efectos adversos gastrointestinales. Efedrina, fenobarbital y rifampicina disminuye el efecto terapéutico	Riesgo en el embarazo
2012	ANFOTERICINA B	Anemia, cefalea, neuropatía periférica, arritmias cardíacas, hipotensión, náuseas, vómito, diarrea, hipokalemia, disfunción renal	Con otros antibióticos nefrotóxicos aumenta la toxicidad renal	Precaución en disfunción renal
4260	NISTATINA	Náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal y ocasionalmente prurito y dermatitis	Ninguna de importancia clínica	Riesgo en el embarazo
5428	ONDASETRON	Cefalea, diarrea, estreñimiento y reacciones de hipersensibilidad	Inductores o inhibidores del sistema enzimático microsomal hepático modifican su transformación	Riesgo en el embarazo Valorar riesgo beneficio en lactancia
0406 0405	DIFENHIDRAMINA	Somnolencia, inquietud, ansiedad, temor, temblores, crisis convulsivas, calambres, debilidad, vértigo, mareo anorexia, náusea, vómito, diplopía, diaforesis, calosfríos, palpitaciones, taquicardia, reseca de boca, nariz y garganta.	La administración concomitante con antihistamínicos, bebidas alcohólicas, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos u otros depresores del SNC aumentan su efecto sedante	No se recomienda en menores de 2 años
1707	ACIDO FOLINICO	Reacciones de hipersensibilidad	Antagoniza los efectos anticonvulsivos de fenobarbital, fenitoína y primidona,	Precauciones en caso de anemia perniciosa Riesgo en el embarazo
4442	APREPITAN	Fatiga Náusea Constipación Diarrea Anorexia Cefalea Vómito Mareo Deshidratación Dolor abdominal Gastritis	Con los anticonceptivos y la fluvastatina disminuye su efecto.	Riesgo en el embarazo
4230	ETOPOSIDO	Mielosupresión Leucopenia Trombocitopenia Hipotensión durante la administración. Náusea y vómito Flebitis Cefalea y fiebre Alopecia	Con warfarina se alarga el tiempo de protombina Con medicamentos mielosupresores aumenta efectos adversos.	No administrar intratecal o intratecal

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO CON LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR (LNHF)

5432	FILGASTRIM	Nausea, Vómito Diarrea Anorexia Disnea Tos Mialgias Fatiga Debilidad generalizada Esplenomegalia	Los medicamentos mielosupresivos disminuyen su efecto terapéutico	Valorar riesgo beneficio en insuficiencia renal, insuficiencia hepática y procesos malignos de tipo mieloide.
5455	FLURADABINA	Neutropenia Trombocitopenia Anemia. Síndrome de lisis tumoral. Estomatitis, anorexia, nausea, vómito, diarrea, hemorragia gastrointestinal, edema, disnea, tos, erupciones cutáneas, trastornos visuales, agitación psicomotora, desorientación y debilidad.	Con medicamentos que producen mielosupresión y con radioterapia aumentan los efectos adversos. Con Pentostatina (desoxicoformicina) incidencia alta de complicación pulmonar fatal. Su eficacia disminuye con dipiridamol y otros inhibidores de la captación de adenosina	Valorar riesgo beneficio en pacientes con depresión de médula ósea, antecedentes de neurotoxicidad a la quimioterapia, insuficiencia renal e infecciones graves
4441	GRANISETRON	Cefalea y constipación nasal, rara vez reacciones de hipersensibilidad con exantema cutáneo y anafilaxia. Aumento leve de transaminasas	Aumenta su depuración plasmática con fenobarbital. No interacciona con la quimioterapia contra el cáncer ni con los medicamentos antiulcerosos, benzodicepinas, ni con los neurolépticos.	Riesgo en el embarazo
4434 5441	IDARUBICINA	Cefalea, neuropatía periférica y convulsiones, fibrilación auricular, infarto al miocardio e insuficiencia cardíaca; nausea, vomito diarrea, enterocolitis; insuficiencia renal; mielosupresión; cambios en la función hepática y necrosis tisular; alopecia fiebre e hiperglucemia	La Estreptocinasa aumenta los valores en sangre. No mezclar con heparina por incompatibilidad química	No aplicar en insuficiencia renal y hepática, supresión de medula ósea y cardiopatía
4432	IFOSFAMIDA	Disuria, hematuria, cilindruria y cistitis. Mielosupresión, somnolencia, confusión y psicosis depresiva. Nausea y vomito.	Con Mesna se disminuye el riesgo de irritación en las vías urinarias. Incrementa la mielosupresión con otros fármacos oncológicos	Riesgo en el embarazo
4433	MESNA	Disgeusia, diarrea, nausea, vomito, fatiga, hipotensión.	Previene efecto adverso de ifosfamida	Precauciones en trombocitopenia
4437	PALONOSETRON	Cefalea y estreñimiento, diarrea, fatiga, mareo, dolor abdominal, insomnio.	El potencial de interacciones clínicamente significativas parece ser muy bajo. En estudios clínico controlados se ha administrado con seguridad junto con agentes corticoesteroides, analgésicos, antieméticos/antinaúsea antiespasmódicos y anticolinérgicos. No inhibe la actividad antitumoral de agentes antitumores.	Administrar con precaución en pacientes que presenten prolongación de los intervalos de conducción cardíaca, particularmente intervalo QT.
5427	TROPISETRON	Cefalea, estreñimiento, hipertensión, somnolencia y reacciones de hipersensibilidad.	Ninguna de importancia clínica.	Precaución en trastornos cardiovasculares o daño hepático

Cuadro Básico IMSS: http://www.imss.gob.mx/transparencia/CuadrosBasicos/Documents/cb_medicamentos_imss_feb2012.pdf

CUADRO V

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 11 Seguridad/ Protección	CLASE: 1 Infección	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
		DOMINIO: Salud fisiológica(II)	- Temperatura corporal - Recuento absoluto leucocitario	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
Riesgo de infección R/C defensas secundarias inadecuadas (leucopenia) y agentes farmacológicos (inmunosupresores).		CLASE: Respuesta inmune(H)			
		RESULTADO: Estado Inmune			
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)					
CAMPO: 4 Seguridad		CLASE: V Control de riesgos			
INTERVENCIÓN : Control de infecciones					
Actividades: - Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados. - Mantener técnicas de aislamiento. - Limitar el número de visitas. - Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos. - Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavados de manos. - Indicar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. - Poner en práctica precauciones universales. - Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales.			Actividades: - Lavarse las manos antes y después de estar en contacto con el paciente. - Fomentar el baño y el aseo del paciente. - Administrar terapia con antimicrobianos, si procede. - Valorar el recuento celular leucocitario. - Cambiar los sitios de líneas I.V. periférica y de línea central, así como la curación de catéter central, de acuerdo con los consejos actuales de los CDC. - Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas I.V.		

(NANDA) (ED. FR .CD)					
DOMINIO: 12 Confort CLASE: 1 Confort físico		RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
Nauseas R/C fármacos (quimioterapia) M/P aversión a los alimentos, sensación nauseosa, aumento de la salivación, informes de náuseas y sabor agrio en la boca.		DOMINIO: Salud percibida (V) CLASE: Sintomatología (V)	- Disminución de la ingesta de líquidos. - Disminución de la ingesta de alimentos. - Pérdida de peso. - Malestar.	1 Grave 2 sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
PROBLEMA COLABORACIÓN (P. E.S)		RESULTADO: Náuseas y vómitos: efectos nocivos			
Nauseas S/A antineoplásicos M/P aversión a los alimentos, sensación nauseosa, aumento de la salivación, informes de náuseas y sabor agrio en la boca.					
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)					
CAMPO: 1. Fisiológico Básico		CLASE: E Fomento de la comodidad física			
INTERVENCION: Manejo de las nauseas					
Actividades: - Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo frecuencia, duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como diario de auto cuidado. - Observar si hay manifestaciones no verbales de incomodidad, especialmente en pacientes incapaces de comunicarse de manera eficaz. - Evaluar experiencias pasadas con nauseas. - Asegurarse que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas. - Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para el paciente con nauseas.		Actividades: - Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida (apetito, actividad, desempeño laboral, responsabilidad y sueño). - Controlar los factores ambientales que pueden evocar nauseas. (malos olores, ruido y estimulación visual). - Reducir o eliminar los factores personales que desencadenen o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y ausencia de conocimiento) - Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, durante y después de la quimioterapia.			

PROBLEMA COLABORACIÓN (P. E.S)		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
Cistitis hemorrágica S/A tratamiento de quimioterapia M/P hematuria, tenesmo vesical, disuria, dolor suprapubico y nicturia.	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Eliminación (F) RESULTADO: Función renal	- Hematuria - Malestar	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: 1 Fisiológico básico CLASE: Control de la eliminación		CAMPO: 2 Fisiológico complejo CLASE: H Control de fármacos		
INTERVENCION: Manejo de la eliminación urinaria		INTERVENCION : Manejo de la medicación		
Actividades: - Controlar periódicamente la eliminación urinaria. - Instruir al paciente y familia acerca de presencia de signos y síntomas de cistitis hemorrágica. - Avisar al médico si se presenta hematuria. - Verificar la ingesta de líquidos abundantes de 2 a 3 litros diarios para mantener una adecuada diuresis. - Control de ingresos y egresos de líquidos. - Vigilar que el PH de la orina este alcalina.		Actividades: - Administrar los fármacos de acuerdo con la prescripción médica. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Observar si hay signos y síntomas de toxicidad a la medicación. - Facilitar los cambios de medicación con el médico. - Controlar el cumplimiento del régimen de medicación. - Explicar al paciente y / o a la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación		

PROBLEMA COLABORACIÓN (P. E.S)		CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
Neurotoxicidad S/A agentes antineoplásicos M/P confusión, somnolencia, irritabilidad, ataxia, demencia, temblor y convulsiones.	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
	DOMINIO: Salud fisiológica (II)	• Orientación cognitiva.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos	
	CLASE: Neurocognitiva (I)				
	RESULTADO: Estado neurológico: consciencia				
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)					
CAMPO: 4 Seguridad CLASE: V Control de riesgos		CAMPO: 4 Seguridad CLASE: V Control de riesgos			
INTERVENCION : Monitorización neurológica		INTERVENCION : Prevención de caídas			
Actividades: Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. Vigilar el nivel de conciencia Comprobar el nivel de orientación Vigilas las tendencias en la Escala de Coma de Glasgow Notificar al médico los cambios en el estado del paciente.		Actividades: • Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. • Ayudar a la de ambulación de la persona inestable • Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar), para conseguir una de ambulación estable. • Bloquear las ruedas de sillas, camas u otros dispositivos en la transferencia del paciente • Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. • Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse. • -Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama. • Colocar la cama mecánica en la posición más baja. • Proporcionar al paciente dependiente, medios de solicitud de ayuda, timbre o luz de llamada cuando el cuidador esté ausente			

PROBLEMA COLABORACIÓN (P. E.S)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
Pancitopenia S/A Linfoma no Hogdkin y quimioterapia M/P leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, hipertermia, hemorragia, infección sistémica, debilidad, palidez.	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
	DOMINIO: Salud fisiológica (II)	- Recuento leucocitario - Título de anticuerpos	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
	CLASE: Respuesta inmune (E)			
RESULTADO. Estado inmune				
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Fisiológico: Complejo		CLASE: N Control de la Perfusión tisular		
INTERVENCIÓN: Administración de productos sanguíneos				
Actividades: - Verificar indicaciones médicas. - Obtener historia de transfusiones del paciente. - Verificar que el producto sanguíneo ha sido preparado y clasificado, y que se ha realizado concordancia de cruce para el receptor. - Verificar el paciente, el tipo de sangre, RH, el número de unidad, fecha de caducidad y registrar en la hoja de transfusiones y hoja de registros clínicos de enfermería. - Conjuntar el sistema de administración con el filtro adecuado para el producto sanguíneo y el estado inmune del receptor. - Enseñar al paciente los signos y síntomas de las reacciones a una transfusión (pica, vértigo, falta de aliento y dolor torácico). - Abstenerse de realizar transfusión de productos extraídos de refrigeración controlada durante más de 4 horas.		Actividades: - Cambiar el filtro de administración al menos cada 4 horas. - Registrar la duración de la transfusión en la hoja de transfusiones. - Registrar el volumen transfundido en la hoja de transfusiones y de registros clínicos de enfermería. - Vigilar el sitio de punción IV para ver si hay signos de infiltración flebitis e infección local. - Control de signos vitales, pre, trans y post transfusión. - Detener la transfusión si se produce reacciones sanguíneas y mantener las venas despejadas con solución salina. - En caso de reacción sanguínea, notificarlo inmediatamente al médico y al laboratorio. - Llevar a la práctica las precauciones universales.		

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 11 Seguridad/protección	CLASE: 2 Lesión física	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
		DOMINIO: Salud fisiológica(II)	• Lesiones de la membrana mucosa	1 Grave	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
Deterioro de la mucosa oral R/C quimioterapia M/P lengua saburra; dificultad para hablar, dificultad para comer, dificultad para deglutir, disminución del sentido del gusto, dolor oral, lesiones orales, informes de mal sabor de boca, estomatitis, parches o placas blancos.	CLASE: Integridad tisular (L)	2 Sustancial			
	RESULTADO: Integridad tisular: piel y membranas mucosas	3 Moderado			
		4 Leve			
		5 Ninguno			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)					
CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo			CLASE: N Control de la perfusión tisular		
INTERVENCIÓN : Restablecimiento de la salud bucal					
Actividades: • Extraer las dentaduras postizas en caso de estomatitis grave. • Utilizar un cepillo de dientes suave para la extracción de restos alimenticios. • Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal, solución de peróxido de hidrogeno o solución de nistatina. • Vigilar labios, lengua, membranas mucosas, fosas tonsilares y encías para determinar la humedad, color, textura, presencia de restos e infección, disponiendo para ello de una buena iluminación y un abate lenguas para la lengua. • Determinar la percepción del paciente sobre sus cambios de gusto, deglución, calidad de la voz y comodidad. • Aconsejar al paciente que informe inmediatamente al médico sobre cualquier signo de infección.			Actividades: • Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, pastas de protección bucal y analgésicos tópicos o sistémicos. • Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario. • Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos. • Aumentar el cuidado bucal a una frecuencia de cada 2 horas y dos veces por la noche, si la estomatitis no estuviera controlada. • Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis. • Consultar con el médico si los signos y síntomas de glositis y estomatitis persisten o empeoran. • Planificar comidas de poca cantidad, frecuentes; seleccionar alimentos suaves, y servir los alimentos a temperatura ambiente o fríos. • Aumentar la ingesta de líquidos en el paciente. • Aplicar anestésicos tópicos, pastas de protección bucal o analgésicos sistémicos, si es preciso.		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			

(ED. FR .CD)					
DOMINIO: 11 Seguridad / protección		CLASE: 2 Lesión física	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Riesgo de deterioro de la integridad tisular R/C irritantes químicos (extravasación de la vía venosa de perfusión).			DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Integridad tisular (L) RESULTADO: Integridad tisular: piel y membranas mucosas	- Temperatura de la piel. - Sensibilidad - Integridad de la piel - Lesiones cutáneas. - Eritema. - Necrosis - Induración	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido 1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno
					Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
CAMPO: Fisiológico: complejo CLASE: L Control de la piel/heridas			CAMPO: Fisiológico: complejo CLASE: H Control de fármacos		
INTERVENCIÓN :Vigilancia de la piel			INTERVENCIÓN : Manejo de la medicación		
Actividades: - Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel. - Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema. - Valorar el estado de la zona de incisión. - Tomar nota de los cambios en la piel. - Suspender inmediatamente el tratamiento con quimioterapia en caso de extravasación del medicamento. - Retirar lo que queda del medicamento aspirando con una aguja y jeringa a través del sitio de punción. - Notificar al médico en caso de extravasación del medicamento.			Actividades: - Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo. - Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación. - Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. - Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación. - Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación. - Explicar al paciente y/o familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.		

• Administrar medicamento de acuerdo a indicación médica. • Aplicación de hielo en el sitio de lesionado. • Elevación del miembro lesionado. • Registrar en la hoja de registros de enfermería la lesión y su evolución. • Orientar al paciente acerca de los signos y síntomas de extravasación del medicamento (sensación de quemazón, dolor o tumefacción en la zona de punción venosa).	• Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios del fármaco. • Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación. • Asegurarse que el catéter periférico este bien situado en la vena antes de la administración del fármaco. • Durante la administración o infusión del medicamento comprobar frecuentemente el retorno de sangre y vigilar el sitio de inserción. • Se recomienda que la punción sea en el antebrazo cuando se aplique quimioterapia. (Porque el dorso de la mano está cubierta por poca piel y en caso de extravasación el daño es mayor). • Finalizada la perfusión del fármaco la vena debe lavarse durante unos minutos con solución salina o glucosada para evitar el reflujo de sangre conteniendo grandes concentraciones de cito tóxicos. • En ausencia de reacción alérgica se procede a la administración de quimioterapia. • Premedicar al paciente, según indicación médica. • Realización de dosis de prueba, para conocer la sensibilidad del medicamento. • Durante la administración de la quimioterapia tener listo el carro de paro. • Observar y valorar los signos y síntomas pulmonares que presente el paciente. • Administrar oxígeno si es necesario. • Abundante ingesta de líquidos.
---	---

DOMINIO: 4 Actividad/reposo	CLASE: 4 Respuesta Cardiovascular/ Pulmonar	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Riesgo de sangrado R/C efectos secundarios relacionados con el tratamiento (quimioterapia)		DOMINIO: Salud fisiológica(II) CLASE: Cardiopulmonar (E) RESULTADO. Coagulación sanguínea	• Hematomas • Hematuria • Melenas • Hemoptisis • Encías sangrantes	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo

CLASE: N Control de la perfusión tisular

INTERVENCIÓN : Prevención de hemorragia

Actividades:

- Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia.
- Anotar los niveles de hemoglobina
- Observar si hay signos y síntomas de hemorragia (comprobar todas las secreciones para ver si hay presencia de sangre franca u oculta).
- Controlar los signos vitales ortostáticos, incluyendo la presión sanguínea.
- Mantener reposo en cama durante el riesgo de sangrado.
- Proteger al paciente de traumas que puedan ocasionar la hemorragia.
- Evitar inyecciones I.V, I.M o subcutánea.
- Ordenar al paciente que deambula que calce zapatos.

Actividades:

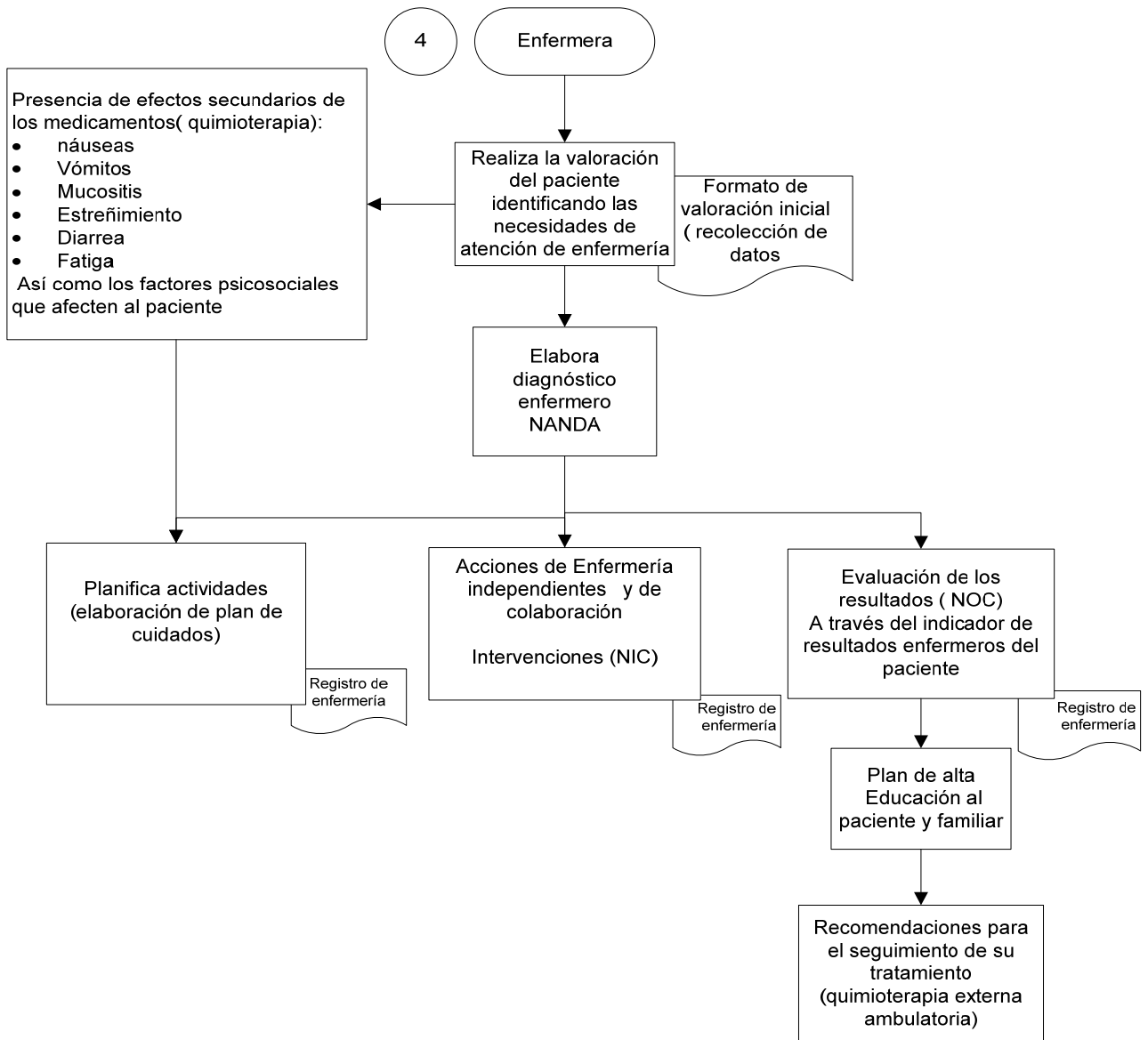
- Utilizar cepillo de dientes blandos en la higiene bucal.
- Evitar procedimientos invasivos; si fueren necesarios vigilar de cerca por si se produce hemorragia.
- Coordinar los procedimientos invasivos con las transfusiones de plaquetas.
- Evitar tomar temperaturas rectales.
- Administrar medicamentos antiácidos.
- Utilizar colchones terapéuticos para minimizar el trauma de la piel.
- Evitar estreñimientos, fomentando la ingesta de líquidos y laxantes.
- Instruir al paciente y/o familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas, si se produjeran hemorragias.

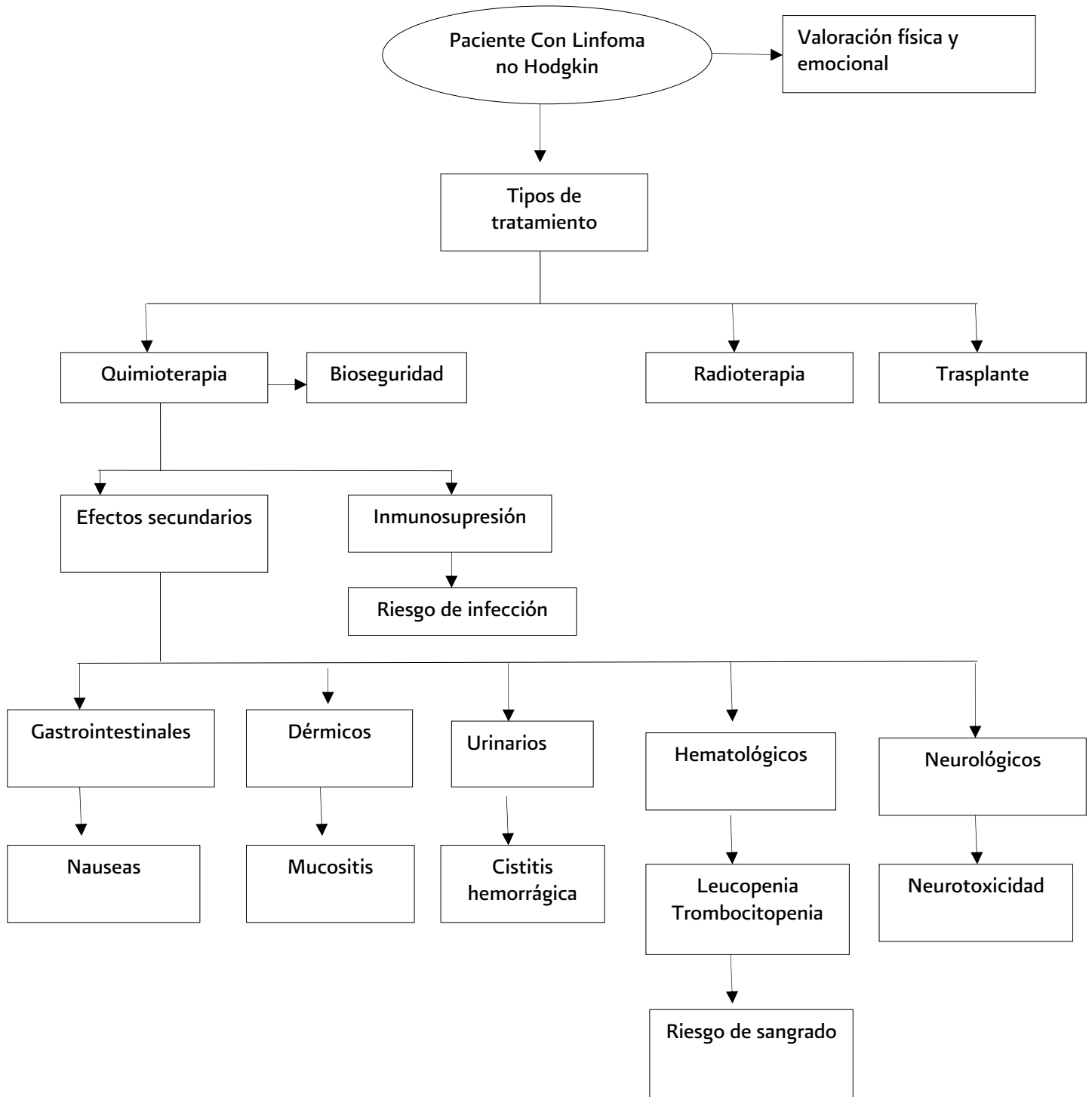
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) (ED. FR.CD)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 6 Auto percepción	CLASE: 1 Autoconcepto	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Desesperanza R/C deterioro del estado fisiológico, perdida de la fe en un poder espiritual, estrés de larga duración y prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento m/p cerrar los ojos; disminución de las emociones, disminución del apetito, de la respuesta a los estímulos y de la verbalización; pasividad, encogerse de hombros en respuesta a la persona que le habla, trastorno del patrón de sueño, volverse hacia el lado contrario de la persona que habla.		DOMINIO: Salud psicosocial (III)	-Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.	1 Nunca demostrado	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
		CLASE: Adaptación psicosocial (N)	-Expresa sentimientos sobre el estado de salud.	2 Raramente demostrado	
		RESULTADO: Aceptación. Estado de salud	-Se adapta al cambio en el estado de salud.	3 A veces demostrado	
				4 Frecuentemente demostrado	
				5 siempre demostrado	
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)					
CAMPO: 3 Conductual		CLASE: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles			
INTERVENCIÓN : Apoyo emocional					
Actividades:					
• Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Realizar afirmaciones enfáticas a de apoyo. • Abrazar o tocar al paciente para darle apoyo. • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. • No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado. • Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.					

CUADRO VI

Evaluación de la mucositis	
Grado	Clasificación de signos y síntomas
0	Ningún síntoma
1	Boca dolorida, sin úlceras
2	Boca dolorida, con úlceras, pero con capacidad para comer normalmente
3	Dieta a base de líquidos solamente
4	Incapacidad de comer o beber

5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO





6. GLOSARIO.

Acupuntura: Es una técnica de medicina tradicional china que trata de la inserción y la manipulación de agujas en el cuerpo con el objetivo de restaurar la salud y el bienestar en el paciente.

Alopecia: Pérdida del cabello

Antiemético: Normalmente referido a fármacos, aquellos que impiden el vómito (emesis) o la náusea. Típicamente se usan para tratar cinetosis y los efectos secundarios de los analgésicos opioides, de los anestésicos generales y de la quimioterapia dirigida contra el cáncer.

Antineoplásico: Son sustancias que impiden el desarrollo, crecimiento, o proliferación de células tumorales malignas. Estas sustancias pueden ser de origen natural, sintético o semisintético.

Barbitúricos: Son una familia de fármacos derivados del ácido barbitúrico que actúan como sedantes del sistema nervioso central y producen un amplio esquema de efectos, desde sedación suave hasta anestesia total.

Bioseguridad: Es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a personas, laboratorios, áreas hospitalarias y medio ambiente de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico.

Cáncer: Es un conjunto de enfermedades cuyo denominador común consiste en que se desarrollan células anormales con un crecimiento incontrolado que reproducen más o menos atípicamente las células del tejido en el que aparecen, y que pueden comportarse de diferentes modos, pero que en general tienden a llevar a la muerte a la persona que proceden sin el tratamiento adecuado. (célula cancerígenas o cancerosas) cuya malignidad es variable según órganos y sistemas.

Características definitorias: Parte tercera del sistema diagnóstico y consta de los signos y síntomas que se han recogido durante la fase de valoración.

Células de Reed-Sternberg: Células gigantes malignas encontradas en biopsias de ganglios linfáticos de personas con un tipo de linfoma conocido como la enfermedad de Hodgkin. Se originan de linfocitos B.

Células Tumorales: Es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen. Es un agrandamiento anormal de una parte del cuerpo que aparece, por tanto hinchada o distendida.

CD20: Es una proteína de la superficie celular cuya expresión en gran parte está limitada a los linfocitos B maduros.

Citostáticos: Son fármacos capaces de inhibir el crecimiento desordenado de células, alteran la división celular y destruyen las células que se multiplican rápidamente.

Diagnóstico enfermero: Es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos, de los que la enfermera es responsable (NANDA)

Efecto adverso: síntomas indeseables previstos que pueden presentar los pacientes ante la prescripción de un determinado tratamiento

Factores de riesgo: Condición que pueda aumentar la probabilidad de padecer una enfermedad.

Factores relacionados: Frases que afirman lo que puede ser causante o que contribuye al diagnóstico enfermero. Los cambios psicosociales o fisiopatológicos, como la edad de desarrollo y las situaciones ambientales y culturales pueden ser factores causantes o contribuyentes.

Hipnosis: Un estado mental o de un grupo de actitudes generadas a través de un procedimiento llamado inducción hipnótica.

Interacción: Se denomina a la situación en la cual un fármaco, un medicamento, no ejerce la acción previsible porque se ve influenciado por la ingestión simultánea de otro medicamento, de algún tipo de alimento, bebida o sustancia ambiental

Intervención de enfermería: Actividades de enfermería que van dirigidas al paciente para el logro de los resultados esperados.

Indicador de resultados enfermeros del paciente: Estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad, concreto, que sirve como indicio para medir un resultado.

Linfoma No Hodgkin: El Linfoma no-Hodgkin (LNH) es un tipo de cáncer que surge en los linfocitos, un tipo de glóbulo blanco de la sangre.

Neoplasia: Es el proceso de proliferación descontrolada de células en un tejido u órgano que desemboca en la formación de un neoplasma. Un neoplasma que forma una masa diferenciada se denomina tumor y puede ser benigno o maligno.

Principio activo: o ingrediente activo es aquella sustancia con actividad farmacológica extraída de un organismo vivo que una vez purificada y/o modificada químicamente, se le denomina fármaco o medicamento

Proceso de enfermería: Método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, se centra en la identificación y tratamientos de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

Resultado de Enfermería: Es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medido a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería.

Toxicidad: Es una medida usada para medir el grado tóxico o venenoso de algunos medicamentos

Trombocitopenia: Es cualquier situación de disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales, es decir, con un recuento plaquetario inferior a 100.000/mm³. En términos generales, los valores normales se ubican entre 150.000/mm³ y 450.000/mm³ plaquetas por milímetro cúbico.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Aceves M.A. Alarcón M, Análisis y Establecimiento de Recomendaciones de diseño, infraestructura y equipamiento para una central de mezclas (quimioterapia); 2010; p. 47 (7- 12)
2. Alba C, Pereira A, protocolo de descongelación plasma y crio precipitados, hospital universitario Barcelona 2008, p. 2
3. American Cancer Society. Linfoma No Hodgkin. www.cancer.org/español/cancer/linfomanohodgkin/guiadetallada/linfoma-no-hodgkin-pdf
4. Astudillo W, Casado A, Mendinueta C. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. Ed. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2005
5. Bañuelos Espinosa A., Rodriguez-Montes CE., Zarate-Orsorno A. Epidemiología y subtipos de neoplasias linfoides: Estudio multicéntrico. Rev Sanit Milit Mex, 2007; 61(5):302-309.
6. Basch E, Prestrud AA, Hesketh PJ, Kris MG, Feyer PC, Somerfield MR, Chesney M, Clark-Snow RA, Flaherty AM, Freundlich B, Morrow G, Rao KV, Schwartz RN, Lyman GH. Antiemetics: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol 2011 ; 29 (31):4189-98.
7. Blasco Cordellat Ana, Camps Herrero Carlos. Servicio de Oncología Médica Hospital General Universitario de Valencia Consultado en: www.seom.org/infopublico/guia-actualizada/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia
8. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Nursing Interventions Classification, Elsevier 2009
9. Ceballos H, Martínez B, Villa G, García E, Belmont F. Tratamiento multidisciplinario de un caso de Linfoma no Hodgkin con infección palatina por Aspergillus. Acta Pediatr Mex 2007; 28(5):178-82
10. Chang AM, Molassiotis A, Chan CWTI, Lee IYM. Nursing management of oral mucositis in cancer patients. Hong Kong Med J 2007;13(1):S20-3
11. Choque R. Comunicación y Educación para la promoción de la salud. Perú 2005: 10-12
12. Finnish Medical Society Duodecim. Blood transfusion: indications, administration and adverse reactions. In: EBM guidelines. Evidence-based Medicine (Internet). Helsinki, Finland: Willey Interscience. John Wiley & Sons; 2011

13. Guzmán A, Ruiz H, parra O, Umbria C, Garofalo A, González L, Kubicek K. Linfoma No Hodgkin secundario a inmunosupresión por trasplante renal tratado con quimioterapia. Rev Venez Oncol, 2011; 23(1):38-41.
14. Manikandan R, Kumar S, Dorairajan L. Hemorrhagic Cystitis: A Challenge to the Urologist. Indian Journal of Urology 26(2):159-166, Abr 2010
15. Martínez M, García F, Hernandez M, Manzanera J, Garrigós J. Los citostaticos. Enfermería Global 2002; 1: 1-16
16. México. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Diario Oficial de la Federación, 1994.
17. NANDA-I. Nursing Diagnoses: Definitions & classification, 2009-2011. Ed. Elsevier, 2010
18. Oerlemans S, Mols F, Issa DE, Pruijt JF, Peters WG, Lybeert M, Zijlstra W, Coebergh JW, and van de Poll-Franse LV. A high level of fatigue among (long-term) non-Hodgkin lymphoma survivors: results from the longitudinal population-based PROFILES registry in the south of the Netherlands. Haematologica. 2012; 97: xxx
19. Sánchez-GonzálezB, Salar-Silvestre A. Manejo actual de los linfomas no hodgkinianos. www.jano.es. 2010: 57-64
20. Tipton JM, McDaniel RW, Barbour L, Johnston MP, Kayne M, LeRoy P, Ripple ML. Putting evidence into practice: evidencebased interventions to prevent, manage, and treat chemotherapy-induced nausea and vomiting. Clin J Oncol Nurs 2007; 11(1):69-78.

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Enf. María Guadalupe Rosales Torres	Directora de Enfermería Hospital de Especialidades CMN La Raza
Lic. Enf. Bertha Herrera Villalba	Directora de Enfermería Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI
Lic. Enf. Masiel Rodríguez Sánchez	Directora de Enfermería Hospital de Oncología CMN Siglo XXI
Lic. Enf. María Luisa Barranco Hernández	Directora de Enfermería Hospital de Especialidades, Puebla.

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de la División de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de Área Médica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial

Secretaría de Salud

Dra. Mercedes Juan López

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José Antonio González Anaya

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. Sebastian Lerdo de Tejada Covarrubias

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. Laura Vargas Carrillo

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos

Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin

Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Salvador Cienfuegos Zepeda

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Leobardo Ruíz Pérez

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Javier Dávila Torres

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Luis Rubén Durán Fontes	Presidente
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	
Dr. Pablo Kuri Morales	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Romeo Rodríguez Suárez	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Dr. Gabriel Oshea Cuevas	Titular
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	
Dr. Pedro Rizo Ríos	Titular
Secretario Técnico del Consejo de Salubridad General	
Dr. Pedro Rizo Ríos	Titular
Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Contralmirante. SSN, M.C. Pediatra. Rafael Ortega Sánchez	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	
Dr. Javier Dávila Torres	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albalull	Titular
Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera	
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dr. Francisco Hernández Torres	Titular
Director General de Calidad y Educación en Salud	
Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
Director General de Evaluación del Desempeño	
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
Director General de Información en Salud	
M. en A. María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular 2012-2013
Dr. Norberto Treviño García Manzo	
Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas	
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos	Titular 2012-2013
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Oaxaca	
Dr. Jesús Salvador Frago Bernal	Titular 2012-2013
Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala	
Dr. Enrique Ruelas Barajas	Titular
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	
Dr. Alejandro Reyes Fuentes	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
Act. José Cuauhtémoc Valdés Olmedo	Asesor Permanente
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	
Dra. Sara Cortés Bargalló	Asesor Permanente
Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	
Ing. Ernesto Dieck Assad	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	
Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	
Dra. Mercedes Macías Parra	Invitada
Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría	
Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	