

# Proceso de enfermería en cuidados paliativos al paciente pediátrico con retinoblastoma bilateral

María Guadalupe González-Castillo,<sup>1</sup> Raquel María Ramírez-Villegas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Distrito Federal, México

## Palabras clave:

Proceso de enfermería  
Retinoblastoma  
Cuidados paliativos

## Resumen

**Introducción:** el proceso de enfermería garantiza la calidad del cuidado al intervenir en los principales problemas de salud de las personas. Una forma de abordar esto es el modelo integrativo metodológico para el cuidado de enfermería (MIMCE). Se utilizaron ambas metodologías con enfoque en los cuidados paliativos para el diseño e implementación de la atención de enfermería a una paciente pediátrica con retinoblastoma bilateral con mal pronóstico para la vida y la función.

**Objetivo:** implementar y evaluar el proceso de enfermería con enfoque en los cuidados paliativos en una paciente pediátrica con retinoblastoma bilateral.

**Metodología:** la base conceptual para la valoración fue el modelo de Marjory Gordon. La formulación de diagnósticos de enfermería, resultados esperados e intervenciones se formuló con la vinculación taxonómica reconocida en sus siglas como NANDA-NOC-NIC. La evaluación de la mejora del estado de la paciente se realizó con base en los indicadores de resultados y la puntuación diana.

**Resultados:** en la puntuación diana, la paciente presentó mejora en el estado inmune y nivel de dolor, de grave y sustancialmente comprometido a levemente comprometido; en el estado de comodidad disminuyó el estado de irritabilidad de sustancial a levemente comprometido, no así en el de la integridad tisular de piel, membranas y mucosas, que se mantuvo sustancialmente comprometido en el indicador de destrucción tisular. Los padres mostraron capacidad para los cuidados.

**Conclusiones:** a partir de los resultados obtenidos y tomando en cuenta el estado hemodinámico de la paciente, se disminuyó la intensidad de la sintomatología y hubo una mejora en la relación parental.

## Keywords:

Nursing process  
Retinoblastoma  
Palliative care

## Abstract

**Introduction:** The nursing process guarantees quality nursing care to effectively intervene on major health problems of people; a way of addressing these problems is the proposal of methodological integrative model for nursing care (MIMCE). In particular, both methodologies were used with palliative care approach to the design and implementation of the nursing care process in a pediatric patient with bilateral retinoblastoma and poor prognosis for life and function.

**Objective:** To implement and evaluate the nursing process with a focus on palliative care in a pediatric patient with bilateral retinoblastoma.

**Methods:** The conceptual basis for assessment was Marjory Gordon's model. The formulation of nursing diagnoses, expected outcomes and interventions were made with the NANDA-NOC-NIC taxonomy. The evaluation of the improvement in the condition of the patient was made on the basis of the performance indicators and target score.

**Results:** In target score, the patient showed improvement in immune status and pain level, from serious and substantially committed to slightly compromised; in the state of comfort irritability, the state decreased from substantially to slightly compromised, but not in the tissue integrity of skin and mucous membranes, since this remained substantially jeopardized in the indicator of tissue destruction. Parents showed ability for continued care.

**Conclusions:** On the basis of these results and considering the hemodynamic status of the patient, the intensity of symptoms decreased, and there was an improvement in the parental relationship.

## Correspondencia:

María Guadalupe González Castillo

## Correo electrónico:

guadalupe.dmm@gmail.com

Fecha de recepción: 22/03/2013

Fecha de aceptación: 01/08/2014

## Introducción

El proceso de enfermería es el método sistemático a través del cual se valoran, diagnostican, planifican, intervienen y evalúan los resultados esperados en el paciente; es en la lógica de sus cinco etapas que se constituye como un instrumento que garantiza la calidad del cuidado de enfermería, con un enfoque humanista y centrado en la obtención de resultados atribuibles al profesional de enfermería durante el ejercicio de la práctica profesional —actualmente se le conoce como proceso de enfermería de tercera generación—<sup>1,2</sup> no solo porque permite desarrollar un lenguaje estandarizado en la práctica, sino porque además es fundamental para intervenir de manera efectiva sobre los principales problemas de salud en las personas.<sup>3</sup>

La propuesta del modelo integrativo metodológico para el cuidado de enfermería (MIMCE) consiste en ordenar jerárquicamente los diagnósticos de enfermería y seleccionar la causa que genera la aparición de otros problemas; es decir, el ordenamiento de estos es dinámico conforme evoluciona la enfermedad (figura 1). También plantea que este orden es solo lógico y no influye en la priorización de las intervenciones de enfermería; por el contrario, en un mismo momento se analiza un conjunto de problemas que facilita la decisión de establecer los resultados esperados y la elección de las mejores intervenciones para la atención, según la condición actual del paciente.<sup>4</sup> En esencia, no solo es integrar el conocimiento teórico-práctico, sino una base metodológica de vinculación taxonómica NANDA International, NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification), que a la fecha se ha convertido en un conjunto mínimo de datos que debe poseer el plan de cuidados de enfermería (PLACE) en el sistema de salud.<sup>5</sup>

Para fines de este proceso de enfermería con enfoque en los cuidados paliativos a una niña de dos años con retinoblastoma bilateral, el plan de cuidados de enfermería se conformó con los siguientes apartados: datos epidemiológicos e historia natural de la enfermedad; valoración de enfermería según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon; exposición de los principales problemas de enfermería explícitos en etiquetas diagnósticas de acuerdo con la taxonomía II de la NANDA Internacional; selección de los resultados esperados con base en la taxonomía NOC; intervenciones de enfermería necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC; y la interrelación entre resultados, indicadores, intervenciones y actividades para cada uno de los diagnósticos de enfermería seleccionados.

El retinoblastoma es un cáncer infantil poco común que amenaza la visión y la vida de quien lo padece,<sup>6</sup> es una enfermedad derivada del tejido neuroectodérmico que se caracteriza por presentar un crecimiento desmesurado de las células de la retina, consecuencia de la modificación del gen Rb1 posterior a dos cambios en sus alelos; el primero de estos se presenta previo al nacimiento y el segundo se da durante la infancia por mutaciones (delección, duplicación o mutación puntual). Este gen es un codificador de proteínas que inhibe la proliferación celular al bloquear oncogenes en el cromosoma 13. Tal modificación es rara y supone alrededor del 3 % de todos los cánceres infantiles.<sup>7,8</sup> Se estima que afecta a uno de cada 20,000 recién nacidos y puede ser de tipo esporádico, es decir de una forma no heredada, en la que la afección se da en un solo ojo, o de tipo familiar o hereditaria, en la que se pueden afectar uno o ambos ojos. Sus manifestaciones más frecuentes son leucocoria, estrabismo, opacidad corneal, heterocroma del iris, hifema, dolor, blefaroptosis y signos inflamatorios; a pesar de presentarse como tumor endofítico, 50 % de los pacientes puede presentar signos de tumor exofítico.<sup>9-11</sup> El diagnóstico se establece por medio de los antecedentes, exploración física actual, oftalmoscopia indirecta, fotografía del campo digital, ultrasonido, tomografía computarizada o resonancia magnética. Asimismo se suele recurrir a las escalas de Reese-Ellsworth y Howard para determinar el pronóstico del tumor intraocular si fuera el caso o determinar la extensión extra ocular.<sup>12</sup> El tratamiento depende de la lateralidad, localización intraocular y extensión del tumor, y se emplean métodos como la fotocoagulación, la crioterapia, termoterapia, quimioterapia, radioterapia externa y la enucleación.<sup>9,13</sup> El retinoblastoma generalmente se limita al ojo afectado y si es tratado oportunamente, menos del 10 % de los pacientes desarrolla complicaciones. Esto se refleja en la tasa de supervivencia por arriba del 90 %; desafortunadamente, algunos de estos pacientes se enfrentan a un retraso en el diagnóstico y tratamiento por falta de conocimiento de los padres sobre las manifestaciones clínicas,<sup>13</sup> lo que los condiciona al desarrollo de invasión tumoral o metástasis. En este punto la probabilidad de sobrevivencia es limitada, puesto que se agotan las posibilidades de curación y los objetivos terapéuticos deben dirigirse a implementar intervenciones de enfermería encaminadas a preservar la dignidad humana y calidad de vida para el niño y su familia.<sup>14-17</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990) define el cuidado paliativo como “El cuidado integral de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. El control del dolor, de otros síntomas y de

problemas psicológicos y sociales, es primordial. La meta de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para pacientes y familias”.<sup>18</sup>

Esta definición, que refleja la filosofía de los cuidados paliativos, cuando se aplica en la población pediátrica hace que surjan algunos cuestionamientos:<sup>19</sup>

- Ante la enfermedad crónica grave del niño, los padres y el personal sanitario pueden sentirse incapaces de hacer una transición formal hacia un tipo de intervenciones conocidas como “paliativas”. Padres y personal sanitario se ven forzados a elegir entre intervenciones dirigidas a la cura e intervenciones dirigidas a proporcionar bienestar, considerándose estas intervenciones mutuamente excluyentes.
- Es muy difícil determinar cuándo un niño no responde al tratamiento curativo.
- Se hace una distinción rígida entre intervenciones curativas y paliativas, reservando las intervenciones paliativas para una fase de terminalidad y un pronóstico de supervivencia a corto plazo.

Tras esta definición de la OMS comienzan a surgir en la literatura científica diversas publicaciones sobre los cuidados paliativos pediátricos.

En 1993 el Children’s Hospice International (CHI)<sup>20</sup> establece normas en las que señala que la admisión de un niño en cuidados paliativos pediátricos no le impide la provisión simultánea de tratamientos curativos y paliativos, al no considerarlos mutuamente excluyentes. Asimismo, se incluye el seguimiento del duelo de los miembros de la familia y de otras personas significativas, en el que se presta especial atención a los hermanos. Se recomienda que el seguimiento del duelo lo lleve a cabo un profesional durante 13 meses a partir de la muerte del niño. Posteriormente, también se desarrolla el modelo CHI-PACC<sup>21</sup> (CHI Program for All-Inclusive Care for Children and Their Families), el cual ofrece continuidad al permitir que los cuidados paliativos se proporcionen junto con el tratamiento curativo.

La American Academy of Pediatrics (AAP) propone un modelo integrado de cuidados paliativos pediátricos según el modelo propuesto por Frager,<sup>22-23</sup> con una perspectiva más amplia y clínicamente útil, en la que paliar significa aliviar, mitigar los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. El diálogo con los padres sobre las intervenciones propuestas se centra en los potenciales

riesgos y beneficios de estas intervenciones, ya que los padres casi siempre elegirán las intervenciones, aunque la posibilidad de recuperación sea prácticamente nula.

Para la Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families y el Royal College of Paediatrics and Child Health,<sup>24</sup> los cuidados paliativos para niños y jóvenes con enfermedades que limitan su vida son un enfoque activo e integral que se compone de elementos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Se centran en aumentar la calidad de vida del niño y apoyan a la familia, e incluyen el tratamiento de síntomas estresantes, provisión de descanso y cuidados durante la muerte y el duelo.

En su publicación *Cancer pain relief and palliative care in children*, la OMS<sup>25</sup> hace referencia a que muchos aspectos de los cuidados paliativos también se pueden aplicar durante el curso de la enfermedad junto con el tratamiento curativo. El tratamiento paliativo es activo y total del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, e implica también prestar apoyo a su familia. Comienza cuando se diagnostica el cáncer, y prosigue independientemente de si el niño recibe o no terapia dirigida a la enfermedad. Los proveedores de asistencia sanitaria deben evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psíquico y social del niño. Para ser eficaz, el tratamiento paliativo requiere de un planteamiento multidisciplinario y amplio que incluya a la familia y haga uso de los recursos disponibles en la comunidad.

## Metodología

En la valoración se utilizó un instrumento adaptado para el paciente pediátrico basado en los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon (cuadro I).

La formulación de diagnósticos de enfermería —juicios clínicos— se hizo con base en la identificación y validación de los problemas reales y potenciales, utilizando la taxonomía II NANDA International.<sup>26</sup>

La planeación incluyó la selección de los resultados esperados e intervenciones de enfermería con base en la taxonomía NOC<sup>27</sup> (Nursing Outcomes Classification) y NIC<sup>28</sup> (Nursing Interventions Classification), respectivamente. En esta etapa se determinó la prioridad de los diagnósticos e intervenciones sustentados en la evidencia científica disponible.

El plan de cuidados de enfermería se elaboró conforme a lo propuesto en el modelo integrativo metodológico para el cuidado de enfermería.<sup>4</sup> Se ordenaron los diagnósticos a fin de identificar la causa que generaba la aparición

**Cuadro I. Valoración de Enfermería con base en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon**

<p>Lactante mayor de 2 años de edad, originaria de Chalchihuites Zacatecas, con diagnósticos de retinoblastoma intraocular derecho y antecedente de abandono de tratamiento. Dos años después y posterior a pruebas diagnósticas presenta retinoblastoma bilateral recidivante, retinoblastoma trilateral y metástasis encefálica. Exploración física: cráneo con exostosis derecha temporal, con craneotabes, el ojo derecho con tumor endofítico, xeroftalmia completa, pupila de color amarillo con bordes mal limitados por más de la tercera parte del diámetro papilar, edema palpebral, epifora y reflejos oculares ausentes; el ojo izquierdo con tumor exofítico, exoftalmos, nistagmo, hifema [++], delimitación de la córnea y globo ocular indeterminables, con resequedad severa, reflejos oculares ausentes. Signos vitales: FC129x', T/A 90/50 mm/Hg, FR 26x', TC 36.6°C. Laboratorio: leucocitos 4.3 %, neutrófilos 7 % y monocitos 4 %. Con mal pronóstico para la función y la vida, inicia tratamiento con radioterapia paliativa (25 sesiones) y posteriormente egreso a su domicilio.</p>	
Patrones funcionales	Datos clínicos
I. Percepción/mantenimiento de la salud	La familia habita en vivienda prestada, techo de lámina de cartón, piso de tierra, cuenta con luz eléctrica, dos cuartos para dormir; manejo de excretas al aire libre; convivencia con animales; hábitos higiénicos: baño cada tercer día con cambio de ropa diario; esquema de vacunación del adulto incompleto.
II. Nutricional/metabólico	Peso 12.830 kg, talla de 93 cm, con percentiles de 90 en talla y 10 de talla. Antecedente de lactancia materna nueve meses, ablactación siete meses, habitualmente consumía la misma dieta que el resto de la familia, de tres a cinco comidas al día. Exploración física: cabello frágil, con implantación comprometida así como múltiple pérdida; cavidad oral con mucosas deshidratadas, múltiples úlceras linguales, aumento del repliegue mucogingival en maxilar superior, púrpura húmeda en paladar, con absceso activo en maxilar superior, paladar y molares, amígdalas hipertróficas e hiperémicas; abdomen con piel íntegra y con ligera resistencia a la palpación; xerosis y leuconiquia en el dedo índice, medio y anular de la mano derecha; ausencia del reflejo de deglución, alimentación con dieta licuada 1200 kcal, adicionada con 4 g de proteínas por sonda transpilórica, con un total de 900 ml/24 horas/4 tomas por día.
III. Eliminación	Abdomen sin presencia de puntos ureterales dolorosos, sonda vesical a derivación, volumen urinario 25-27 ml/hora; en examen general de orina 28 leucocitos; heces de consistencia semilíquidas y color verde, olor característico, con frecuencia habitual 1/día, en la estancia hospitalaria se modificó la frecuencia de 5-7/ turno.
IV. Actividad/ejercicio	Como parte de su vida diaria, se alimentaba por sí misma y caminaba en el campo con su familia aun con limitaciones por la pérdida de visión del ojo derecho. Durante su estancia hospitalaria presentó inestabilidad postural, coordinación motora disminuida, déficit de la marcha, opistótonos a la manipulación, hipotonía y abducción bilateral del antepié.
V. Reposo/sueño	Su tiempo de sueño habitual era entre 8-10 horas/24 horas, con periodos de descanso de 1-2 horas/24 horas; durante la hospitalización el patrón de sueño se modificó de 12-14 horas/24 horas, con deficiente calidad del sueño. Como apoyo para conciliar el sueño se recurrió a la musicoterapia. En presencia de dolor se presentaban con mayor frecuencia los episodios de opistótonos e irritabilidad.
VI. Cognitivo/perceptual	Estado de conciencia: estuporosa, en escala de Glasgow 7 y 8 puntos (apertura ocular = 3, respuesta verbal = 2, respuesta motora = 2-3), en escala de Ramsay nivel 4; llanto sin lágrimas, quejumbrosa, sialorrea relacionada con reflejo de deglución disminuido, sentido del olfato disminuido, cambios de personalidad, lenguaje y deterioro cognitivo degenerativo.
VII. Autoimagen/autoconcepto	Deterioro del proceso de comunicación; presentó dificultad para relajarse después de la manipulación.
VIII. Rol/relaciones	Familia nuclear, hermana menor de cuatro hermanos con 24, 23, 20 y 16 años de edad; con antecedente familiar de esquizofrenia esquizoide en la hermana de 23 años con la consecuente implicación en la familia. Se determinó dificultad en el cumplimiento del rol parental (madre) relacionado con la falta de apego al tratamiento inicialmente establecido. Por referencia de su madre, antes de la enfermedad el comportamiento de la niña era tranquilo, inquieto, feliz y social.
IX. Sexualidad/reproducción	Sin alteraciones ginecológicas; estructuras genitales completas y acordes a la edad, desarrollo de los caracteres sexuales secundarios Tanner grado 1.
X. Afrontamiento/estrés	A la movilización física presentaba irritabilidad y llanto sin lágrimas con quejido.
XI. Valores/creencias	Padres con apego a su religión.

Fuente: valoración de la paciente y familia

de otros problemas (figura 1). En función de dicho ordenamiento, se priorizaron las intervenciones de enfermería, lo que permitió tomar decisiones sobre la mejor alternativa según la condición actual de la paciente.

Para el caso específico de la niña con retinoblastoma bilateral y su familia, la prioridad fueron los cuidados paliativos, de forma activa para el cuerpo, la mente y el espíritu, en un entorno agradable y sin dolor.<sup>25,29,30</sup>

Por tal razón se formuló un diagnóstico principal y diagnósticos secundarios:

1. Protección ineficaz relacionada con aumento de la proliferación celular de la retina manifestada por leucocitos de 4.3 %, neutrófilos del 7 % y monocitos de 4 %.
2. Deterioro de la integridad tisular corneal relacionada con hiperplasia bilateral de la retina manifestada por destrucción tisular corneal bilateral e hifema.
3. Dolor crónico relacionado con protección ineficaz manifestada por expresiones faciales, gritos y opistótonos.

4. Disconfort manifestado por ansiedad, llanto, irritabilidad, gemidos.

En particular, las intervenciones de enfermería que estaban relacionadas con los cuidados paliativos se implementaron como un sistema de apoyo y soporte integral para la paciente y los padres. Se evaluó la mejora en la paciente con base en los indicadores de resultados y puntuación diana (taxonomía NOC): la evaluación global del proceso se determinó a partir de la congruencia entre los diagnósticos, la efectividad de las intervenciones y los indicadores de resultados.

## Resultados

En los indicadores de resultados (cuadro II), se identificó mejora de la paciente en el estado inmune, lo cual en escala de diana se traduce de moderado a levemente comprometido en lo que se refiere al recuento diferencial leucocitario y de anticuerpos. No así en la integridad tisular de piel, membranas y mucosas, que se mantuvo

Figura 1. Ordenamiento de los diagnósticos de enfermería según el modelo integrativo metodológico para el cuidado de enfermería



r/c = relacionada con; m/p = manifestada por  
Fuente: valoración de la paciente y familia

**Cuadro II. Resultados esperados NOC-NIC-NOC del diagnóstico principal y los secundarios**

Diagnóstico de enfermería: protección ineficaz r/c aumento de la proliferación celular de la retina m/p leucocitos de 4.3%, neutrófilos del 7% y monocitos de 4%				
NOC estado inmune		Puntuación diana		
Escala de medición	Indicadores	NOC	NIC	NOC
		inicial		final
Gravemente comprometido (1)	Recuento diferencial leucocitario	3	4	4
Sustancialmente comprometido (2)	Anticuerpos	3	4	4
Moderadamente comprometido (3)	Tumor	1	2	1
Levemente comprometido (4)		5	5	5
No comprometido (5)	Uso de agente antineoplásico			
Puntuación parcial		12	15	14
Diagnóstico de enfermería: deterioro de la integridad tisular corneal r/c hiperplasia bilateral de la retina m/p destrucción tisular corneal bilateral e hifema				
NOC integridad tisular: piel, membranas y mucosas		Puntuación diana		
Escala de Medición	Indicadores	NOC	NIC	NOC
		inicial		final
Gravemente (1)				
Sustancialmente (2)	Hifema	1	2	3
Moderadamente (3)	Destrucción tisular	2	3	2
Levemente (4)				
No comprometido (5)				
Puntuación parcial		12	15	14
Diagnóstico de enfermería: dolor crónico r/c protección ineficaz m/p expresiones faciales, gritos y opistótonos				
NOC nivel del dolor		Puntuación diana		
Escala de Medición	Indicadores	NOC	NIC	NOC
		inicial		final
Gravemente (1)	Duración	1	3	5
Sustancialmente (2)	Gemidos y gritos	2	3	4
Moderadamente (3)	Expresiones faciales de dolor	2	3	4
Levemente (4)	Opistótonos	2	3	4
No comprometido (5)				
Puntuación parcial		7	12	17
Diagnóstico de enfermería: disconfort m/p ansiedad, llanto, irritabilidad, gemidos				
NOC estado de comodidad		Puntuación diana		
Escala de Medición	Indicadores	NOC	NIC	NOC
		inicial		final
Gravemente (1)	Llanto	2	3	3
Sustancialmente (2)	Irritabilidad	2	3	4
Moderadamente (3)	Gemidos	2	3	4
Levemente (4)	Cama cómoda	5	5	5
No comprometido (5)				
Puntuación parcial		11	14	16
Diagnóstico de enfermería: deterioro parental r/c disposiciones inadecuadas para el cuidado del niño m/p mantenimiento inapropiado de la salud del niño				
NOC ejecución del rol de padres		Puntuación diana		
Escala de Medición	Indicadores	NOC	NIC	NOC
		inicial		final
Gravemente (1)	Facilita las necesidades físicas del niño	2	3	3
Sustancialmente (2)	Estimula el desarrollo del niño	3	4	4
Moderadamente (3)	Controla los cuidados otorgados	2	3	4
Levemente (4)	Mantiene comunicación con el niño	4	5	5
No comprometido (5)	Posee expectativas realistas del estado del niño	2	3	3
Puntuación parcial		13	18	19

r/c = relacionado(a) con; m/p = manifestado(a) por

Cuadro III. Estimación del puntaje diana inicial y final			
Diagnósticos de enfermería	Puntuación diana		
	NOC inicial	NIC	NOC final
Diagnóstico principal (1) y los secundarios representativos por orden jerárquico de cuidados paliativos (4)	46	67	71
Deterioro de la mucosa oral r/c neoplasia m/p quelitis, edema, úlceras orales, drenaje purulento, hemangioma en paladar y exudado blanco	8	19	15
Déficit de autocuidado: alimentación r/c deterioro neuromuscular m/p incapacidad para deglutir alimentos	7	13	11
Deterioro de la movilidad física en cama r/c deterioro del estado físico m/p limitación de las capacidades motoras, la amplitud de movimientos e inestabilidad postural.	13	18	13
Diarrea r/c tratamiento antineoplásico m/p aumento del número de deposiciones (de 5 a 7 en 8 horas) semilíquidas	12	17	16
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c diarrea y radioterapia	36	48	46
Riesgo de caídas r/c disminución de la percepción sensorial, deterioro de la movilidad física, administración de narcóticos y tranquilizantes	15	15	15
Puntuación total	137	197	187

r/c = relacionado(a) con; m/p = manifestado(a) por

sustancialmente comprometida en el indicador de destrucción tisular.

Es notable la diferencia alcanzada en el nivel de dolor, de grave y sustancialmente comprometido a levemente comprometido. En lo referente al estado de comodidad, se logró disminuir la irritabilidad de sustancial a levemente comprometida. Se consideró que la paciente, al finalizar las sesiones de radioterapia, sería dada de alta a su domicilio y quedaría a cargo de sus familiares; al tomar en cuenta el antecedente de desapego al tratamiento, se consideró un plan de alta para tratar el diagnóstico de “deterioro parental”.

Cabe señalar que además de los planes de atención de enfermería centrados en la atención paliativa, se identificaron otros diagnósticos en los que se especifica el puntaje diana inicial y final de cada diagnóstico (cuadro III).

## Conclusiones

Tomando en cuenta el estado hemodinámico de la paciente, se contribuyó a la mejora de su condición al disminuir la intensidad de la sintomatología: tal fue el caso del nivel de dolor que en su medición final superó las expectativas. Cabe señalar que, aunque el cuidado de enfermería se otorgó conforme a lo previsto en el plan de atención, existieron condiciones propias de la paciente y de la enfermedad sobre las cuales no se logró incidir.

En lo particular, fue útil y práctico complementar la metodología del proceso, el modelo integrativo metodológico para el cuidado de enfermería y las 11 necesidades de Marjory Gordon para ordenar de forma lógica, secuencial y por nivel de abstracción los diagnósticos de enfermería, sin que esto interfiriera en la priorización de los cuidados.

## Referencias

- Pérez Hernández MJ. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. *Rev Mex Enfer Cardiol*. 2002;10(2):62-6.
- Bellido Vallejo JC. Sobre el Modelo AREA y el proceso enfermero. *Inquietudes*. 2006;35:21-9.
- Aguilera-Rivera M, Crespo-Knopfler S, Rivas-Espinosa JG. Construcción del diagnóstico de enfermería en el alumno de nivel licenciatura. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2011;19(2):81-5.
- Rivas JG. Modelo Integrativo Metodológico para el cuidado de enfermería y la integración taxonómica NANDA, NOC, NIC. En: Verde Flota, Elizabeth; Contreras Garfías, María Elena. Integración: docencia, investigación y servicio de enfermería encuentro de experiencias. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2011. pp. 92-111.
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. Barcelona. [En línea]. <http://img218.imageshack.us/img218/4798/modeloareapae.pdf> [Consultado 26/08/2013].
- Bergeron MP, Binaghi S, Beck-Popovic M, Munier FL, Ruchat G. Nursing management during intra-arterial therapy in children with retinoblastoma. *Int J Ophthalmol Prac*. 2011;2(2):71-4.
- Rodríguez-Cruz M, del Prado M, Salcedo M. Perspectivas en la genómica del retinoblastoma: Implicaciones del gen supresor de tumor RB1. *Rev Invest Clin*. 2005;7(4):572-81.

8. Guarache ED, Pereira L, Orellana ME, De Freitas H, Guevara RA, Guarache FE. Malignización de retinocitoma en retinoblastoma en una preescolar con retinoblastoma bilateral. Reporte de un caso. *Rev Fac Med (Venezuela)*. 2007;30:151-4.
  9. Pérez-Pérez JF, Arroyo-Yllanes ME, Ayón-Cárdenas A, Acevedo-González P. Características clínicas y del tratamiento del retinoblastoma. *Rev Mex Oftalmol*. 2007; 81(1):21-4.
  10. Kanski JJ. *Oftalmología clínica*. 6ª. ed. México: Elsevier, 2009.
  11. Alvarado-Castillo B, Campos-Campos LE, Villavicencio-Torres A. Características clínicas y metastásicas en retinoblastoma. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009;47(2):151-6.
  12. Alonso J, Palacios I, Gámez A, Camino I, Frayle H, Menéndez I, et al. Diagnóstico molecular del retinoblastoma: epidemiología molecular y consejo genético. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(11):401-5.
  13. Secretaría de Salud (México). Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de referencia rápida. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Manejo del Retinoblastoma. [En línea] [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_270\\_13\\_RETINOBLASTOMA/270GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_270_13_RETINOBLASTOMA/270GRR.pdf). [Consultado 23/08/2013]
  14. Carter J. Recognizing the signs of retinoblastoma. *Nurs Pract*. 2009;20:394-7.
  15. Canty CA. Retinoblastoma: an overview for advanced practice nurses. *J Am Acad Nurse Pract*. 2009;21(3):149-55.
  16. Maxwell TL, Pope B. Cuando se trata del bienestar: cuidados paliativos en la UCI. *Nursing (Ed. Española)*. 2007; 25(3):29-31.
  17. Borwick G, Khanche S. Do looks matter? Supporting patients with eye conditions that affect their appearance. *Int J Ophthalmol Pract*. 2012;3(2):56-61.
  18. WHO (World Health Organization). Cancer Pain Relief and Palliative Care. WHO Technical Report Series 804. Genève: WHO, 1990.
  19. CHI (Children's Hospice International). Standards of hospice care for children. *Pediatr Nurs*. 1993;19:242-3.
  20. CHI. Implementation manual: Program for all-inclusive care for children and their families (PACC). Alexandria: CHI, 2002.
  21. Frager G. Pediatric palliative care: building the model, bridging the gaps. *J Palliat Care*. 1996;12:9-12.
  22. Frager G. Palliative care and terminal care of children. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 1997; 6:889-909.
  23. A guide to the development of children's palliative care services. Report of a joint working party of the association for children with life-threatening or terminal conditions and their families and the Royal College of Pediatrics and Child Health. Bristol London, January, 1997.
  24. WHO. Cancer pain relief and palliative care in children. Genève: WHO, 1998.
  25. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. [En línea] <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf> [Consultado 08/02/2013]
  26. North American Nursing Diagnosis Association, NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y clasificación 2009-2011, 4ª ed. Madrid España, Elsevier; 2010.
  27. Moorhead S, Johnson M, Maas M (Editores). Clasificación de resultados de enfermería (NOC): proyecto de resultados IOWA. 3a ed. Madrid: Elsevier, c2005.
  28. McCloskey JC, Bulechek GM (Editores). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 4a ed., Madrid: Elsevier, 2005.
  29. Collado-Otero F. Patología infantil estructurada. Bases fisiopatológicas del diagnóstico y tratamiento. Madrid: Ediciones Norma, 2003.
  30. Rendón Macías ME, Olvera González H, Villasis Keever MA. El paciente pediátrico en etapa terminal: un reto para su identificación y tratamiento. Encuesta a médicos pediatras y residentes. *Rev Invest Clin*. 2011;63(2):135-47.
- 
- Cómo citar este artículo:**  
 González-Castillo MG, Ramírez-Villegas RM. Proceso de enfermería en cuidados paliativos al paciente pediátrico con retinoblastoma bilateral. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2014;22(3):145-52