



UMA
Universidad
María Auxiliadora

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE
CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL HOSPITAL SAN JUAN
DE LURIGANCHO, 2024**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTOR:

Bach. MAMANI DAVID, MARIELENA PAOLA

<https://orcid.org/0009-0007-3688-6228>

ASESOR:

Mg. QUILLE TICONA, JOSÉ MERLIN

<https://orcid.org/0000-0002-1321-8549>

LIMA PERU

2024

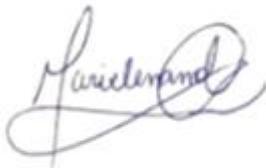
DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, MAMANI DAVID, MARIELENA PAOLA, con DNI 77813330 en mi condición de autor(a) del trabajo de suficiencia profesional para optar el TITULO PROFESIONAL de Licenciada en Enfermería de título "PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2024", **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para publicar de manera indefinida en el repositorio institucional, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Indicar que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud 13 % y, que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

Conforme a lo indicado firmo el presente documento dando conformidad a lo expuesto.

Lima, 20, de diciembre 2024.



MAMANI DAVID, Marielena Paola

Firma del autor



Mg. QUILLE TICONA José Merlin

Asesor

Marielena Paola Mamani David

MAMANI DAVID MARIELENA PAOLA

- Quick Submit
- Quick Submit
- Universidad Maria Auxiliadora SAC

Detalles del documento

Identificador de la entrega

tmoid::1:314200454

Fecha de entrega

30 ene 2025, 10:27 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

30 ene 2025, 11:34 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

MAMANI_DAVID_MARIELENA_PAOLA_PAE_IMRD_1_1.docx

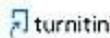
Tamaño de archivo

3.6 MB

57 Páginas

11,302 Palabras

65,720 Caracteres



Página 1 of 62 - Portada

Identificador de la entrega tm oid::1:314200454



Página 2 of 62 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega tm oid::1:314200454

13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 10% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 10% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitan distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mi mamá y a mi papá, por la dedicación y el apoyo incondicional que me brindaron, ya que me ha permitido alcanzar mis logros. Su amor y sacrificio han sido la fuerza, que me ha impulsado a seguir adelante, gracias por las veces que me animaron y dijeron que no me rindiera.

También se lo dedico a la persona que me demostró, que la familia no solo se define por la sangre. A mis hermanos por apoyarme.

Este trabajo va dedicado a cada miembro de mi familia, los amo.

Índice General

| | |
|---|------|
| Caratula | i |
| Dedicatoria | ii |
| Índice general | iii |
| Índice de tablas | v |
| Índice de figuras | vi |
| Índice de anexos | vii |
| RESUMEN | viii |
| ABSTRACT | ix |
| CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN | 10 |
| 1.1 Marco Teórico | 10 |
| 1.2 Caso clínico | 17 |
| 1.3 Valoración de enfermería | 18 |
| 1.4 Priorización de diagnósticos de enfermería | 21 |
| CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS | 22 |
| 2.1 Diseño de estudio | 22 |
| 2.2 Población | 22 |
| 2.3 Procedimiento de recolección de datos | 22 |
| 2.4 Métodos de análisis | 23 |
| 2.5 Aspectos éticos | 23 |
| CAPÍTULO III: RESULTADOS | 25 |
| 3.1 Intervenciones de enfermería | 25 |
| 3.1.1 Plan de cuidados vinculación taxonómica | 25 |
| CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN | 40 |
| 4.1 Discusión | 40 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 42 |
| 5.1 Conclusiones | 42 |
| 5.2 Recomendaciones | 43 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 45 |
| ANEXOS | 50 |
| Anexo A: Formato de valoración | 50 |
| Anexo B: Escala de EVA | 54 |

| | |
|---|----|
| Anexo C: Consentimiento informado | 55 |
| Anexo D: Evidencia del trabajo de campo | 56 |
| Anexo E: Informe de similitud | 57 |

Índice de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Diagnóstico de enfermería: Dolor crónico relacionado con agentes que provocan lesiones evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: Facie dolorosa, escala de EVA 7/10. | 25 |
| Tabla 2. Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionada con deterioro del estado de salud evidenciado por piel caliente al tacto: Temperatura 38.4°C, FC: 105 lpm. | 28 |
| Tabla 3. Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada con situación desconocida evidenciado por expresa ansiedad por los cambios de la vida: Ansiosa. | 31 |
| Tabla 4. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado factor de riesgo conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado. | 34 |
| Tabla 5. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo temor rechazo. | 37 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos. | 26 |
| Diagnóstico de Enfermería: Dolor crónico con agentes que provocan lesiones evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: Facie dolorosa, escala de EVA 7/10. | |
| Figura 2. Evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos. | 29 |
| Diagnóstico de Enfermería: Hipertermia relacionada con deterioro del estado de salud evidenciado por piel caliente al tacto: Temperatura 38.4°C y FC: 105 lpm. | |
| Figura 3. Evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos. | 32 |
| Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionada con situación desconocida evidenciado por expresa ansiedad por los cambios de la vida: Ansiosa. | |
| Figura 4. Evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos. | 35 |
| Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de sangrado factor de riesgo de las precauciones para evitar el sangrado. | |
| Figura 5. Evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos. | 38 |
| Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo temor al rechazo. | |

Índice de Anexos

| | |
|--|----|
| Anexo A. Formato de valoración por patrones funcionales | 50 |
| Anexo B. Escala de EVA | 54 |
| Anexo C. Consentimiento informado | 55 |
| Anexo D. Evidencia del trabajo de campo | 56 |
| Anexo E. Informe de similitud | 57 |

Resumen

El presente estudio tuvo como **objetivo** principal planificar intervenciones de enfermería para proceso del cuidado enfermero aplicado a paciente con cáncer de cuello uterino, el cual permitió identificar problemas reales y de riesgo, para desarrollar intervenciones enfocadas en la mejoría del paciente.

Metodología, este estudio es de tipo descriptivo, diseño no experimental y transversal, mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería, se utilizó el formato de valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon, y la taxonomía de diagnósticos (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC).

Resultados, con respecto al análisis del primer diagnóstico de enfermería: Dolor crónico, el 85% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados, el 15% está en proceso debido a la complejidad de la enfermedad, cuyo objetivo fue controlar o disminuir el dolor, y como primera actividad: realizar una valoración detallada del dolor que abarque ubicación, duración, nivel de intensidad, factores que alivian y lo causan.

Conclusión: De acuerdo al diagnóstico de enfermería. Dolor crónico relacionado con agentes que provocan lesiones evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor, se concluye que el 85 % de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente, la cual dio buenos resultados. Sin embargo, el 15 % está en proceso debido a la complejidad de la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de Cuello Uterino; Prueba de Papanicolaou; Diagnóstico de Enfermería; Atención de Enfermería; Terminología Normalizada de Enfermería; **DeCS/MeSH**.

ABSTRACT

The main **objective** of this study was to plan nursing interventions for the nursing care process applied to patients with cervical cancer, which allowed identifying real and risk problems, to develop interventions focused on the patient's improvement.

Methodology, this study is descriptive, non-experimental and cross-sectional design, through the application of the nursing care process, Marjory Gordon's functional pattern assessment format was used, and the taxonomy of diagnoses (NANDA), results (NOC) and nursing interventions (NIC).

Results, with respect to the analysis of the first nursing diagnosis: Chronic pain, 85% of the interventions that were carried out were satisfactorily executed and gave good results, 15% are in process due to the complexity of the disease, whose objective was to control or reduce the pain, and as the first activity: carry out a detailed assessment of the pain that covers location, duration, level of intensity, factors that relieve and cause it.

Conclusion: According to the nursing diagnosis. Chronic pain related to agents that cause injuries evidenced by verbalization about the intensity using standardized pain scales, it is concluded that 85% of the interventions that were carried out were satisfactorily executed, which gave good results. However, 15% are in process due to the complexity of the disease.

Keyword: Uterine Cervical Neoplasms; Papanicolaou Test; Nursing Diagnosis; Nursing Care; Standardized Nursing Terminology; **DeCS/MeSH**.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2024, define que el cáncer cervicouterino afecta al cuello del útero. Casi todos los casos de cáncer cérvico uterino (99%) está vinculado con la infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo, lo cual es muy común y se transmite por contacto sexual. Aunque la mayoría de las infecciones con el virus de papiloma humano se resuelve espontáneamente y no causan síntomas, la infección persistente puede causar cáncer cervicouterino (1). En estudios realizados a nivel global, en Cuba, en el año 2021, se realizó un estudio sobre los factores de riesgo de cáncer cuello uterino en el que se encontró que el grupo de edad, entre 35-44 años fue el (42,59%), otro factor de riesgo fue el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años (70,37%), tener más de cinco parejas sexuales fue de (57,41%), antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (65,52%), ser múltipara (61,82%) y el desconocimiento de factores de riesgo de la enfermedad es de (81,48%) (2). En Guatemala, en el año 2020, en la investigación se llevó a cabo un análisis de expedientes de 78 pacientes, en relación a los síntomas que motivaron al paciente a consultar, un 66.7% refirieron sangrados vaginales de forma constante e irregular. Así también datos relevantes como edad de inicio de la vida sexual activa se encuentran en un 83.3% (65 pacientes) de 15 a 20 años de edad (3). En España, en el año 2017, se realizó un estudio en el cual se encontró que el 65,6% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino entre las edades de 25 y 70 años no se realizaron una prueba citológica al menos 5 años y medio antes del diagnóstico. Este porcentaje se relacionó con la mayor edad al diagnóstico, la presencia de síntomas asociados y con un estadio avanzado al momento del diagnóstico. Se observó que el 83,3% de las mujeres mayores de 70 años no se habían realizado una prueba citológica antes del diagnóstico (4).

Por otro lado, a nivel latinoamericano, Colombia, realizó un estudio publicado en el año 2020, publicado en la Revista Ciencias de la Salud en Colombia, se encontró que los factores de riesgo tuvieron una muy alta prevalencia, principalmente, la edad temprana de inicio de relaciones sexuales, siendo la edad de 14 años el (75%) y (66,7%) tenía más de un compañero sexual (5). Por otro lado, en Ecuador en el

año 2020, realizó una investigación, en el cual mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino se determinan porque su menstruación comenzó a los 14 años de edad aproximadamente, y su actividad sexual empezó a los 18 años, las cuales en su mayor parte solo se realizaron una prueba de papanicolaou, presentaron dolor pélvico, sangrado intermenstrual, además enfermedades asociadas como la anemia. El 44% padece de un tumor maligno no especificado, el 8,5 % está en la fase inicial, el 12,7% en la segunda fase, el 25,4% en la tercera fase y el 9,9% en la fase cuatro. Los procedimientos quirúrgicos y oncológicos son los más habituales (6). En Chile, se realizó un artículo publicado, en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, en el año 2020, hace referencia a la sexualidad de las mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico uterino, la cual es impactada debido a la etapa de la enfermedad y su tratamiento, causando efectos físicos, como ausencia o falta de orgasmo sexual, enfermedades digestivas y urinarias, dolor e insomnio. Desde el campo psicosocial se ve afectada su autoaceptación, entra en depresión e inseguridad respecto a la permanencia con su pareja (7).

Perú, se ubica como el cuarto país con la tasa más altas de mortalidad en Sudamérica y anualmente se diagnostican 4270 nuevos casos de cáncer de cuello uterino. De igual manera, 2288 mujeres, fallecen anualmente a causa de esta enfermedad (8). En estudios a nivel nacional, en el Hospital de Ate Vitarte, en 2015, se realizó un estudio, donde se obtuvo una muestra de 105 pacientes, de los cuales el diagnóstico de carcinoma epidermoide obtuvo el 84% y al 16% se diagnosticó adenocarcinoma, por otro lado, en cuanto a su estadio se ubicó que el 81% estaba en estadio I, el 18% en estadio II, el 9% en estadio III y el 3% en estadio IV. Respecto al carcinoma escamoso, las edades de mayor prevalencia fueron, entre los 40 y 49 años representando el 40% de la muestra total (9). En el Hospital Santa María del Socorro de Ica, en 2019, se llevó a cabo un estudio, en el cual los resultados fueron: carcinomas invasivos el 25,9% y lesiones intraepiteliales malignas el 74,1%. Las características ginecológicas más comunes fueron: Multigesta (59,3%), multípara (55,6%) y inicio de menstruación de 15 años (25,9% y 33,3% respectivamente). El sangrado post coital fue el síntoma más frecuente (29,2%) (10). En el Hospital Amazónico de Yarinacocha, en 2021, se realizó un estudio, donde la muestra fue 215 mujeres que recibieron atención en el hospital. Se evidencio que el 70,7% tuvo relación con el antecedente de Papanicolau. Durante el periodo de estudio, las

mujeres que presentaron cáncer cérvico uterino fueron de 72,56%. Las variables de importancia de este estudio fueron: Grupo etario, inicio de las relaciones sexuales, nivel académico, cantidad de parejas sexuales y antecedente de Papanicolaou (11).

El cáncer de cuello uterino, también conocido como cáncer cervical, el cual se forma en el cérvix, en la parte inferior y estrecha del útero. El útero se ubica en la parte baja del abdomen entre la vejiga y el recto, es un órgano en forma de per. El cérvix crea un canal que termina en la vagina, que se dirige hacia el exterior del organismo. Gran parte de los tumores cervicouterinos son los carcinomas de células escamosas, las cuales son planas, delgadas y se originan en la superficie del cuello uterino (12).

La causa principal del cáncer cervicouterino es la infección por una o más variantes del virus de papiloma humano (VPH), un virus que se contrae a través de la vía sexual. La mayoría de los cánceres cérvico uterinos pueden ser prevenidos a través la evaluación temprana y la intervención anticipada de las lesiones precancerosas (13).

Existen distintos tipos de cáncer cervicouterino. La mayoría pertenece a los carcinomas espinocelulares, mientras que los demás son adenocarcinomas o carcinomas mixtos adenoescamosos. Estos se originan en las glándulas que producen moco, frecuentemente es causado por una infección del virus de papiloma humano (VPH). Si no se detecta y se trata a tiempo, la mayoría de cánceres cervicales, se propagan a los ganglios linfáticos pélvicos (14).

Características clínicas, el cáncer de cuello uterino, raramente se manifiesta signos y síntomas y si se presentan, pueden pasar desapercibidos, así como una secreción espesa y acuosa de la vagina, que frecuentemente se detecta después de tener relaciones sexuales o duchas vaginales. Si aparecen estos síntomas, como secreción vaginal, sangrado irregular, dolor pélvico o pérdida sanguínea postcoital, la enfermedad puede estar avanzada. Conforme persista la enfermedad, el sangrado es posible que aumente y persista, presentándose dolor y edema en las extremidades inferiores y disuria. Si la patología avanza se produce una desnutrición severa y anemia, que usualmente se acompaña de fiebre. Dado que la tasa de supervivencia con cáncer in situ es del 100% (14).

Si todas las mujeres tuviesen acceso a la atención ginecológica, no ocurriría dicha enfermedad. La función de enfermería es fundamental, en el acceso a la atención y su desempeño (14).

Factores de riesgo para cáncer cérvico uterino son: Exposición al virus de papiloma humano de tipo 16 y 18, infección cervical crónica, antecedente familiar de cáncer de cuello uterino, sobrepeso, uso prolongado de anticonceptivos orales, varias parejas sexuales, edad temprana de inicio de relaciones sexuales, contacto sexual con hombres cuyas parejas han padecido de cáncer de cuello uterino (14).

El diagnóstico puede realizarse basándose en los hallazgos irregulares de la prueba de Papanicolaou y posteriormente por una biopsia que detecte displasia leve grave (neoplasia intraepitelial cervical tipo III), lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado o carcinoma in situ. Las infecciones por virus de papiloma humano (VPH) participan en estas afecciones. En sus primeras etapas, el cáncer de cuello uterino se detecta mediante la prueba citológica de Papanicolaou y en etapas avanzadas, el examen ginecológico puede mostrar una lesión de gran tamaño, de tonalidad rojiza y una úlcera profunda que causa manchas sanguinolentas o secreciones de sangre (14).

Cuando ya se diagnostica con cáncer cervical invasor, la clasifica por etapas, la cual facilita calcular la gravedad de la patología, permitiendo que se puede planificar el tratamiento más preciso y un pronóstico razonable. En la etapa I; el carcinoma se restringe al cérvix; Etapa II; El carcinoma se extiende fuera del útero, pero no a la pared uterina o la vagina; en la etapa III el tumor se expande a la pared pélvica o la vagina; Etapa IV; el tumor se propaga más allá de la pelvis y afecta la vagina o el recto (14).

El tratamiento médico, depende de la etapa de la enfermedad; las lesiones preinvasoras, como las intraepiteliales escamosas de bajo grado (NIC I y NIC II o displasia leve o moderada) se detecta mediante la colposcopia y biopsia, el cual consiste en vigilancia y crioterapia o terapia con láser, también se puede realizar mediante electro cauterización con asa para eliminar las células anómalas. Otro procedimiento es la biopsia en cono o conización, el cual consiste en retirar una porción del cuello uterino, se efectúa cuando el resultado de la biopsia muestra NIC III equivalente a displasia severa y carcinoma local o in situ. Si el carcinoma local

se presenta cuando la paciente finaliza su gestación, se aconseja una histerectomía simple. Si la paciente está gestando o ansía tener hijos, si la invasión es inferior a 1 milímetro, la conización puede ser suficiente. Cáncer invasor depende de la etapa de la lesión, también la edad del paciente y el estado de salud, el tratamiento quirúrgico y la radioterapia se utiliza con máxima frecuencia (14).

Algunos procedimientos quirúrgicos para el cáncer cervicouterino son: Histerectomía total es la extracción del cuello uterino y anexos. Histerectomía radical se realiza través de una incisión abdominal, para remover el útero, ovarios, tubas uterinas, porción proximal de la vagina y ganglios linfáticos bilateral. Histerectomía radical vaginal (extracción de útero, ovarios, tubas uterinas y porción proximal de la vagina a través de una vía vaginal). Linfadenectomía pélvica bilateral consiste en la remoción de los vasos y ganglios linfáticos iliacos internos y externos, hipogástricos y obturadores). Extracción pélvica, remoción de los órganos pélvicos, vejiga o recto y los ganglios linfáticos con formación de un conducto de derivación, colostomía y vagina. Traquelectomía radical consiste en la extracción del cuello uterino y los ganglios escogidos para preservar la fertilidad en una persona de edad reproductiva con cáncer cervicouterino. Es esencial un seguimiento constante después de procedimiento quirúrgico, ya que la probabilidad de reaparición es elevada y generalmente ocurre los 2 años posteriores a la intervención (14).

Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, es una teoría centrada en tres conceptos, persona, salud y entorno. En la relación enfermera – paciente y la importancia del cuidado humanizado. Esta teorista enfatiza que el cuidado no termina en el aspecto físico de una curación, sino que se extiende a las dimensiones emocionales espirituales y sociales creando una armonía entre cuerpo, mente y alma, de la que depende el estado de salud (15). Teoría de adaptación de Callista Roy, es una de las teoristas que trata acerca de estrategias de afrontamiento, en su teoría de adaptación señala que las repuestas adaptativas favorecen la integridad de la persona, es una herramienta eficaz la cual permite entender la función e intervención de la enfermera, para disminuir los mecanismos que provocan el estrés (16). Ambas teoristas resaltan la importancia de un cuidado integral e individualizado en el cuidado del paciente, en este caso, con cáncer de cuello uterino, atendiendo no solo a su enfermedad física, sino también a sus necesidades sociales y emocionales.

Dolor crónico

Lo que explica la NANDA, que el dolor crónico, es una experiencia emocional y sensorial desagradable, provocada por una lesión real o potencial, de comienzo rápido o lento de intensidad leve hasta grave, persistente o repetida sin un final previsto y una duración que supera los 3 meses (17). Sin embargo, en 2020, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, define el dolor como una experiencia emocional y sensorial desagradable, vinculada a una lesión tisular real o potencial. La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (18). Por lo tanto, es aquel que persiste después del curso habitual de una enfermedad aguda o después de un tiempo razonable que sane una lesión (19). De acuerdo con la Real Academia Nacional de Medicina de España, que dolor que supera los tres meses de duración se define como tal. Se refiere sobre todo al dolor restante de una enfermedad o lesión que se ha sanado o eliminado y que queda como secuela (20).

Hipertermia

Según la NANDA, define a la temperatura del cuerpo por encima del rango diurno debido a la insuficiencia de la termorregulación (17). Por otro lado, este autor indica que la hipertermia surge debido a la incapacidad de los mecanismos periféricos para preservar la temperatura corporal normal establecida por el hipotálamo (21). Por consiguiente, se define como hipertermia a un incremento de la temperatura corporal por encima de lo normal debido a una alteración de la termorregulación, de manera que la producción de calor por el organismo supera la cantidad que puede ser perdida (22). Así mismo, este autor define a la hipertermia, como el incremento anormal de la temperatura corporal, usualmente debido a la incapacidad para regular la temperatura corporal central debido a factores no patológicos (23).

Ansiedad

De acuerdo con NANDA, define la ansiedad como respuesta emocional ante una amenaza difusa en la que la persona anticipa a un riesgo inminente e inespecífico, a una catástrofe o un desastre (17). Así mismo, este autor define la ansiedad, como una sensación confusa e incómoda, cuyo origen puede ser específico o desconocido para la persona (14). Según el diccionario médico son emociones o,

sentimientos de miedo, desconfianza (24). Para este autor, la ansiedad es una reacción adaptativa del cuerpo frente a una amenaza real o ficticio, aunque puede ser excesiva o insuficiente (25). De acuerdo con la Real Academia Nacional de Medicina de España, define que es una sensación desagradable al sentirse amenazado por algo inespecífico, que se manifiesta físicamente por: falta de aire, tensión generalizada y sobresalto (26).

Riesgo de sangrado

Según NANDA, define a riesgo de sangrado: Susceptible a una reducción del volumen de sangre que podría comprometer y poner en riesgo la salud (17). De acuerdo con el diccionario médico, es el sangramiento o expulsión de sangre de un vaso (27). Este autor define que el sangrado es la pérdida de sangre, ya sea externamente o en el interior del cuerpo (28). De igual manera, la Real Academia Nacional de Medicina Española, tiene como concepto, que el sangrado vaginal se refiere a la expulsión de sangre a través de la vagina; puede originarse de procesos vaginales, cervicales o uterinos, o de diversas lesiones traumáticas (29).

Baja autoestima situacional

NANDA explica en su definición, que es capaz de modificar de manera positiva a negativa la autoestima, la autoaceptación, el autorrespeto, la competencia y la postura hacia uno mismo ante una situación presente, lo que puede poner en riesgo la salud (17). De acuerdo con el diccionario médico, la autoestima se refiere a la percepción que una persona tiene de sí misma (30). Según la Real Academia Nacional de Medicina de España, la autoestima es el nivel de aceptación y consideración de sí mismo (31). Este autor define que la baja autoestima, es el conjunto de todas las creencias y autovaloraciones subjetivas y negativas que nos perjudican y que dejan un poso de descontento (32).

1.2 Caso Clínico

Nombre: DCS. Paciente de 48 años de edad, sexo femenino, ingresa al consultorio de ginecología, por presentar hace 1 mes dolor pélvico, leucorrea vaginal, sangrado vaginal recurrente y para lectura de resultado de papanicolaou que se realizó el día 01/07/2024, antecedentes familiares: por parte de la madre cáncer cérvico uterino, sin antecedentes patológicos, niega alergia a medicamentos, antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Inicio de vida sexual: 17 años. Parejas sexuales: 4. Gestación: 3. Abortos: 0. Cesárea: 0

A la entrevista la paciente refiere: hace 1 año siento dolor al tener relaciones sexuales con su esposo, y no quiero tener intimidad por eso, hace 3 meses he estado sintiendo dolor en el vientre y flujo vaginal amarillo con mal olor y manchas de sangre, pero hace 1 mes, el dolor es más intenso y el sangrado es abundante, 2 días antes me dio fiebre y malestar general, ahora me siento cansada, mareada, tengo miedo, no quiero tener cáncer.

Los exámenes diagnósticos que se realizó fueron: Papanicolaou, realizada el día 01/07/2024 dando como resultado: Células escamosas de significado indeterminado (ASCUS). Se realizó una ecografía transvaginal. Informe ecográfico: Lesión hipoecoica de aspecto sólido en cérvix, quiste simple en ovario derecho, G1-RADS II. También se realizó una colposcopia realizada el día 08/08/2024 dando como conclusión: Displasia cervical NIC III, descartar cáncer de cérvix. Se solicita biopsia. Se le realizó la biopsia dando como resultado: Displasia grave NIC III o lesión de alto grado cervical.

A la exploración física: Paciente se le observa ansiosa, cansada, deambulación lenta, con facie dolorosa, labios agrietados, abdomen blando, presencia de ruidos intestinales, doloroso a la palpación profunda en el hipogastrio, dando como resultado con la escala de EVA 7/10, genitales se evidencia sangrado vaginal con olor fétido, extremidades superiores e inferiores simétricas, sin edemas ni lesiones, peso de 60 Kg, talla: 1,56 cm, índice de masa corporal: 24.7. A la toma de funciones vitales: T°= 38.4 PA=120/70, SPO2 =97%, FC=105 lpm, FR=20 rpm. Exámenes de laboratorio: Hemoglobina:11.3 g/dL, glucosa: 82 mg/dL.

1.3 Valoración Según Patrones Funcionales

Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud

| Datos Significativos | Dominio / Clase |
|---|---|
| Dato subjetivo: No refiere Dato objetivo: Labios agrietados, temperatura de 38.4 | Dominio 11: Seguridad / protección Clase 6: Termorregulación |

Fuente: Valoración por funciones patronales de Margory Gordon; Elaboración propia.

Patrón 5: Sueño - Descanso

| Datos Significativos | Dominio / Clase |
|--|--|
| Dato subjetivo: Refiere no poder dormir en las noches debido al dolor y la fiebre, se siente cansada. Dato objetivo: Se le observa cansada. | Dominio 4: Actividad / Reposo Clase 1: Sueño / Reposo |

Fuente: Valoración por patrones funcionales de Margory Gordon; Elaboración propia.

Patrón 6: Cognitivo - Perceptual

| Datos Significativos | Dominio / Clase |
|---|--|
| Dato subjetivo: Hace un mes, el dolor es más intenso. Dato objetivo: Facie dolorosa, abdomen blando presencia de ruidos intestinales doloroso a la palpación profunda en el hipogastrio, dando como resultado con la escala de EVA 7/10. | Dominio12: Confort Clase1: Confort físico |

Fuente: Valoración por patrones funcionales de Margory Gordon; Elaboración propia.

Patrón 7: Auto percepción - Autoconcepto

| Datos Significativos | Dominio / Clase |
|---|---|
| Dato subjetivo: Refiere tener miedo que su esposo la deje por su enfermedad. Dato objetivo: Ansiosa, preocupada. | Dominio 6: Auto percepción Clase 2: Autoestima |
| Fuente: Valoración por patrones funcionales de Margory Gordon; Elaboración propia. | |

Patrón 9: Sexualidad

| Datos Significativos | Dominio / Clase |
|--|--|
| Dato subjetivo: Siento dolor al tener relaciones y no quiero tener intimidad por eso Dato objetivo: No se observa | Dominio 8: Sexualidad Clase 2: Función sexual |
| Fuente: Valoración por patrones funcionales de Margory Gordon; Elaboración propia. | |

Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés

| Datos Significativos | Dominio / Clase |
|---|--|
| Dato subjetivo: Tengo miedo, no quiero tener cáncer Dato objetivo: Paciente se le observa ansiosa, cansada | Dominio 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento |
| Fuente: Valoración por patrones funcionales de Margory Gordon; Elaboración propia. | |

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Primer Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica: Dolor crónico

Característica Definitorias: Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor.

Factores relacionados: Agentes que provocan lesiones

Enunciado diagnóstico: Dolor crónico relacionado con agentes que provocan lesiones evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolo: Facie dolorosa, escala de EVA 7/10.

Segundo diagnostico

Etiqueta diagnostica: Hipertermia

Características definitorias: Piel caliente al tacto

Factores relacionados: Deterioro del estado de salud

Enunciado diagnóstico: Hipertermia relacionada con deterioro del estado de salud evidenciado por piel caliente al tacto: Temperatura 38.4° C y FC: 105 lpm.

Tercer Diagnostico

Etiqueta diagnostica: Ansiedad

Características definitorias: Expresa ansiedad por los cambios de la vida

Factores relacionados: Situación desconocida

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionada con situación desconocida evidenciado por expresa ansiedad por los cambios de la vida: Ansiosa.

Cuarto Diagnostico

Etiqueta diagnostica: Riesgo de sangrado

Factor de riesgo: Conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de sangrado factor de riesgo conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado.

Quinto diagnostico

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de baja autoestima situacional

Factor de riesgo: Temor al rechazo

Enunciado diagnóstico: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo temor al rechazo

1.4 Priorización de Diagnósticos:

1. Dolor crónico relacionado con agentes que provocan lesiones evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: Facie dolorosa, escala de EVA 7/10.
2. Hipertermia relacionada con deterioro del estado de salud evidenciado por piel caliente al tacto: Temperatura 38.4°C, FC: 105 lpm
3. Ansiedad relacionada con situación desconocida evidenciado por expresa ansiedad por los cambios de la vida: Ansiosa
4. Riesgo de sangrado factor de riesgo conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado.
5. Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo temor al rechazo

CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo descriptivo, de diseño no experimental y transversal. Respecto al estudio descriptivo, H Sampieri señala en su libro de que este estudio busca especificar las propiedades, características y perfiles de personas, procesos o cualquier fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, medir o recoger información de las variables de manera independiente o conjunta. Por otro lado, también menciona que en el diseño no experimental no se varia de forma intencional la variable independiente y no es posible manipularla, solo se observa y se analiza. Este autor también indica, que el diseño transversal tiene como propósito describir la variable y su incidencia en un momento dado (33). Se llevo a cabo la investigación de un caso clínico, relacionado con el diagnóstico de la paciente, empleando los libros NANDA, NIC Y NOC, así finalizar con los datos obtenidos en el campo de enfermería respaldado en la evidencia.

2.2 POBLACIÓN

La población de estudio está constituida por 1 paciente adulta mayor de 48 años con diagnóstico de cáncer de cuello uterino del Hospital San Juan de Lurigancho.

2.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.3.1 Autorización y coordinación previa para la recolección de datos:

Para el inicio de recolección de datos, se informó al paciente sobre la el objetivo de la investigación, quien accedió amablemente y otorgo su autorización luego se coordinó con la jefa encargada del servicio y se lleve a cabo la entrevista.

2.3.2 Aplicación de instrumentos de recolección de datos:

Los datos fueron recopilados en el mes de agosto del presente año, se envió una solicitud de aprobación a la jefa del servicio de la clínica la cual accedió.

Se verifico el correcto llenado del instrumento al finalizar con la valoración del paciente.

2.3.3 Técnica de recolección de datos:

La técnica empleada fue la observación conjuntamente con la entrevista la cual facilitó y permitió recolectar los datos necesarios para realizar el presente trabajo de investigación. También se utilizó la escala visual analógica (EVA), según este autor, se usa para ayudar a una persona a evaluar la intensidad del dolor, consiste en una línea de 10 cm, en la cual se marca dos puntos extremos, siendo 0 la ausencia del dolor y 10 representa un dolor más intenso (34).

2.3.4 Instrumento de recolección de datos:

Con la finalidad de recolectar los datos para obtener información, se utilizó el instrumento de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, a través del cual se pudo recoger información necesaria y se evaluó al paciente en función de cada patrón.

2.4 MÉTODO DE ANÁLISIS

Al finalizar la recolección de datos de la paciente adulta mayor, se transcribió el caso clínico y se utilizó las taxonomías de diagnósticos (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC), de acuerdo a sus codificaciones detalladas por los autores de cada libro, estas serán utilizadas en las tablas, donde serán interpretadas de acuerdo a mi criterio para obtener resultados positivos a favor de la paciente.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por la seguridad, confidencialidad e integridad de la paciente, se aplican los aspectos bioéticos: Solicitar el consentimiento informado a la paciente, atención de calidad y justa para la paciente, por lo cual los datos presentados en esta investigación son veraces ya que dan mucha importancia a la problemática.

Principio de autonomía

Se hizo participe a la paciente sobre el uso de instrumento de recolección de datos, para lo cual se utilizó el formato de valoración de patrones funcionales y si estaba de acuerdo con participar en la investigación. Y de ese modo la paciente accedió a participar en la investigación.

Principio de beneficencia

Se brindo información precisa a la paciente, acerca de los instrumentos y sobre las intervenciones que se le realizaron durante su estadía en la clínica, con el fin de ayudar y garantizando una calidad buena de atención y confianza depositada.

Principio de no maleficencia

En base a este principio, se aclaró a la paciente todas sus preguntas y dudas respecto al trabajo de investigación, también se mencionó que este no perjudicará su salud e integridad física ni emocional.

Principio de justicia

Se brindo una atención de calidad a la paciente, se trató con respeto, amabilidad y cordialidad, sin ningún tipo de discriminación, sin vulnerar sus derechos, ni perjudicarla.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1 Intervención de enfermería

Tabla 1. Diagnóstico de enfermería: Dolor crónico relacionado con agentes que provocan lesiones evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: Facie dolorosa, escala de EVA 7/10.

| Diagnóstico de Enfermería NANDA | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Fundamentos de las intervenciones de Enfermería | Evaluación de logro NOC |
|--|---|--|--|---|
| DOMINIO 12: Confort | 1605 Control del dolor | 1415 Manejo del dolor crónico | Disminución del dolor constante que dura más, que el tiempo normal de curación, que supera los 3 meses, a un nivel soportable para la persona. | 1605 Control del dolor |
| Clase 1: Confort físico | INDICADORES: 160502 Reconoce el comienzo del dolor (A veces demostrado 3) | ACTIVIDADES: 1. Realizar una valoración detallada del dolor que abarque ubicación, aparición, duración, nivel de intensidad, factores que alivian y lo causan. 2. Emplear una herramienta valida y fiable para la evaluación del dolor crónico. (escala EVA). 3. Garantizar que reciba atención analgésica antes de que el dolor se intensifique o antes de las actividades que lo provocan. 4. Determinar el efecto del dolor en la calidad de vida (sueño). 5. Evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor en periodos determinados. | 1. La valoración permite identificar y establecer un plan de manejo efectivo y proporcionar un cuidado adecuado. 2. Es fundamental para obtener medidas precisas y consistente del dolor. 3. Permite un control efectivo del dolor y mejora el control de los síntomas. 4. Para mejorar el bienestar general del paciente. 5. Esta evaluación permite identificar si el tratamiento es efectivo. | INDICADORES: 160502 Reconoce el comienzo del dolor (Frecuentemente demostrado 4) 160516 Describe el dolor (Siempre demostrado 5) |
| Código: 00133 Dolor crónico relacionado con agentes que provocan lesiones evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: Facie dolorosa, escala de EVA 7/10 | 160516 Describe el dolor (A veces demostrado 3) | | | |

| 2102 Nivel del dolor | 2210 Administración de analgésicos | Aplicación de medicamentos para reducir o eliminar el dolor. | 2102 Nivel del dolor |
|--|---|---|--|
| INDICADORES: 210201 Intensidad del dolor referido (Moderado 3) | ACTIVIDADES: 1. Comprobar historial de alergias a medicamentos. 2. Controlar signos vitales antes de la administración. 3. Seguir los 5 principios de la administración de medicamentos 4. Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares. 5. Vigilar posibles efectos adversos. | 1. Asegura que el medicamento sea adecuado, evitando reacciones adversas. 2. Que este en óptimas condiciones para recibir tratamiento. 3. Garantiza una administración segura y efectiva. 4. Evaluar el dolor para un tratamiento y alivio adecuado. 5. Permite prevenir complicaciones graves. | INDICADORES: 210201 Intensidad del dolor referido (Leve 4) |

Fuente: Datos obtenidos de la valoración de la paciente.

Figura 1: La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: Dolor crónico con agentes que provocan lesiones evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: Facie dolorosa, escala de EVA 7/10.

| Diagnóstico de Enfermería NANDA | Criterios de evaluación NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda | | |
|--|--|--|---|---------------|------------|
| | | | Se ejecuto | No se ejecuto | En proceso |
| DOMINIO 12: Confort | 1605 Control del dolor | 1415 Manejo del dolor crónico | | | |
| Clase 1: Confort físico | INDICADORES: 160502 Reconoce el comienzo del dolor (Frecuentemente demostrado 3) | ACTIVIDADES: 1. Realizar una valoración detallada del dolor que abarque ubicación, aparición, duración, nivel de intensidad, factores que alivian y lo causan. 2. Emplear una herramienta valida y fiable para la evaluación del dolor crónico. (escala EVA). 3. Garantizar que reciba atención analgésica antes de que el dolor se intensifique o antes de las actividades que lo provocan. 4. Determinar el efecto del dolor en la calidad de vida (sueño). 5. Evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor en periodos determinados. | 85% | | 15% |
| Código: 00133 Dolor crónico relacionado con agentes que provocan lesiones evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: Facie dolorosa, escala de EVA 7/10 | 160516 Describe el dolor (A veces demostrado3) | 2210 Administración de analgésicos | | | |
| | 2102 Nivel del dolor | ACTIVIDADES: 1. Comprobar historial de alergias a medicamentos. 2. Controlar signos vitales antes de la administración. 3. Seguir los 5 principios de la administración de medicamentos. 4. Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares. 5. Vigilar posibles efectos adversos. | | | |
| | INDICADORES: 210201 Intensidad del dolor referido (Moderado 3) | | | | |

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas a la paciente.

Respecto a la figura, se puede determinar que el 85 % de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejoría del paciente. El 15 % están en proceso debido a la complejidad de la enfermedad.

Tabla 2. Diagnóstico de Enfermería: Hipertermia relacionada con deterioro del estado de salud evidenciado por piel caliente al tacto: Temperatura 38.4° C y FC: 105 lpm.

| Diagnóstico de Enfermería NANDA | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Fundamentos de las intervenciones de Enfermería | Evaluación de logro NOC |
|---|---|--|---|--|
| <p>DOMINIO 11: Seguridad/ protección</p> <p>Clase 6: Termorregulación</p> <p>Código: 00007</p> <p>Hipertermia relacionada con deterioro del estado de salud evidenciado por piel caliente al tacto: Temperatura 38.4° C y FC: 105 lpm.</p> | <p>0802 Signos vitales</p> <p>INDICADORES: 080201 Temperatura corporal (Desviación sustancial del rango normal 2)</p> <p>080209 Presión del pulso (Desviación moderada del rango normal 3)</p> <p>08000 Termorregulación</p> <p>INDICADORES: 080019 Hipertermia (Moderado 3)</p> | <p>3900 Regulación de la temperatura</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede. 2. Colocar un equipo de monitorización de temperatura constante. 3. Observar el tono y la temperatura corporal. 4. Favorecer una ingesta adecuada de líquidos. 5. Comunicar los signos y síntomas de la hipertermia. <p>3786 Manejo de la hipertermia</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el motivo del incremento de la temperatura corporal. 2. Vigilar la respuesta a la fiebre, incluyendo la temperatura corporal. | <p>Mantenimiento y control de la normotermia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayuda a detectar cambios y prevenir complicaciones. 2. Asegura una medición precisa y continua de la temperatura. 3. Ayuda a identificar alteraciones en la regulación térmica. 4. Hidratación adecuada ayuda a regular la temperatura. 5. Informar signos de hipertermia facilita la intervención temprana y complicaciones graves. <p>Manejo de síntomas y condición relacionada al incremento de la temperatura, por una infección o exposición larga a un calor desmedido.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar la causa de fiebre permite un tratamiento adecuado para la paciente. 2. Ayuda a evaluar la eficacia del tratamiento y las intervenciones. | <p>0802 Signos vitales</p> <p>INDICADORES: 080201 Temperatura corporal (Sin desviación del rango normal 5)</p> <p>080209 Presión del pulso (Sin desviación del rango normal 5)</p> <p>08000 Termorregulación</p> <p>INDICADORES: 080019 Hipertermia (Ninguno 5)</p> |

-
- | | |
|---|---|
| 3. Administrar tratamiento oral o endovenoso. | 3. Acción rápida y eficaz para reducir la temperatura corporal. |
| 4. Fomentar el consumo de líquidos. | 4. Previene la deshidratación, ayuda a regular la temperatura corporal y favorece la eliminación de toxinas a través de la orina. |
| 5. Aflojar y quitar la ropa. | 5. Permite la liberación de calor corporal y facilita la regulación térmica del cuerpo. |
-

Fuente: Datos obtenidos de la valoración de la paciente

Figura 2: La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: Hipertermia relacionada con deterioro del estado de salud evidenciado por piel caliente al tacto: Temperatura 38.4°C y FC: 105 lpm.

| Diagnóstico de Enfermería NANDA | Criterios de evaluación NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda | | |
|---|---|--|---|---------------|------------|
| | | | Se ejecuto | No se ejecuto | En proceso |
| DOMINIO 11: Seguridad/ protección | 0802 Signos vitales | 3900 Regulación de la temperatura | | | |
| Clase 6: Termorregulación | INDICADORES: 080201 (Temperatura corporal Desviación sustancial del rango normal 2) | ACTIVIDADES: 1. Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede. 2. Colocar un equipo de monitorización de temperatura constante. 3. Observar el tono y la temperatura corporal. | | | |
| Código: 00007 | 080209 Presión del pulso (Desviación moderada del rango normal 3) | 4. Favorecer una ingesta adecuada de líquidos. 5. Comunicar los signos y síntomas de la hipertermia. | 80% | | 20% |
| Hipertermia relacionada con deterior del estado de salud evidenciado por piel caliente al tacto: Temperatura 38.4° C y FC: 105 lpm | 08000 Termorregulación | 3786 Manejo de la hipertermia | | | |
| | INDICADORES: 080019 Hipertermia Hipertermia (Moderado 3) | ACTIVIDADES: 1. Determinar el motivo del incremento de la temperatura corporal. 2. Vigilar la respuesta a la fiebre, incluyendo la temperatura. 3. Administrar tratamiento oral o endovenoso. 4. Fomentar el consumo de líquidos. 5. Aflojar y quitar la ropa. | | | |

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas a la paciente.

Respecto a la figura, se puede determinar que el 90 % de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejoría del paciente. El 10 % están en proceso debido a la complejidad de la enfermedad.

Tabla 3. Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionada con situación desconocida evidenciado por expresa ansiedad por los cambios de la vida: Ansiosa.

| Diagnóstico de Enfermería NANDA | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Fundamentos de las intervenciones de Enfermería | Evaluación de logro NOC |
|--|---|---|---|--|
| <p>DOMINIO 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento Código: 00146 Ansiedad relacionada con situación desconocida evidenciado por expresa ansiedad por los cambios de la vida: Ansiosa.</p> | <p>Autocontrol de la ansiedad INDICADORES: 140201 Monitoriza la intensidad la ansiedad. (A veces demostrado 3) 140207 Utilizar técnicas de relajación para reducir la ansiedad. (Raramente demostrado 2) 13000 Aceptación: Estado de salud INDICADORES: 130008 Reconoce la realidad de la situación de salud (A veces demostrado 3)</p> | <p>5820 Disminución de la ansiedad ACTIVIDADES: 1. Describir todos los procesos incluyendo las posibles sensaciones que experimentara. 2. Brindar información acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. 3. Intentar entender la perspectiva de la persona sobre las circunstancias de estrés. 4. Promover a la familia a permanecer con la persona, cuando sea apropiado. 5. Guiar para realizar respiraciones lentas y profundas. 5270 Apoyo emocional ACTIVIDADES: 1. Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo.</p> | <p>Minimiza las sensaciones y emociones de temor e inquietud respecto a una situación desconocida o de peligro. 1. Promueve la autonomía del paciente y facilita un ambiente seguro y cómodo durante el proceso. 2. Favorece la comprensión y participación del paciente en el proceso de salud. 3. Permite abordar de manera integral sus necesidades emocionales y psicológicas. 4. La presencia de la familia facilita la adaptación al tratamiento y mejora la recuperación. 5. Es una técnica para reducir el estrés la ansiedad y mejorar la oxigenación. Brindar aceptación, seguridad y ánimos en momentos de ansiedad. 1. El contacto físico puede reducir el estrés y promueve el bienestar emocional.</p> | <p>1402 Autocontrol de la ansiedad INDICADORES: 140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad (Frecuentemente demostrado 4) 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad (Frecuentemente demostrado 4) 13000 Aceptación: Estado de salud INDICADORES: 130008 Reconoce la realidad de la situación de la salud (Siempre demostrado 5)</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| 130010 Afronta la situación de salud (Raramente demostrado 2) | 2. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo 3. Animar a expresar los sentimientos, percepciones y temores. 4. Escucha activa de sus sentimientos, así como ira y tristeza. 5. Mantenerse con el paciente y proporcionar. sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. | 2. Fortalece la relación terapéutica, reduce la ansiedad y aumenta la confianza del paciente. 3. Expresar las emociones mejora la salud mental y reduce el malestar psicológico del paciente. 4. Escucha activa permite al paciente sentirse comprendido y validado. 5. La presencia de la enfermera brinda consuelo, seguridad y promueve la estabilidad emocional del paciente. | 130010 Afronta la situación de salud (Frecuentemente demostrado 4) |
|---|---|--|--|

Fuente: Datos obtenidos de la valoración de la paciente.

Figura 3: La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionada con situación desconocida evidenciado por expresa ansiedad por los cambios de la vida: Ansiosa.

| Diagnóstico de Enfermería NANDA | Criterios de evaluación NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda | | |
|---|--|--|---|---------------|------------|
| | | | Se ejecuto | No se ejecuto | En proceso |
| DOMINIO 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento Código: 00146 Ansiedad relacionada con situación desconocida evidenciado por expresa ansiedad por los cambios de la vida: Ansiosa. | 1402 INDICADORES: 140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad (A veces demostrado 3) 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad (Raramente demostrado 2) 13000 Aceptación: Estado de salud INDICADORES: 130008 Reconoce la realidad de la situación de salud (A veces demostrado 3) 130010 Afronta la situación de salud (Raramente demostrado 2) | 5820 Disminución de la ansiedad ACTIVIDADES: 1. Describir todos los procesos incluyendo las posibles sensaciones que experimentara. 2. Brindar información acerca del diagnóstico, tratamiento y pronostico. 3. Intentar entender la perspectiva de la persona sobre las circunstancias de estrés. 4. Promover a la familia a permanecer con la persona, cuando sea apropiado. 5. Guiar para realizar respiraciones lentas y profundas. 5270 Apoyo emocional ACTIVIDADES: 1. Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo. 2. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo 3. Animar a expresar los sentimientos, percepciones y temores. 4. Escucha activa de sus sentimientos, así como ira y tristeza. 5. Mantenerse con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. | | | |
| | | | 85 % | | 15 % |

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas a la paciente.

Respecto a la figura, se puede determinar que el 85 % de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente dando buenos resultados en la mejoría del paciente. El 15 % están en proceso debido a que la paciente sigue ansiosa debido a su enfermedad.

Tabla 4. Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de sangrado factor de riesgo de las precauciones para evitar el sangrado.

| Diagnóstico de Enfermería NANDA | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Fundamentos de las intervenciones de Enfermería | Evaluación de logro NOC |
|--|---|---|--|---|
| DOMINIO 11: Seguridad/ protección Clase 2: Lesión física Código: 00206 Riesgo de sangrado factor de riesgo de las precauciones para evitar el sangrado. | 190022 Control del riesgo INDICADORES: 190220 Identifica los factores de riesgo (Raramente demostrado 2) 190201 Reconoce los factores de riesgo personales (Raramente demostrado 2) 190206 Reconoce cambios en el estado de salud (Raramente demostrado 2) | 4010 Prevención de hemorragias ACTIVIDADES: 1. Preservar el acceso endovenoso, según sea necesario. 2. Evitar la introducción de objetos en un orificio que sangre. 3. Evitar cargar objetos con gran peso 4. Promover el consumo de líquidos para evitar el estreñimiento. 5. Informar al paciente y su familia sobre los signos de sangrado y las acciones a tomar. 6650 Vigilancia ACTIVIDADES: 1. Vigilar los signos vitales. 2. Preguntar al paciente sobre sus signos, síntomas o dificultades recientes. | Disminuir los estímulos que pueden provocar hemorragias en pacientes con riesgo de sufrirlas. 1. El acceso endovenoso garantiza una intervención rápida y eficaz en casos de emergencias. 2. Previene la exacerbación de la hemorragia y reduce el riesgo de infecciones. 3. Previene el aumento de la presión intrabdominal. 4. La hidratación adecuada facilita la función intestinal y previene el estreñimiento. 5. Educar sobre los signos de hemorragia permite una detección temprana y una intervención rápida y oportuna. Recopilación, interpretación objetiva de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas. 1. El monitoreo detecta alteraciones hemodinámicas que requiere intervención. 2. Información directa y precisa ayuda identificar cambios en su emoción y mejorar la tensión. | 190022 Control del riesgo INDICADORES: 190220 Identifica los factores de riesgo (Frecuentemente demostrado 4) 190201 Reconoce los factores de riesgo personales (Frecuentemente demostrado 4) 190206 Reconoce cambios en el estado de salud (A veces demostrado 3) |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 3. Observar si existen tendencias a sangrados. 4. Determinar el procedimiento apropiado según sea necesario. 5. Priorizar y definir las actividades en función del estado del paciente. | <ul style="list-style-type: none"> 3. Ayuda a prevenir aplicaciones y permite una intervención oportuna en caso de hemorragias. 4. Asegura una atención eficaz, mejora los resultados clínicos. 5. Priorizar las acciones según la condición del paciente y que se aborda primero las necesidades urgentes. |
|---|--|

Fuente: Datos obtenidos de la valoración de la paciente.

Figura 4: La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de sangrado factor de riesgo de las precauciones para evitar el sangrado.

| Diagnóstico de Enfermería NANDA | Criterios de evaluación NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda | | |
|--|---|---|---|---------------|------------|
| | | | Se ejecuto | No se ejecuto | En proceso |
| DOMINIO 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física Código: 00206 Riesgo de sangrado factor de riesgo de las precauciones para evitar el sangrado. | 190022 Control del riesgo INDICADORES: 190220 Identifica los factores de riesgo (Raramente demostrado 2) 190201 Reconoce los factores de riesgo personales (Raramente demostrado 2) 190206 Reconoce cambios en el estado de salud (Raramente demostrado 2) | 4010 Prevención de hemorragias ACTIVIDADES: 1. Preservar el acceso endovenoso, según sea necesario. 2. Evitar la introducción de objetos en un orificio que sangre. 3. Evitar cargar objetos con gran peso. 4. Promover el consumo de líquidos para evitar el estreñimiento. 5. Informar al paciente y su familia sobre los signos de sangrado y las acciones a tomar. 6650 Vigilancia ACTIVIDADES: 1. Vigilar los signos vitales. 2. Preguntar al paciente sobre sus signos, síntomas o dificultades recientes. 3. Observar si existen tendencias a sangrados. 4. Determinar el procedimiento apropiado según sea necesario. 5. Priorizar y definir las actividades en función del estado del paciente. | 100% | | |

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas a la paciente.

En relación a la figura, se puede determinar que el 100% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y así evitar complicaciones en la salud del paciente.

Tabla 5. Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo temor al rechazo.

| Diagnóstico de Enfermería NANDA | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Fundamentos de las intervenciones de Enfermería | Evaluación de logro NOC |
|--|---|--|---|--|
| DOMINIO 6: Autopercepción | 12005 Autoestima | 5400 Mejora de la autoestima | Ayuda a un paciente para mejorar su juicio personal de su propia apreciación. | 12005 Autoestima |
| Clase 2: Autoestima | INDICADORES: 120501 Expresión de autoaceptación (A veces positivo 3) | ACTIVIDADES: 1. Proporcionar prácticas que aumenten la autonomía del paciente. 2. Mostrar confianza en el paciente y sus capacidades para controlar una situación. 3. Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas. | 1. Fomentar la autonomía mejora la participación activa del paciente. 2. Fortalece su autoestima y empodera al paciente para la toma de decisiones. | INDICADORES: 120501 Expresión de autoaceptación (A menudo positivo 4) |
| Código: 00153 Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo temor al rechazo. | 120524 Expresión de opiniones personales (Raramente positivo 2) | 4. Reafirmar las virtudes personales que identifiquen al paciente. 5. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. | 3. Establecer objetivos motiva al paciente y facilita el cumplimiento del tratamiento. 4. Refuerza la autoestima y facilita una actitud positiva hacia el tratamiento. 5. El ambiente positiva mejora el estado emocional y la calidad de vida. | 120524 Expresión de opiniones personales (A menudo positivo 4) |
| | 1302 Afrontamiento de problemas | | | 1302 Afrontamiento de problemas |
| | INDICADORES: 130205 Manifiesta la aceptación de la situación (Raramente positivo 2) | 5230 Mejorar afrontamiento | Promueve los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar elementos estresantes, riesgos percibidos que obstaculicen en la satisfacción y el rol vital. | INDICADORES: 130205 Manifiesta la aceptación de la situación (A menudo positivo 4) |
| | 130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento (A veces demostrado 3) | ACTIVIDADES: 1. Evaluar si el paciente comprendió el proceso de la enfermedad. 2. Brindar al paciente la información que más le interese obtener. | 1. Mejora su participación activa en el proceso de tratamiento. 2. Proporcionar información relevante mejora la comprensión y capacidad para tomar decisiones. | 130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento (Siempre demostrado 5) |

| | |
|---|--|
| 3. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades. | 3. Aumenta la autoestima y promueve una actitud positiva hacia la recuperación. |
| 4. Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador. | 4. Reduce la ansiedad y mejora la disposición del paciente hacia el tratamiento. |
| 5. Enseñar al paciente el uso de técnicas de relajación. | 5. Esta técnica reduce la respuesta fisiológica al estrés y favorece la recuperación física y emocional. |

Fuente: Datos obtenidos de la valoración de la paciente.

Figura 5: La evaluación de porcentajes de los resultados obtenidos del Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo temor al rechazo.

| Diagnóstico de Enfermería NANDA | Criterios de evaluación NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda | | |
|--|---|--|---|---------------|------------|
| | | | Se ejecuto | No se ejecuto | En proceso |
| DOMINIO 6: Autopercepción | 12005 Autoestima | 5400 Mejora de la autoestima | | | |
| Clase 2: Autoestima | INDICADORES: 120501 Expresión de autoaceptación (A veces positivo 3) | ACTIVIDADES: 1. Proporcionar prácticas que aumenten la autonomía del paciente. 2. Mostrar confianza en el paciente y sus capacidades para controlar una situación. 3. Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas. | | | |
| Código: 00153 | 120524 Expresión de opiniones personales (Raramente positivo 2) | 4. Reafirmar las virtudes personales que identifiquen al paciente. 5. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. | | | |
| Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo temor al rechazo. | 1302 Afrontamiento de problemas | 5230 Mejorar afrontamiento | | | |
| | INDICADORES: 130205 Manifiesta la aceptación de la situación (Raramente positivo 2) | ACTIVIDADES: 1. Evaluar si el paciente comprendió el proceso de la enfermedad. 2. Brindar al paciente la información que más le interese obtener. 3. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades. | | | |
| | 130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento (A veces demostrado 3) | 4. Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador. 5. Enseñar al paciente el uso de técnicas de relajación. | | | |

100 %

Fuente: Datos obtenidos de las intervenciones realizadas a la paciente.

Respecto a la figura, se puede determinar que el 100% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y así evitar complicaciones en la salud del paciente.

CAPITULO IV: DISCUSION

4.1 DISCUSIÓN

En este estudio de caso clínico, aplicado a paciente adulta de 48 años, con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, el cual consistió en un plan de cuidados y realizar las intervenciones de enfermería, para el bienestar holístico del paciente y poder emplear las acciones correctas del profesional de enfermería, teniendo como base, la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.

Estos porcentajes indican los resultados y objetivos esperados, al realizar las intervenciones de enfermería para la mejora del paciente.

Con respecto al análisis obtenido en el primer diagnóstico de enfermería: Dolor crónico, respecto a la figura, se puede determinar que el 85% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejor del paciente, el 15% están en proceso debido a la complejidad de la enfermedad. Lo que explica la NANDA, que el dolor crónico, es una experiencia emocional y sensorial desagradable, provocada por una lesión real o potencial, de comienzo rápido o lento de intensidad leve hasta grave, persistente o repetida sin un final previsto y una duración que supera los 3 meses (17). El cual tuvo como objetivo controlar o disminuir el dolor, teniendo como primera actividad: Realizar una valoración detallada del dolor que abarque ubicación, aparición, duración, nivel de intensidad, factores que alivian y lo causan.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el segundo diagnóstico de enfermería: Hipertermia, respecto a la figura, se puede determinar que el 80 % de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejoría del paciente. El 20 % están en proceso debido a la complejidad de la enfermedad. Según la NANDA, define a la temperatura del cuerpo por encima del rango diurno debido a la insuficiencia de la termorregulación (17). El cual tuvo como objetivo vigilar los signos vitales y termorregulación, teniendo como primera actividad: administrar tratamiento oral o endovenoso.

Según análisis obtenidos en el tercer diagnóstico de enfermería: Ansiedad, Respecto a la figura, se puede determinar que el 85 % de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente dando buenos resultados en

la mejoría del paciente. El 15 % están en proceso debido a que la paciente sigue ansiosa debido a su enfermedad. De acuerdo con NANDA, define la ansiedad como respuesta emocional ante una amenaza difusa en la que la persona anticipa a un riesgo inminente e inespecífico, a una catástrofe o un desastre (17). El cual tuvo como objetivo, autocontrol de la ansiedad teniendo como primera intervención, brindar información acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Así mismo según los análisis obtenidos en el cuarto diagnóstico de enfermería: Riesgo de sangrado, se puede determinar que el 100% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y así evitar complicaciones en la salud del paciente. Según NANDA, define a riesgo de sangrado: Susceptible a una reducción del volumen de sangre que podría comprometer y poner en riesgo la salud (17). El cual tuvo como objetivo, control del riesgo y la intervención fue prevención de hemorragias y como primera actividad, evitar la introducción de objetos en un orificio que sangre.

Finalmente, los resultados del último diagnóstico de enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional, se puede determinar que el 100% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y así evitar complicaciones en la salud del paciente. NANDA explica en su definición, que es capaz de modificar de manera positiva a negativa la autoestima, la autoaceptación, el autorrespeto, la competencia y la postura hacia uno mismo ante una situación presente, lo que puede poner en riesgo la salud (17). El cual tuvo como objetivo el afrontamiento de problemas, teniendo en cuenta como primera actividad proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En referencia al estudio sobre la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en paciente con cáncer de cuello uterino, las actividades se llevaron a cabo de acuerdo a los cinco diagnósticos priorizados e intervenciones que se realizaron a la paciente:

- De acuerdo al diagnóstico de enfermería. Dolor crónico relacionado con agentes que provocan lesiones evidenciado por verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor: Facie dolorosa, escala de EVA 7/10, se puede concluir que el 85 % de las intervenciones que se llevaron a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente las cuales dieron buenos resultados para la mejoría del paciente. Sin embargo, el 15 % está en proceso debido a la complejidad de la enfermedad, por ende, se refiere a la paciente al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) para que empiece su tratamiento.
- Respecto al segundo diagnóstico de enfermería. Hipertermia relacionada con deterioro del estado de salud evidenciado por piel caliente al tacto: Temperatura 38.4° C y FC: 105 lpm, se puede determinar que el 90 % de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y dieron buenos resultados en la mejoría del paciente. El 10 % de las intervenciones están en proceso, debido a que la hipertermia se puede presentar nuevamente dado que la enfermedad aún no se trata.
- En cuanto al tercer diagnóstico de enfermería. Ansiedad relacionada con situación desconocida evidenciado por expresa ansiedad por los cambios de la vida: Ansiosa, se puede determinar que el 85 % de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente dando buenos resultados en la mejoría del paciente. El 15 % están en proceso debido a que la paciente aún está preocupada por su diagnóstico.
- Conforme al cuarto diagnóstico de enfermería. Riesgo de sangrado factor de riesgo de las precauciones para evitar el sangrado, se puede determinar que el 100% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y así evitar complicaciones en la salud del paciente.

- Por último, el quinto diagnóstico de enfermería. Riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo temor al rechazo, se puede determinar que el 100% de las intervenciones que se llevó a cabo fueron ejecutadas satisfactoriamente y así evitar complicaciones en la salud del paciente

Para concluir, se observa la importancia del plan de cuidados y realizar estas intervenciones, también tener en cuenta los cuidados necesarios para ayudar en la mejora del estado de salud del paciente. Así mismo, como personal de salud debemos hacer mucho hincapié en la prevención, ya que este abarca un papel muy importante en esta enfermedad, una de ellas es la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) y la detección precoz con ayuda de la Prueba de Papanicolaou.

5.2 RECOMENDACIONES

- Respecto al diagnóstico de enfermería de dolor crónico relacionado con agentes que provocan lesiones, se recomendó a la paciente que continúe el tratamiento farmacológico y educar al paciente sobre las técnicas de relajación o posturas a emplear para que el dolor disminuya.
- Con relación a segundo diagnóstico de hipertermia relacionado con el deterioro del estado de salud, dado que las intervenciones fueron satisfactorias igualmente se recomendó a la paciente a mantenerse hidratada y evitar golpes fuertes de calor. Así mismo antes de ingerir medicamentos, verificar si presenta fiebre con ayuda de un termómetro.
- Por consiguiente, el diagnóstico de enfermería de ansiedad relacionado con situación desconocida, se recomienda a la paciente a seguir poniendo en práctica las técnicas de relajación como la respiración profunda y mantener una comunicación abierta con su familia, para poder expresar sus sentimientos y preocupaciones.
- Así pues, el diagnóstico de enfermería de riesgo de sangrado factor de riesgo conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado, respecto a este diagnóstico, se recomendó a la paciente evitar levantar cosas pesadas, no hacer esfuerzo físico, también tener una buena higiene y si el sangrado es intenso acudir a un centro de atención más cercano.
- Finalmente, en el diagnóstico de enfermería, de riesgo de baja autoestima situacional factor de riesgo temor al rechazo, se recomendó a la paciente a

buscar apoyo en su familia y si es necesario buscar ayuda profesional para que le ayude a afrontar esta situación.

Se dio estas recomendaciones dado que la sintomatología de la paciente disminuyó y seguirá su tratamiento en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), dado que es un centro especializado en esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización mundial de la Salud [Internet]. OMS; c2024. Cáncer Cervicouterino. [citado 22 de setiembre de 2024]. Disponible de: Organización mundial de la Salud [Internet]. OMS; c 2024. cáncer cervicouterino. [citado 22 de setiembre de 2024]. Disponible de: https://www.who.int/es/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1
2. Sánchez Fernández Leidy, et al. Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino en San Juan y Martínez, 2020. Rev Cien Méd Pin Río [Internet].2021 [citado 22 de setiembre de 2024]; 25 (6): 1561-3194. Disponible de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000600010
3. Olivia Téllez H. Caracterización clínica e histopatológica de cáncer cervicouterino [tesis doctoral en internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; Centro Universitario de Oriente Médico y Cirujano [citado 22 de setiembre de 2024]; 82 p. Disponible de: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/13594/>
4. Castillo M, et al. Evaluación de fallos tras el análisis de la historia de cribado en mujeres diagnosticadas de cáncer infiltrante de cuello uterino. Rev Elsevier [Internet]. 2017 [citado 24 de setiembre de 2024]; So (3):151-158.Disponible de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716302694>
5. Sarmiento M, Puerto de Amaya M. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y resultados de prueba Papanicolau en adolescentes marginadas de Bogotá. Colombia. Rev Cien Salud [Internet]. 2020 [citado 26 de setiembre de 2024]; 18 (1): 37 - 51. Disponible de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/8746>
6. Cruz Martínez J, Fajardo Chabla K. Características Clínico – Epidemiológicas del cáncer de cuello de útero en mujeres mayores de edad en el área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso Periodo 2015-2019 [tesis de licenciatura en Internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca, 2020 [citado 22 de setiembre de 2024]. 53 p. Disponible de: <https://rest-dspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/afe0b3fd-99de-4e4c-be50-a7d7cec72641/content>

7. Silva M. Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino. Rev Chil [Internet]. 2020 [citado 26 de setiembre de 2024]; 85 (1): 74 - 98. Disponible de: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262020000100074&script=sci_ar_text
8. Ministerio de salud: Día mundial de prevención del cáncer de cuello uterino: cada año en el Perú se diagnostican más de 4000 casos [Internet]. Lima: Gobierno del Perú: c2022 [citado 28 de setiembre de 2024]. Disponible de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/595104-dia-mundial-de-prevencion-del-cancer-de-cuello-uterino-cada-ano-en-el-peru-se-diagnostican-mas-de-4000-casos>
9. Aguilar Palomino G. Factores de riesgos asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015 [tesis doctoral en Internet]. Perú: Universidad Ricardo Palma, 2017 [citado 29 de setiembre de 2024]. 56 p. Disponible de: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5195>
10. Ybaseta J, Paccori F, Vilca A. Factores clínico epidemiológicos del cáncer del cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica: Perú. Revista Médica Panacea [Internet]. 2019 [citado 22 de setiembre de 2024]. 4(3): 5. Disponible de: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/174>
11. Altamirano del Águila M. Factores sociodemográficos relacionados al cáncer de cuello uterino en atenciones del Hospital Amazónico periodo 2021 [tesis pregrado en Internet]. Perú: Universidad nacional de Ucayali, 2023 [citado 24 de setiembre de 2024]. 62 p. Disponible de: <https://repositorio.unu.edu.pe/items/44dbe48d-8687-4d9d-94b4-24a520f88dd7>
12. Instituto Nacional del Cáncer. El cáncer de cérvix: Que usted necesita saber sobre: el cáncer de cérvix [Internet]. EE. UU; 2001 [citado 24 de setiembre de 2024]. 43 p. Disponible de: https://www.google.com.pe/books/edition/Que_usted_necesita_saber_sobre/yzlNXs4olbMC?hl=es419&gbpv=1&dq=cancer+de+cuello+uterino&printsec=frontcover
13. World Health Organization. Control integral del cáncer cervicouterino. Suiza, Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra27, Suiza [citado 26 de setiembre de 2024]; 279p. Disponible de:

https://www.google.com.pe/books/edition/Control_integral_del_c%C3%A1ncer_cervicouter/4X4qDiEG61MC?hl=es&gbpv=1&dq=libro%20de%20cancer%20cervicouterino&pg=PP2&printsec=frontcover

14. Janice L, Kerry H. Brunner y Suddarth Enfermería Medico quirúrgica [Internet]. 14ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019 [citado 02 de noviembre 2024]. 5021p. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Brunner-y-Suddarth-Enfermeria-medicoquirurgica-14a-Edicion-pdf.pdf>
15. Alligood MR. Modelos y Teorías de enfermería. [Internet]. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2022. [citado 11 de noviembre 2024].624 p. Disponible de: https://www.google.com.pe/books/edition/Modelos_y_teor%C3%ADas_en_enfermer%C3%ADa/ekqGEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=teorias+de+enfermeria&printsec=frontcover
16. Alligood MR, Tomey A. Modelos y Teorías de enfermería. [Internet]. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011. [citado 11 de noviembre 2024].816 p. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Modelos_y_teor%C3%ADas_en_enfermer%C3%ADa/CYYSbyypR4cC?hl=es&gbpv=1&dq=teorias+de+enfermeria&printsec=frontcover
17. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021 – 2023. 12ª ed. España. Elsevier; 2021. 616 p.
18. Asociación internacional para el estudio del dolor [Internet]. Washington, D. C. c 2020. [citado 11 de noviembre 2024]. Disponible de: <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-definicion-dolor>
19. Ministerio de salud: Norma técnica de salud de la unidad productora de servicios tratamiento del dolor [Internet]. Lima: MINSA; c2009 [citado 12 de noviembre de 2024]. Disponible de: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1456.pdf>
20. Real Academia Nacional de Medicina de España [Internet]. España c 2012 [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible de: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=dolor%20cronico
21. Argente Á, Álvarez ME. Semiología Médica: Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica: Enseñanza basada en el paciente [Internet]. 1ª ed. Buenos aires: Medica Panamericana; 2008 [citado 16 de noviembre 2024].1620 p. Disponible de: https://www.google.com.pe/books/edition/Semiolog%C3%ADa_M%C3%A9dica

- [/22ALNKLPnMcC?hl=es-419&gbpv=1&dq=hipertermia&pg=PA75&printsec=frontcover](https://www.google.com.pe/books/edition/Normas_de_Actuaci%C3%B3n_en_Urgencias/djJzSANEURsC?hl=es-419&gbpv=1&dq=hipertermia&pg=PA75&printsec=frontcover)
22. Moya Mir MS. Normas de Actuación en Urgencias [Internet]. 4ª ed. Buenos aires; Madrid: Medica Panamericana; 2008 [citado 18 de noviembre 2024]. 863 p. Disponible de: https://www.google.com.pe/books/edition/Normas_de_Actuaci%C3%B3n_en_Urgencias/djJzSANEURsC?hl=es-419&gbpv=1&dq=definicion+de+hipertermia&pg=PA674&printsec=frontcover
23. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2024. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2024 [citado 18 de noviembre 2024]. Disponible de: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59561&filter=ths_termall&q=hipertermia
24. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2024. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2024 [citado 18 de noviembre 2024]. Disponible de: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=1012&filter=ths_termall&q=ansiedad
25. Mingote Adan JC, Pérez García S. Estrés en la enfermería: El cuidado del cuidador [Internet]. Madrid: Ediciones Diaz de Santos; 2013 [citado 18 de noviembre 2024]. 155 p. Disponible de: https://www.google.com.pe/books/edition/Estr%C3%A9s_en_la_enfermer%C3%ADa/w_sDcRh9zDUC?hl=es-419&gbpv=1&dq=definicion+de+ansiedad+en+enfermeria&printsec=frontcover
26. Real Academia Nacional de Medicina de España [Internet]. España c 2012 [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible de: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=ansiedad
27. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2024. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2024 [citado 18 de noviembre 2024]. Disponible de: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=6622&filter=ths_termall&q=sangrado
28. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina. EE. UU. Hemorragia; actualizado 13 de febrero de 2024. [citado 18

- de noviembre 2024] Disponible de: <https://medlineplus.gov/spanish/bleeding.html>
29. Real Academia Nacional de Medicina de España [Internet]. España c 2012 [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible de: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=sangrado%20
30. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2024. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2024 [citado 18 de noviembre 2024]. Disponible de: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13033&filter=ths_termall&q=autoestima#Details
31. Real Academia Nacional de Medicina de España [Internet]. España c 2012 [citado 16 de noviembre de 2024]. Disponible de: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=autoestima
32. Fernandez Delgado D, Tecglen Garcia C. Guia practica de la autoestima: Herramientas para construir una autoestima fuerte [Internet]. España. [citado 20 de noviembre de 2024]. 127 p. Disponible de: https://copcantabria.es/wp-content/uploads/2022/03/Guia_Autoestima_Convives.pdf
33. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio. Metodología de la investigación. [Internet]. 6ª ed. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES;2014 [citado 18 de noviembre 2024]. 632 p. Disponible de: <file:///C:/Users/user/Downloads/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
34. Torres ML. Medicina del dolor [Internet]. Barcelona: Elsevier España; 1997 [citado 20 de noviembre 2024]. 792 p. Disponible de: https://www.google.com.pe/books/edition/Medicina_Del_Dolor/GJ4c1ZLIH3kC?hl=es-419&gbpv=1&dq=escala+visual+analogica&pg=PA25&printsec=frontcover

ANEXOS

ANEXO A. Formato de valoración por Patrones Funcionales



VALORACION DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DATOS GENERALES

Nombre del paciente D.S.E.S Fecha de nacimiento 20.06.1976 Edad 48 Dirección MZ. CAP. Yermín

Fecha de ingreso al servicio 08-08-2024 Hora 9:30 Persona de referencia Telf. _____

Procedencia: Admisión (X) Emergencia () Otro hospital () Otro ()

Forma de llegada: Ambulatorio (-) Silla de ruedas () Camilla () Otro ()

Peso: 60kg Estatura: 1.56 PA: 130/70 FC: 105 x' FR: 20 T: 38.4°c

Fuente de información: Paciente (X) Familiar () Otro _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:

HTA () DM () Gastritis/Úlcera () Asma () TBC () Otros C.A. Cervic (mamá) Cirugías Si () No ()

Especifique _____ Fecha _____ Alergias y otras reacciones: Fármacos () Alimentos ()

Signos y síntomas Dolor Otros _____ Dx. Médico _____

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES

PATRON 1: PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD

¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad? _____

La una enfermedad grave

¿Qué necesita saber sobre su enfermedad? _____

En que etapa está y se hay tratamiento

Estado de enfermedad: Controlada: Si () No (X)

Herida Quirúrgica NO

Estilos de vida/Hábitos

USO DE TABACO

SI () NO (X)

Cant/Frec. _____

USO DE ALCOHOL

SI (X) NO ()

Cant/Frec. A veces

Comentarios _____

Consumo de medicamentos con o sin indicación:

¿Qué toma actualmente? Paracetamol Dosis/Frec. 500mg Última dosis Noche

Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas en la familia y comunidad _____

Estado de higiene: AREG

Corporal: Buena

Hogar _____

Comunidad _____

Estilo de alimentación: Normal

Termorregulación: Inefectiva () Motivo _____

Hipertermia (X) Hipotermia () Temperatura 38.4°c

Vías aéreas permeables Si (X) No () Secreciones () Otros ()

Alergias: Látex () Otros () _____

Test del Apgar: al minuto _____ a los 5 minutos _____

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera "sano", "enfermo"? Enfermo
- ¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc.) en los últimos tiempos? Si por dolor
- ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas? Bebe alcohol en ocasiones
- ¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc.? No
- ¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico? No
- ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?
- ¿Es alérgico a alguna sustancia? No requiere
- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios? No requiere
- ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?
- ¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?
- ¿Cómo es su temperatura y termorregulación habitual?

PATRON 2: NUTRICIONAL – METABOLICO

Cambios de peso durante los últimos 6 meses: Si () No (X)

Apetito: Normal (X) Anorexia () Bulimia ()

Dific. Para deglutir: No (X) Si () Motivo _____

Nauseas () Pirosis () Vómitos () Cant. _____

SNG: No () Si () Especificar _____

Abdomen: Normal () Distendido () Doloroso ()

Ruidos hidroaéreos: Aumentado () Disminuido () Ausente ()

Drenaje: No (X) Si () Especificar _____

Hidratación piel: Seca (X) Turgente () Otro _____

Estado de piel y mucosas: Normal

Edema: No () Si () Tipo y localización _____

Comentarios adicionales _____

Aliment. Niño: Lactancia No () Motivo _____

Lactancia Si () Frecuencia _____ Exclusiva () Otro _____

Dentición _____

Diagnósticos nutricionales: Normal ()

Desnutrición global: Leve () Moderada () Severa ()

Desnutrición Crónica: Leve () Moderada () Severa ()

Riesgos Nutricionales _____ Obesidad ()

DIAGNOSTICOS DE DESARROLLO: Normal ()

Riesgo () Retraso () en:

Motricidad: Gruesa () Fina ()

Lenguaje () Coordinación () Social ()

Comentarios Adicionales _____

FACTORES DE RIESGO: Nutricional () Ceguera () Pobreza ()

Lesión cerebral () Enfermedad mental ()

ADULTO: NUTRICIÓN: IMC 24.9

Normal (X) Delgadez () Obesidad ()

DESARROLLO:

Signos de incapacidad para mantener su desarrollo

Anorexia () Fatiga () Deshidratación () Enfermedad ()

Dificultad para razonar ()

Otros () _____

¿Qué come frecuentemente su niño? _____

Comentarios Adicionales _____

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución. 3 veces al día
- ¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?
- ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria? 1 botella de agua
- ¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado? Normal
- ¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones? No
- ¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?
- ¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas? ¿Qué temperatura corporal tiene?
- Portador de algún dispositivo de ayuda sondas, estomas, etc

PATRON 3: ELIMINACION

Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día 2/día

Estreñimiento () Diarrea () Incontinencia () Ostomía ()
Comentarios Adicionales.....
Hábitos Vesicales: Frecuencia..... *6 veces* Disuria ()
Retención () Incontinencia () Otros.....
Edema: No (X) Si () Tipo y localización.....
Sistemas de ayuda: Si () No (X) Pañal ()
Sonda () Fecha coloc..... Colector () Fecha coloc.....
Hábitos alimentarios..... *Normal*
Consumo de líquidos..... *Poco*
Ruidos Respiratorios: Claros (X) Sibilancias () Estertores ()
Secreciones traqueobronquiales () Disnea () Cianosis ()
Pallidez () Otro.....
Comentarios Adicionales.....

Escala de Norton:

| Estado Físico General | Estado Mental | Actividad | Movilidad | Incontinencia | Puntos |
|-----------------------|---------------------|--------------|------------------|------------------|--------|
| Buena | Alerta | Deambula | total | ninguna | 4 |
| Mediana | Apático | Disminuida | Camina con ayuda | ocasional | 3 |
| Regular | Confuso | Muy limitada | sentado | Urinaria o fecal | 2 |
| Muy mala | Estuporoso comatoso | Inmóvil | Encamado | Urinaria y fecal | 1 |

| Puntuación | 5 a 9 | 10 a 12 | 13 a 14 | mayor 14 |
|------------|----------|---------|---------|-----------|
| Riesgo | Muy alto | Alto | Medio | No riesgo |

Clasificación de Úlceras Vasculares – Wagner

| GRADO | LESION | CARACTERÍSTICAS |
|-------|------------------------------|---|
| 0 | Ninguna, pie de riesgo | Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidad ósea |
| I | Úlceras superficiales | Destrucción del espesor total de la piel |
| II | Úlceras profundas | Penetra la piel hasta la grasa y ligamentos, pero sin afectar hueso, infectada |
| III | Úlceras profunda más absceso | Extensa y profunda, secreción, mal olor |
| IV | Gangrena limitada | Necrosis de una parte del pie o de los dedos talón o planta |
| V | Gangrena extensa | Todo el pie afectado, efectos sistémicos |

Clase 0: Sin signos visibles o palpables de insuficiencia venosa
Clase 1: Telangiectasias, venas reticulares, corona maleolar
Clase 2: Venas Varicosas
Clase 3: Edema sin cambios cutáneos
Clase 4: Cambios cutáneos debido a la insuficiencia venosa (eczema venoso, lipo-dermato-esclerosis)
Clase 5: Cambios cutáneos, con úlcera cicatrizada
Clase 6: Úlcera activa

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia? *Normal*
- ¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?
- ¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia? *A veces, le urge al orinar*
- ¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?
- ¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

PATRON 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Índice de Katz (Actividades de la vida diaria)

| ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA |
|-----------|--|
| Bañarse | INDEPENDIENTE: Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo DEPENDIENTE: incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera |
| Vestirse | INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos |

| | |
|--|---|
| | DEPENDIENTE: No se viste solo |
| Usar Retrete | INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda entrar o salir de la bañera. Usa el baño DEPENDIENTE: incluye usar el orinal o la chata |
| Movilidad | INDEPENDIENTE: No requiere la ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE: Requiere de ayuda |
| Continencia | INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: incluye control total o parcial mediante enemas o sondas o el empleo horario del urinario o chata o cuña |
| Alimentación | INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda |
| Clasificación | |
| A. Independientemente en todas las actividades | |
| B. Independientemente en todas las actividades, salvo en una | |
| C. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional | |
| D. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional | |
| E. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función adicional | |
| F. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función adicional | |
| G. Dependiente en la seis funciones | |

Aparatos de ayuda: Ninguno (X) Muletas () Andador ()
S. de Ruedas () Bastón () otros ()

Movilidad de miembros: *Normal*
Contracturas () Flacidez () Parálisis ()
Fuerza Muscular: Conservada (X) Disminuida ()
Fatiga Si (X) No () Otros motivos de déficit de autocuidado

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso *105* Irregular ()
Pulso periférico: Pedio () () () () () ()
Popliteo () () () () () ()

0 = AUSENCIA

+1 = DISMINUCION NOTABLE

+2 = DISMINUCION MODERADA

+3 = DISMINUCION LEVE

+4 = PULSACION NORMAL

Edema Si () No (X) Localización.....
+ (0 - 0.65cm.) ++ (0.65 - 1.25cm.) +++ (1.25 - 2.50cm)

Riesgo periférico:

Extremidades Superiores: Normal (X) Cianosis () Fria ()

Extremidades Inferiores: Normal (X) Cianosis () Fria ()

Presencia de líneas Invasivas..... *No*

ACTIVIDAD RESPIRATORIA: Respiración: Regular (X) Irregular ()

Disnea () Cianosis () Fatiga () Otro ()

Gasometría..... Comentarios Adicionales.....

Traqueostomía No (X) Si ()

Ayuda endotraqueal / Ventilador Mecánico..... *No* SatO₂.....

Escala de Disnea (Medical Research Council) MRC Modificada

0. Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1. Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente
2. La Disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
3. La Disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 90 metros o después de pocos minutos de andar en llano.
4. La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Perfusión tisular: Renal Hematuria () Oliguria () Anuria ()
 BUN: Creatinina: P.T. Cerebral:
 Habla: Normal Pupilas: Isooculares Parálisis ()
 P. T. Gastrointestinales: Sonidos () Hipo ()
 Náuseas () PT. Cardiopulmonar:
 PT Periférica: Palidez Extrema ()

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria? Se le observa cansancio
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad? No requiere
- ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, water, vestido, movilidad en cama y movilidad general? Independiente
- ¿Realiza actividades de ocio?
- ¿Cómo es su presión arterial? ¿Y su respiración? Normal
- ¿Es portador de yeso o estructura de yeso?
- ¿Presencia o riesgo de úlceras o heridas?

PATRON 5: SUEÑO DESCANSO

Horas de sueño: 6 horas Problemas para dormir:
 Si (X) No () tiempo: 30 minutos
 Toma algo para dormir Si () No (X)
 Padece de insomnio () Pesadillas ()
 Conciliar el sueño adecuadamente si No (X)
 Excesiva somnolencia
 Cuantas veces se ha despertado por la noche: 3 veces

- ¿Cuántas horas duerme diariamente? 6 horas
- ¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche? Se levanta por sentir dolor
- ¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño? No
- ¿Tiene pesadillas? No
- ¿Toma alguna sustancia para dormir? No
- ¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día? No
- ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo? No
- ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño? No

PATRON 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

Estado de inconsciencia: No () Si (X) Tiempo:

NIVEL DE CONCIENCIA (ESCALA DE GLASGOW)

| Apertura Ocular | Respuesta Verbal | Respuesta Motora |
|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| 4 (X) Espontanea | 5 (X) Orientado mantiene conversación | 6 (X) Obedece ordenes |
| 3 () A la voz | 4 () Confuso | 5 () Localiza el dolor |
| 2 () Al dolor | 3 () Palabras inapropiadas | 4 () Se retira anormal |
| 1 () No responde | 2 () Sonido incomprensibles | 3 () Flexión anormal |
| | 1 () No responde | 2 () Extensión anormal |
| | | 1 () No responde |

Orientado: Tiempo (X) Espacio (X) Persona (X)
 Lagunas mentales: Frecuentes () Espaciados ()
 Alteración en el proceso del pensamiento: Si () No (X)
 Alteraciones sensoriales: Visuales () Auditivas () Cenéstésicas ()
 Gustativas () Táctiles () Olfatorias () Otro: No

COMUNICACIÓN:

Alteración del habla () Alteración del Lenguaje ()
 Barreras: Nivel de conciencia () Edad () Barrera Física ()
 Diferencias culturales () Medicamentos () Autoestima ()
 Barrera Psicológica () Alteración de la percepción ()
 Incapacidades: Invalidez () Ceguera () Demencia ()
 Dolor / Molestias: No () Si (X) Crónica (X) Aguda ()

Especificar intensidad Segun escala de EVA 7/10
 Tiempo y frecuencia: Ahora permite
 Náuseas: No (X) Si () Motivo:

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audifono o gafas? No
- ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles? No
- ¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?
- ¿Le es fácil tomar decisiones? No
- ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje? No
- ¿Siente dolor o malestar físico? ¿cómo lo combate? No
- ¿Muestra alguna discapacidad a nivel visual, tacto, etc.? No
- ¿Caidas o riesgos personales/ambientales? No requiere
- ¿Tiene dolor? Si
- ¿Qué tipo de dolor es agudo o crónico? Crónico
- ¿Qué medidas toma para controlar? Paracetamol
- ¿Se automedica? Si

PATRON 7 : AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Concepto de si mismo: Se siente sola
 Sensación de fracaso: Familia () Trabajo () Otro ()
 Especifique: Tiempo:
 Cuidado de su persona
 Corporal: Normal
 Vestimenta: Buena
 Alimentación: Buena
 Aceptación en la familia y comunidad: Si (X) No ()
 Motivo:
 Reacción frente a cirugías y enfermedades graves: Ansiedad (X)
 Indiferencia () Desesperanza () Rechazo ()
 Comentarios:

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo? Si
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido? Si
- ¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?
- ¿Suele estar con ansiedad o depresivo? miedo y ansiedad
- ¿Tiene periodos de desesperanza? Si

PATRON 8 : ROL/RELACIONES

Estado Civil: Comunente Profesión/Ocupación: Hogar
 Con quien vive: Solo () Con su familia (X) Otros ()
 Fuentes de apoyo: Familia () Amigos () Otros ()
 Cuidado personal y familiar en caso de enfermedades o niños
 Desinterés () Negligencia () Desconocimiento ()
 Cansancio () Otros:
 Composición familiar:
 Divorcio () Muerte () Nacimiento de un nuevo ser ()
 Reacción individual y de la familia frente a estos acontecimientos
Su pareja no la apoya
 Conflictos familiares: No () Si (X)
 Especifique: porque no quiere tener relaciones por dolor
 VIOLENCIA FAMILIAR: Física () Psicológica ()
 Intento de suicidio () Motivo:

Problemas: Alcoholismo () Drogadicción () Pandillaje ()
Especifique.....
CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO: Efectivo () Inefectivo ()
Motivo.....
Relación Familiar en torno al recién nacido: Buena () Mala ()
Especifique.....
Cuidados del recién nacido: Inadecuado.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son? *Con pareja y 3 hijos*
- ¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres? *Pareja*
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?
- ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?
- ¿Pertenece a algún grupo social?
- ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos? *Si*
- ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece? *Si*

PATRON 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCION

Problemas de identidad sexual No () Si ()
Problemas en actividad sexual con su pareja: No () Si ()
Especifique..... *Poder al tener intimidad*
Motivo de disfunción sexual: Enfermedad Biológica ()
Edad () Enfermedad psicológica () Otro ()
Comentarios Adicionales..... *Peder y sangrado*

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿A qué edad apareció la menarquía o la menopausia (según corresponda)? *13 años*
- ¿Cómo es el periodo menstrual? *3 días*
- ¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos? *68-3-A:0*
- ¿Algún problema relacionado con la reproducción? *NO*
- ¿Utiliza métodos anticonceptivos? *Ya no*
- ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales? *Si*

DOMINIO 10: ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Cambio de vivienda familiar en los últimos años No ()
Si () Especifique motivo.....
VIOLENCIA SEXUAL No () Si () Fecha.....
Conducta psicológica frente al hecho..... *No requiere*
Comentarios Adicionales.....
Reacción frente a enfermedades y muerte:
Preocupación () Ansiedad () Indiferencia () Temor ()
Desesperanza () Tristeza () Negación () Otro ()
Comentarios Adicionales.....
SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO: Normal () Problemas ()
Signos palidez () bradicardia o taquicardia ()
Hipertensión paroxística () Diaforesis () Manchas ()
Otros.....
Lesiones medulares No () Si ()
Conducta del lactante: Normal () Inadecuada ()
Signos: Irritabilidad () Nervioso () Inquieto ()
Flacidez () Movimientos descoordinados () Otros.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?

- ¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario? *Familiar etc hijos*
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

PATRON 11: VALORES - CREENCIAS

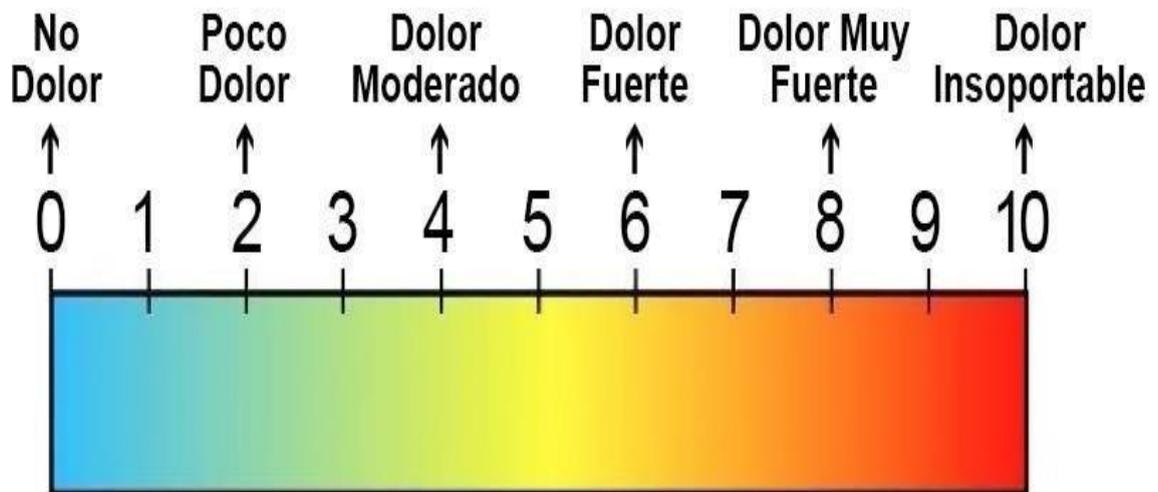
Religión..... *Católica* Restricciones religiosas.....
Solicita visita de capellán..... *No*
Comentarios Adicionales.....
Dificultad para tomar decisiones en..... *No requiere*

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades? *Si*
- ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar? *No requiere*
- ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?
- ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?

tengo miedo por que me mama muero por esa enfermedad, no quiero dejar a mis hijos.

ANEXO B. Escala de Escala Visual Analógica



Escala Visual Analógica - EVA

ANEXO C. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

TITULO:

PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON
CANCER DE CUELLO UTERINO

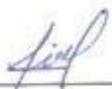
CIUDAD Y FECHA: LIMA - 28 - 09 - 2024

Yo, Chumbes S. Dina una vez informada sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación, autorizo a Mamani David, M.P.

estudiante de la UNIVERSIDAD MARIA AUXILIADORA para la realización de CASO CLINICO para la obtención del TITULO DE GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA.

Adicionalmente se me informo que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejora los procesos de evaluación de pacientes en condiciones clínicas similares a las mías.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico la cual se guardará en la UNIVERSIDAD MARÍA AUXILIADORA bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información de esta investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mi en su integridad de manera libre y espontáneamente

10350748 

FIRMA Y DNI
DE LA PARTICIPANTE

77813330 

FIRMA Y DNI
DEL INVESTIGADOR

ANEXO D. Evidencia del trabajo de campo

