



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
POST GRADO**



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CÁNCER DEL
CUELLO UTERINO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, CLINICA
ONCOSALUD 2019”**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

LIC. KATHERIN CINDY ABANTO GILBONIO

PARA OPTAR TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

ASESORA:

Mg. NERY CHOY ZAVALA

LIMA - PERÚ

2019

INDICE	
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCION	6
CAPITULO I	7
1.1 CANCER DEL CUELLO UTERINO	7
1.1.1 ETIOLOGIA	8
1.1.2 FISIOPATOLOGIA	11
1.1.3 EPIDEMIOLOGIA DE LA INFECCION POR VPH	12
1.1.4 HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION POR VPH	13
1.2 SIGNOS Y SINTOMAS	14
1.3 DIAGNOSTICO DE LESIONES PRE MALIGNAS Y CANCER DE CUELLO UTERINO	15
1.4 EXAMEN AUXILIARES	18
1.5 ESTADIFICACION	20
1.6 TRATAMIENTO	21
1.7 OBSTRUCCION INTESTINAL	22
1.8 ASPECTOS PSICOLOGICOS EN ENFERMERIA	23
1.9 CALIDAD DE ATENCION	24
1.10 ENFERMERAS HOLISTICAS	25
1.11 TEORIA DEL CUIDADO HUMANO MARGARET JEAN WATSON	26
CAPITULO II	
2.1 VALORACION DE ENFERMERIA	27
2.2 ELABORACION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	35
2.3 PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA	48
CAPITULO III	
EJECUCION	60
EVALUACION	60
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES	61

RECOMENDACIONES

62

BIBLIOGRAFIA

63

RESUMEN

Una de las neoplasias más comunes en las féminas peruanas es el cáncer de cuello uterino (CCU), superando incluso al cáncer de mama. Por otro lado, su incidencia, constituye uno de los grandes problemas de salud pública en nuestro país. La aparición de este tipo de cáncer se da por múltiples factores, siendo los principales: la genética y el estilo de vida. Generalmente, esta neoplasia se manifiesta clínicamente con sangrado y secreciones vaginales de forma irregular, anómalo, dolor al momento del coito y, en etapas avanzadas pueden existir vómitos, edemas, pérdida de peso, obstrucción intestinal, entre otros. Actualmente, existen múltiples formas para eliminar o controlar el cáncer de Cérvix, como intervenciones quirúrgicas, pruebas de detección y tratamientos que permiten abordar esta problemática con el fin de disminuir la mortalidad.

El presente trabajo académico permitirá elaborar un plan de cuidados de enfermería de manera individual a una paciente que se encuentra hospitalizado en el servicio de Medicina, de la Clínica Oncosalud diagnosticada con cáncer de cuello uterino y con antecedentes de displasia o neoplasias intraepiteliales del cérvix (NIC).

Por lo tanto, la finalidad de presente trabajo clínico es mejorar la calidad de los aspectos psicológicos como parte de los cuidados de enfermería holística que deben brindar las enfermeras oncológicas.

Dicho estudio se ha realizado en tres capítulos. En el primer capítulo se hace referencia al marco teórico, en el cual se desarrollará el tema del cáncer del cuello uterino, educación e intervención de enfermería. En el Capítulo II se llevará a cabo la aplicación del proceso de enfermería, en donde se desplegará la valoración por dominios, taxonomía NANDA, formulación de diagnóstico de enfermería y plan de cuidados NIC, NOC e intervenciones apoyadas en la teoría de enfermería de Afaf Ibrahim Meleis. Y, en el último Capítulo se nombra

conclusiones y recomendaciones, seguidas por las referencias bibliográficas según Vancouver, así como los anexos.

Palabras clave: Cáncer, Neoplasia, Cuello Uterino, Cérvix, Cuidados de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería.

ABSTRACT

One of the most common malignancies in the Peruvian woman is cancer of the cervix (CCU), surpassing even breast cancer. Because its incidence, is one of the major public health problems in our country. The appearance of this type of cancer is given by multiple factors, mainly: genetics and lifestyle. Generally, this neoplasm manifests clinically with abnormal vaginal bleeding, unusual vaginal discharge, and pain during sexual intercourse; and in advanced stages there may be vomiting, edema, weight loss, bowel obstruction, among others. Currently, there are multiple ways to eliminate or control cancer or uterine cervix, such as surgery,

This academic work will develop a care plan individualized nursing a patient admitted to hospital service of the National Institute of Neoplastic Diseases (INEN), diagnosed with cervical cancer and a history of dysplasia or intraepithelial neoplastic of the cervix (NIC).

Therefore, the objective of this case report is to improve the quality of the psychological aspects as part of holistic nursing care that should provide oncology nurses.

This study was conducted in three chapters. Chapter I refers to the theoretical framework in which the issue of cervical cancer, education and nursing intervention will take place. In Chapter II the application of the nursing process, where the valuation domains, taxonomy NANDA, formulation nursing diagnosis and care plan NIC, NOC and supported interventions in nursing theory of Afaf Ibrahim will be deployed will be held Meleis. And, in Chapter III we mention the conclusions and recommendations, references according to Vancouver and annexes.

Keywords: Cancer, Neoplasia, Cervical, Cervix, Nursing Care and Nursing Diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El cuello uterino o cérvix es un órgano que se encuentra ubicado en la parte inferior del útero, es un espacio hueco en donde crece el feto durante el embarazo, que une al útero con la vagina o conducto de parto. Habitualmente, el cáncer de cuello uterino es de evolución lenta según el paso del tiempo. Antes de la aparición de cáncer en el cérvix, estas células sufren transformaciones, conocidas con el nombre de displasias; que es en donde inicia la fase temprana de aparición de células anormales en las capas externas del cuello uterino. Luego, existe la posibilidad de que este cambio celular anormal progrese hacia la neoplasia y a la proliferación de estas células cancerígenas hacia el interior de la cérvix y demás áreas contiguas (1).

Dentro de las posibles causas del Cáncer de Cuello Uterino (CCU) están: ser portadores del virus del papiloma humano (VPH), siendo este una de las mayores causas de riesgo, la exposición al fármaco llamado dietilestilbestrol (DES), en el útero materno; las prácticas coitales a edad temprana, tener el sistema inmune débil, tener parejas sexuales múltiples, ser portador del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), fumar cigarrillos (1).

En el mundo, se estima que esta neoplasia, en mujeres ocupa el tercer lugar con 530 mil casos nuevos por año (13,6% del total), y es el séptimo más frecuente a nivel global entre masculinos y femeninos. En consecuencia, de todos estos nuevos casos registrados, el 85% son producidos en países en vías de desarrollo (453 mil casos). El aumento de cáncer cervical entre las regiones del mundo varía en más de 22 veces: las regiones con tasas más altas son las del Este Africano, puntualmente en Uganda y Zimbabwe, cuyas tasas estandarizadas por edad de 45.8 y 47.3 casos por 100,000 mujeres, respectivamente; en América Latina, específicamente en Perú, la ciudad de Trujillo es la que presenta el más alto nivel de incidencia en dicho continente con 43.9 casos por 100,000 habitantes; mientras que, en la población no judía de Israel han presentado las tasas más bajas con 2.4 casos por 100,000

habitantes; asimismo, Egipto presenta tasas de incidencia de 2.1 casos por 100,000 habitantes (3).

En nuestro país, según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el cáncer de cuello uterino se encuentra dentro del promedio de cánceres con mayor incidencia, ocupando el primer lugar, superando al cáncer de mama y de estómago, los cuales van en incremento. En el Perú no prevalece un sistema de registro de cánceres adecuado; sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2015), nos señala que son 4457 nuevos casos anuales, cuya frecuencia es de 32.5 por cada 100,000 habitantes, con una mortalidad de 14.3 por cada 100,000 habitantes.

La enfermera oncóloga es el apoyo de vital importancia en el cuidado del paciente con Cáncer de Cuello Uterino, debido al amplio campo de acción frente al difícil proceso por los que atraviesan los pacientes y sus familiares; es decir, contribuye de manera continua desde la etapa inicial de la noticia del diagnóstico, durante las diversas situaciones del tratamiento; hasta, en algunas ocasiones, la muerte.

Este estudio, analiza y expone detalladamente el diagnóstico, signos médicos, síntomas y tratamiento de una paciente; pues con ello, se pretende generar motivación en el trabajo de los enfermeros especializados en oncología, a partir del marco conceptual de la teoría de las transiciones, diseñado por la doctora Afaf Ibrahim Meleis, con el fin de impulsar el reconocimiento de las emociones en los pacientes durante el proceso de cáncer en la Clínica Oncosalud dada la gran magnitud y vulnerabilidad de esta enfermedad.

CAPITULO I

BASE TEORICA

1.1 CANCER DEL CUELLO UTERINO

El Cáncer de cérvix es un tumor que sido originada por una alteración celular en el epitelio del cuello de útero, la cual se va ir demostrando a través de lesiones de lenta y aumentada evolución al cáncer in situ (indica recluido en la superficie epitelial); o un tipo de cáncer invasivo; que quiere decir las células van a sufrir una transformación maligna de tal forma que sobrepasan la membrana basal (5).

1.1.1 ETIOLOGIA

En cuanto a las principales causas de dicha enfermedad, es el virus del papiloma humano (VPH), pero esto indica que no necesariamente o es suficiente para poder desarrollar el cáncer de cuello uterino. En la actualidad son muchas las mujeres que son infectadas con este virus alguna vez en sus vidas, generalmente cuando dan inicio a su vida sexual; no obstante la mayor parte de este tipo de infección suelen resolverse, llegando así a la remisión espontanea entre los 6 y 24 meses (5).

1.1.2 FISIOPATOLOGIA

Lo primero para desarrollar el cáncer de cuello uterino es que se encuentre infectado por el virus 16 (VPH) de tipo oncogénico. La mayor parte de estas infecciones son resueltas de manera espontánea; sin embargo, unas pocas van a permanecer. Dado el caso, estas células epiteliales pueden evolucionar a celular pre cancerígenas y posteriormente a carcinomas, la cual indica va

invadir la membrana basal. Son considerados de alto riesgo los VPH, de tipos 16 y 18 la cual indican del 70% de cáncer de cérvix. Siendo los más comunes los tipos 31, 33, 35, 45, 52 y 58; ellos son responsables del 20% de casos. El tipo de virus de papiloma humano las cuales son consideradas de alto riesgo son las menos probables de alcanzar la solución espontánea, incrementándose así el riesgo de una lesión intraepitelial.

Dado que, un pequeño porcentaje de las infecciones por Virus de papiloma humano (VPH), prosperan algún tipo de tumor, se entiende que existen otros factores colaterales externos y característicos del huésped que están implicados en el desarrollo de la oncogénesis.

Algunos de estos factores colaterales en el progreso de estas anomalías de alto grado son:

- ✓ La infección viral permanente, algún tipo de VPH de tipo 16 y 18 pronostica un riesgo de mayor evolución.
- ✓ La predisposición genética: en cáncer de cérvix que es originado por la infección del VPH, pues esto se ha detectado en investigaciones ejemplo; las mujeres con un familiar afectado con el primer grado son las que presentan doblemente el riesgo de generar un tumor en la cérvix, en contraste con las mujeres que no cuentan con ningún familiar con alguna tumoración en la cérvix de primer grado. Sin embargo, esto nos indica que la predisposición genética aporta un poco menos del 1% de los cáncer de cuello uterino.
- ✓ Características propias del huésped tales como: ser portador de VIH, este primero se relaciona con 5 veces riesgo mayor de contraer cáncer de cérvix, déficit de nutrición.
- ✓ Factores del ambiente (ejemplo; deficiencias de vitaminas, exposición al humo de cigarro).
- ✓ Considerablemente el inicio de la actividad sexual temprana, tener parejas sexuales no estables, antecedente de a ver tenido enfermedades de transmisión sexual. (5).

1.1.3 EPIDEMIOLOGIA DEL LA INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Un aproximado de la prevalencia de tipo de virus por VPH, es del 10.4%, entre ellos el 32% son del tipo 16 y 18. En el mundo este tipo de infección es más común en mujeres en edad fértil de 35 años, seguidas por mujeres mayores de los 45 años solo en África, América y Europa (6).

Por otro lado, las tasas calculadas según estudio realizado en el Perú, estiman que la infección por VPH, de tipo 16 y 18 se encuentra presente, en el 6.6% de mujeres con citología normal, el 27.3% en aquellas que presentan algún tipo de lesión cervical de bajo grado, el 53.1% presentan lesiones de alto grado y por último el 65.9% con neoplasia cervical.

También, en estudios en paciente femeninas del Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en los años 2012 – 2014, se encontró los genotipos más comunes fueron el de tipo 16 con un 23.8% y de tipo 6 con un 11.9%.

Por otro lado, un estudio realizado, en dos hospitales de Lima, caso realizado con 198 mujeres con cáncer cervical dio como resultado que los tipos de VPH más frecuente son 16.18.31.35 y 52. (Grafico N°01).

Otro, estudio en la Amazonia peruana sobre tamizaje realizado en 5435 femeninas se halló que el aumento de VPH, fue del 12.6 % siendo el tipo 16 el más común. Asimismo, un estudio en Iquitos encontró una prevalencia de VPH del 43.9% en la población urbana y el 35.4% en la población nativa específicamente en la etnia amazónica Bora. También, en un estudio realizado en zonas rurales en 754 mujeres, reporto que el 77% presentaron síntomas de infecciones del aparato reproductivo; y el 70 % evidencio objetivamente una o más de dichas infecciones, hallándose infección de cérvix por VPH, el 4.9%. Y de las 715 pruebas de Papanicolaou tomadas y consideradas como adecuadas en el análisis se encontró; 7 cáncer cervical y 4 lesiones epiteliales de grado alto y 15 de grado bajo.

Por último, en muestras de 2247 mujeres urbanas entre los 17 y 19 años, arrojó que el 34.5% dieron positivos al VPH, el 82.7% indicó a un solo virus y el 17.4% a más de un tipo. Siendo los más frecuentes el VPH de tipo 16 con el 10% y el tipo 18 con 2%.

Un estudio en Lima realizado a 200 trabajadoras sexuales reportó una prevalencia de VPH del 66.8%, teniendo como los tipos más comunes al 16 y 18. Se tamizaron a 2200 para un estudio realizado en Ventanilla en 2016, en el cual se halló una prevalencia de VPH del 12.5%.

En el Perú, entre los periodos de 2006 -2011, según la vigilancia epidemiológica dio cuenta en un total de 14.115 casos de cáncer de útero, en todo el país. De manera que esta neoplasia fue el más común de los cánceres reportados, con mayor incidencia en femeninas de 40 – 59 años con el 52.6%.

Según la relación de Cáncer de Lima Metropolitana del INEN en los periodos de 2010-2012, se encontró que el aumento y el deceso de la neoplasia cervical fue el segundo más frecuente, registrándose 3163 nuevos casos y una tasa estandarizada de aumento de 21.1 casos por 100.000 femeninas de igual forma el cáncer de cérvix obtuvo el 9.6% de los cánceres malignos en mujeres.

1.1.4 HISTORIA DE LA INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y CANCER DE CUELLO UTERINO.

Una comprensión clara del cáncer cervical y su historia natural resulta básica para planificar y aumentar programas racionales de prevención de dicha neoplasia.

El inicio de los métodos de prevención del cáncer cervical fue basado con la idea de que el desarrollo de la enfermedad surge a partir de lesiones precursoras llamadas también displasias, evolucionando de modo progresivo y constante, de leve a moderada severa a carcinoma in situ llegando así al cáncer. Actualmente parece que lo que procede directamente al cáncer de cérvix son los tumores de alto riesgo que con el tiempo pueden avanzar con un periodo aproximado de 10 años (7).

También, por parte de displasias de grado bajo no progresan o retroceden, mayormente se presentan en mujeres más jóvenes de 34 años. Los casos que prevalecen son los que menos se predisponen a la regresión. Las mujeres infectadas con VPH, persistente son las que tienen un alto riesgo de poder desarrollar esta neoplasia.

La evolución del cáncer de cérvix es más frecuente en femeninas mayores de 40 años, con aproximados de 50 años en adelante. El tumor severo es detectable mayormente hasta los 10 años antes de que la neoplasia se desarrolle, con un pico de 35 años (GraficoN°02).

1.2 SIGNOS Y SINTOMAS

➤ Infección por VPH

Es asintomático en su totalidad, sin embargo, puede generar lesiones de grado bajo, que posteriormente la mayor parte tiene regresión.

➤ Lesiones pre malignas y neoplasia en estadio temprano.

En este tipo de neoplasia no se generan síntomas, más aun si son de estadio temprano son escasos.

➤ El cáncer de cuello uterino en estado avanzado.

Dentro de esta neoplasia los síntomas son más notorios entre ellas están:

- ❖ Sangrado vaginal anormal.
- ❖ Sangrado al tener contacto con el cérvix en momentos del coito o uso de algún método de barrera.
- ❖ Molestias y dolor al momento de relaciones coitales.

Los uréteres pueden presentar obstrucción con el crecimiento lateral de los parámetros y si ambos llegan a obstruirse se puede generar anuria y con ello uremia. Lo que puede generar dolor ciático y en menor frecuencia, linfedema de miembros inferiores es que la pared pélvica está comprometida, el crecimiento natural del tumor en estado avanzado del cáncer puede provocar dolor vesical y hematuria (8).

Así mismo, lo que puede provocar es retención urinaria, y esto pueda desarrollar una fistula vesico-urinaria. La extensión posterior puede generar en ocasiones tenesmo, formación de fistulas recto-vaginales y esto conlleva aun dolor lumbar.

1.3 DIAGNOSTICO DE LESIONES PRE MALIGNA Y CANCER DE CUELLO UTERINO

1.3.1 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

1.3.1.1 Biopsia

El procedimiento utilizado para un diagnostico final de lesiones pre cancerígenas es la biopsia; no obstante, para tratar lesiones en la cérvix cuyo diagnóstico fue dado el procedimiento de la inspección visual por Ácido Acético (IVVA) o la colposcopia en la cual no se requieren biopsias de igual forma, la estrategia “ver y tratar” sugiere hacer uso del proceso de crioblacion sin tener cuenta la confirmación diagnóstica (5).

1.3.2 OTROS CRITEROS DE DIAGNOSTICO

1.3.2.1 Examen físico

Las mujeres con síntomas sugestivos de cáncer cervical deben realizarse un examen pélvico. Durante el procedimiento de la observación del el examen visual con el especulo, se puede observar una apariencia normal o lesiones visibles, en la cérvix, en ocasiones tumoraciones grandes pueden sustituir por completo cuello uterino.

Se debe realizar una biopsia en caso de algunas lesiones friables, elevadas o con apariencia de condiloma, independiente de resultados anteriores benignos en la prueba del Papanicolaou. Por otro lado, los quistes de Naboth son aquellas lesiones únicas que son visibles y posiblemente no requieren realizarse la biopsia solo cuando el diagnóstico fue dado por un examinador experto.

1.3.3 Diagnóstico diferencial

Este procedimiento, en el caso de ser una neoplasia cervical abarca diversas condiciones que dan lugar al sangrado fuerte o vaginal irregular, flujos vaginales alguna lesión en la cérvix visible.

No debemos confundir que el sangrado vaginal o el flujo pueden ser generados por diversas condiciones por ejemplo durante o al termino de las relaciones sexuales, también este último puede deberse a una cervicitis.

También, hay lesiones tumorales benignas que suelen confundirse con el cáncer de cérvix entre ellas están: quistes de Naboth, Pólipos, Ulceras relacionadas a enfermedad de transmisión sexual.

1.4 EXAMENES AUXILIARES

1.4.1 Citología cervical o Papanicolaou (PAP)

Está en una prueba que sirve como prevención y también para la detección del cáncer de cérvix que consta en raspar con una espátula o cepillo en el cuello del útero, este procedimiento es realizado por un Médico o profesionales de la salud. Tomada la muestra esta es colocada en una lámina para observar las células bajo el microscopio.

Para realizar este procedimiento se educa al paciente no tomar duchas vaginales, no tener relaciones coitales y evitar programar durante periodos menstruales. (5)

Por consiguiente, son varios los pasos que pueden fallar, por tratarse de un examen sencillo entre ellos: la toma de muestra, colocación, etc.

Una de nuestras deficiencias en nuestro país, es que estas muestras requieren de un personal muy entrenado, lo cual toma tiempo y esto implica que los resultados salgan en más días y esto conlleva a que los paciente no recojan ya los resultados y pierdan valiosas prevenciones para su salud un oportuno tratamiento temprano.

1.4.2 Inspección visual con Ácido Acético (IVAA)

Otras de las pruebas de diagnóstico que es recomendada, en las cuales se hace uso del ácido acético al 5% que se aplica en el cérvix. Cuando en este proceso el epitelio es anormal se torna blanco, lo cual permite su detección fácilmente. La sensibilidad de este examen varía de acuerdo con la práctica y entrenamiento pues existe un porcentaje entre el 70% y 80% para la detección.

Este método tiene muchas ventajas, pues es muy sencillo de realizar por lo que resulta fácil enseñar a los trabajadores de salud como obstetras, enfermeras entre otros; es beneficioso para el paciente ya que se evita la necesidad de regresar por los resultados puesto que son de inmediato.

Por otro lado, en el Perú existen diversos estudios sobre el beneficioso potencial de la aplicación del IVAA, cabe recalcar que la examinación debe ser por un personal de salud entrenado.

1.4.3 Pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humana (VPH)

Es una de las opciones para detectar el ADN del VPH incluye a los de alto riesgo. Varios estudios han demostrado que las pruebas de VPH son mucho más efectivos que el PAPA e IVAA.

Una de las desventajas de este procedimiento es que el costo es muy elevado y puede causar limitaciones. Por otro lado, una de las ventajas es que comprenden una correlación buena entre inter e intra observadores, pueden realizar controles de calidad y así mismos tener alta sensibilidad.

En la actualidad, también existen este tipo de pruebas de VPH, que tienen un menor costo pues no requieren de muchos equipos y que la persona puede tomársela sola previo sesión educativa pues ha demostrado ser aceptada por las femininas.

Otro aspecto importante es que lo recomendable para la realización de estas pruebas es desde los 30 años en adelante. El objetivo es la detección de infecciones por VPH persistentes, las cuales están asociadas al cáncer de cuello uterino. De igual modo, se ha analizado su

uso como parte de la estrategia “ver y tratar” con muy buenos resultados.

1.4.4 Colposcopia

Por último, este examen ginecológico, que consiste en uso de un colposcopia (telescopio de enfoque próximo que emite una luz) para generar una amplia vista, que ilumina a la vulva, vagina y cérvix.

Este tipo de evaluación se basa en que las lesiones del epitelio pre malignas y malignas poseen características macroscópicas que se observa el color, contorno. La mejora en la observación se incrementa la capacidad para diferenciar la normalidad o anormalidad de estas áreas y así obtener biopsias dirigidas de tejido extraño o dudoso. Sin embargo, la sensibilidad de este procedimiento no es la óptima debido a que este tipo de diagnóstico por colposcopia se detecta entre 70 % y 80% de las lesiones de alto grado.

A pesar de ello se recomienda la estrategia “ver y tratar”, utilizando en lo posible crioterapia. Su objetivo principal de este medio de diagnóstico es identificar lesiones pre malignas y malignas de manera que puedan ser tratadas de inmediato.

1.5 ESTADIFICACION

Si el médico diagnostica cáncer cervical, se deben realizar más pruebas para conocer cuál es la extensión que tiene el tumor (estadios del cáncer), lo cual es un factor clave para suministrar un adecuado tratamiento. (9)

Las pruebas para identificar los estadios son:

- **Pruebas de diagnóstico por imágenes.-** este tipo de pruebas como las tomografías computarizadas (TAC), radiografías, resonancias magnéticas (RM) y las tomografías por emisión de positrones (TEP), ayudan a determinar si el tumor se ha diseminado.

- **Inspección visual de la vejiga y el recto.-** El médico tratante puede hacer uso de instrumentos específicos para observar en el interior de la vejiga y del recto (9).

LOS ESTADIOS DEL CANCER DE CERVIX SON:

- **Estadio I.** Existe presencia de tumor pero dentro del contenido del cérvix.
- **Estadio II.** Existe presencia de neoplasia en el cérvix y en la vagina (parte superior).
- **Estadio III.** La neoplasia se ha extendido a nivel de la vagina (parte inferior) o la pared pélvica lateral, a nivel interno.
- **Estadio IV.** El tumor se ha extendido a otros órganos cercanos como el recto o la vejiga, diseminación a otras partes del cuerpo. (9)

1.6 TRATAMIENTO

1.6.1 Quimioterapia

El tratamiento preferido para algunos estadios del cáncer cervical, son los tratamientos de radiación en este caso radioterapias, braquiterapias, y quimioterapias las cuales se administran en conjunto para tener mejor respuesta a lo esperado.

En caso de la quimioterapia concurrente comprende:

- Administración semanal de cisplatino durante la radiación. Esta medicación se debe administrar por una vena con un aproximado de 4 horas antes de la sesión de radiación.
- También, la administración de cisplatino junto con el 5FU (fluorouracilo) durante la radiación debe ser cada cuatro semanas.
- En ocasiones, se administra la quimioterapia (sin radiación) antes y/o luego de la quimiorradiación. (10)

1.6.1.1 Para tratar el cáncer cervical que se ha propagado o que reaparece después del tratamiento.

Se puede hacer uso de la quimioterapia para tratar cánceres propagados hacia otros órganos y tejidos. De igual manera, resulta útil cuando el cáncer reaparece luego del tratamiento con quimiorradiación.

Las medicaciones de quimioterapia que se usan con mayor frecuencia para el tratamiento del cáncer cervical en un estado avanzado son:

- Carboplatino
- Cisplatino
- Topotecan
- Paclitaxel
- Gemcitabina

En otros casos, y con mayor frecuencia se hace uso de combinaciones de dichas medicación.

Asimismo, se puede usar otras medicaciones, tales como: Ifosfamida, 5FU, Docetaxel, Irinotecan y Mitomicina. También se pueden administrar agentes monoclonales, esto va depender el grado en que se encuentre la tumoración.

1.6.2 Radioterapia

Este tipo de tratamiento consiste en la administración de rayos X desde fuera del cuerpo hacia la zona donde se encuentra la tumoración. Este tratamiento se asimila a la de una radiografía, con la diferencia en que recibe dosis altas.

Este tipo de tratamiento dura pocos minutos, pero encontrar el lugar correcto para dirigir la radiación comúnmente toma más tiempo.

Este tratamiento en si no genera dolor (11).

Este tratamiento indicado en paciente con neoplasia maligna, en el caso de cáncer cervical para pacientes que son intolerantes a la quimiorradiación.

1.6.2.2 Braquiterapia

La braquiterapia también llamada radiación interna, implica situar una magnitud de radiación cerca al cáncer o en la zona específica donde se encuentra el

tumor. Esta forma de radiación se desplaza solo a una distancia muy corta. En la actualidad este tipo de tratamiento específico en pacientes con cáncer cervical tiene como nombre la braquiterapia intracavitaria. La fuente de radiación es colocada en un dispositivo que es ubicado en la vagina o en algunas ocasiones a nivel del cuello del útero, generalmente este tipo de tratamiento se emplea paralelamente a la radiación externa como parte principal de esta cura para el cáncer de cérvix.

Existen dos tipos de braquiterapia:

- **La braquiterapia con baja tasa de dosis (LDR):** es administrada en pocos días. En este tiempo, la paciente debe permanecer acostada en una habitación privada con instrumentos que hacen que el material radioactivo se mantenga en el lugar. Durante la administración de la radioterapia, el personal de salud brindará todas las atenciones médicas necesarias; no obstante, también tomarán todas las precauciones para disminuir la exposición a la radiación (11).
- **La braquiterapia con alta tasa de dosis:** es administrada de modo ambulatorio durante los tratamientos (generalmente con una semana de diferencia). Para los tratamientos de altas dosis, el material radiactivo es insertado durante varios minutos para luego removerlo. Una de las ventajas de estos tratamientos con altas dosis está en que no requieren de hospitalización, ni de mantenerse inmóvil por periodos de tiempo prolongados (11). El tratamiento para el cáncer cervical en mujeres que han sido sometidas a una histerectomía es insertar el material radiactivo en un tubo dentro de la vagina.

El tratamiento para paciente femeninas que presentan útero, es colocar el material radiactivo en un tubo de metal, dentro del útero, conjuntamente son soportes redondos y pequeños de metal para ser colocados cerca del cuello del útero. Asimismo estos procedimientos se les conocen también como, tándem y ovoides.

1.6.3 Cirugía

Generalmente, el cáncer cervical en fase temprana es tratado con cirugía para la extirpación del útero (histerectomía). Este procedimiento puede curar el cáncer cervical en fase temprana e impide que la enfermedad reaparezca. Sin embargo, la histerectomía priva la posibilidad de futuros embarazos (9).

Los médicos recomiendan lo siguiente:

- **Histerectomía simple** este tipo de cirugía consiste en la extirpación total del útero y cuello uterino, con este también el tumor. En general esta cirugía es una alternativa en caso de que la neoplasia es detectado a tiempo quiere decir en fase temprana.
- **Histerectomía radical** consiste en extraer el útero, cuello uterino, ganglios linfáticos junto a ello el cáncer y parte de la vagina.

La cirugía total puede ser una alternativa en casos de esta neoplasia en estadio tempranos, pues conserva la posibilidad de embarazo; asimismo, permite que no se afecten los ganglios linfáticos (9).

1.7 OBSTRUCCION INTESTITNAL

Es una complicación de algún tipo de enfermedad, pues consiste en la detención parcial o total del tránsito intestinal que puede darse en alguna parte del intestino delgado o grueso.

Esta complicación puede ser reversible si se diagnostica y se trata en tiempo oportuno, y así evitar procedimientos invasivos.

1.1.1. Síntomas

Los signos y síntomas varían mucho y dependen, más que nada, de la ubicación, el motivo de la obstrucción y el tiempo transcurrido desde el inicio.

Estos son:

- Vómitos.
- Dolor abdominal.

- Distensión abdominal.
- Ausencia de deposición.
- Entre otros.

1.1.2. Diagnóstico

Si existe sospecha de obstrucción intestinal se debe solicitar:

- Bioquímica y hemograma.
- Ecografía abdominal.
- Radiografía simple de abdomen.

Otros estudios:

- Tomografía abdominal.
- Resonancia abdominal.
- Enema opaco.
- Colonoscopia.

1.8 ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN ENFERMERÍA

Debido al impacto psicológico que conlleva la enfermedad del cáncer, tanto en los propios pacientes como en los familiares, comprende un reto para el personal de enfermería optimizar acciones dirigidas a abordar todos estos aspectos psicológicos de modo integral (13).

Es preciso entender el camino por el que atraviesa el paciente ante el proceso del cáncer y las pocas posibilidades de realizar planes a futuro; para el desarrollo de cuidados de manera integral, que puedan aplicarse y ser útiles para el personal de salud de enfermería (13).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), basada según la pirámide de Maslow refiere que los pacientes con cáncer no sólo requieren el control de su sintomatología y alivio, sino que necesitan sentirse seguros, tener en quien sostenerse, contar con una sensación de pertenencia, demostrar que aún son productivos, que son parte de un grupo, recibir afecto y tener contacto humano.

Son agradecidos de la compasión y aprobación de todos pese a los cambios físicos y psicológicos por los cuales atraviesan.

La atención del personal de enfermería al paciente con cáncer debe ser especial, por las características de estos pacientes y por las situaciones de vida que ellos enfrentan, así como sus familiares. Las enfermeras deben preservar un equilibrio perfecto entre lo científico y lo humanístico, con la finalidad de promover conductas adaptativas en los pacientes para sobrellevar y/o superar dicha circunstancia, mejorar su calidad de vida y en algunos casos, garantizarles una muerte digna (14).

1.9 CALIDAD DE ATENCION

El término “calidad” representa el cumplimiento de los objetivos del usuario de manera satisfactoria, en las cuales sus necesidades han sido brindadas, de manera empática, donde se nota la confianza y sobresale el respeto y trabajo en equipo.

También nos indica que este comprende ciertas características, tiene un proceso y servicios que confían en su capacidad para llegar al objetivo de satisfacer las necesidades del consumidor o usuario, todo ello hace referencia al conjunto de cualidades que van cubrir todas las necesidades del usuario, asimismo entendiendo que el grado de satisfacción comprende y está relacionado a las expectativas del consumidor. Es por ello, que el proceso de hospitalización hace que el paciente sea vulnerable a varios estímulos, que no solo provienen de la enfermedad en sí misma, sino también de las relaciones establecidas durante la hospitalización y el medio ambiente. Comúnmente, el paciente desea ser aceptado, escuchado, que se le ofrezca seguridad, y que el cuidado de las enfermeras sea de calidad, lo cual le demuestra la responsabilidad en sus funciones (15).

La palabra calidad representa ser competente, eficiente, actuar con respeto ante los usuarios. También se define concretamente “hacer lo indicado” de modo eficaz e inmediato; asimismo, es poner en práctica la limpieza, ser puntual, es buscar siempre que mejorar, preocupándonos por la innovación, hacer uso de un lenguaje correcto, con el que los pacientes sientan confianza en el servicio brindado (16).

1.10 LAS ENFERMERAS HOLISTICAS

Una enfermera holística es aquella que reconoce y trata de manera distinta a cada persona. Generalmente, son descritas por los pacientes como las enfermeras que “realmente les importa” (17).

Son llamadas holísticas debido a que observan a los pacientes como una persona completa, y no solo se basan en un solo aspecto como ser un paciente o tener un diagnóstico; es quien planifica los cuidados de enfermería para ofrecer una atención integral, contribuyendo con los pacientes y con los efectos de la enfermedad: corporales, mentales, emocionales, espirituales y las relaciones interpersonales, en consideración a las preferencias y diferencias sociales y culturales (17).

La adaptación emocional y la calidad de vida en los usuarios con neoplasia, suscita que las enfermeras oncólogas participen en dichos aspectos psicológicos, debido a que son quienes están de manera permanente con los pacientes; por lo tanto, son quienes deben dotar al paciente de mecanismos que les ayude a enfrentar los problemas diarios que produce el cáncer; para así, incrementar la sensación de control del paciente sobre la patología y con ello mejorar la calidad de vida de este y sus familiares (17).

1.1.11 TEORIA DEL CUIDADO HUMANO DE MARGARET JEAN WATSON

La teoría de Jean Watson corresponde a un enfoque filosófico (fenomenológico – existencial), cuyo cimiento es espiritual lo que indica el cuidado como un ente moral y ético del personal de enfermería. Esta teoría en consonancia tiene como principio el equilibrio entre el cuerpo, mente y alma por medio de una armonía de ayuda y confianza del paciente para conseguir un grado alto de satisfacción. La ontología de Watson afirma que la preocupación del cuidado humanizado abarca: la experiencia, percepción y la conexión (mostrando un profundo interés en la persona), en cuanto al aspecto moral. El cuidado de tipo humanizado, requiere del compromiso moral de los profesionales de salud, pues es lo que demanda cada persona, goce o no buena salud, para la mejora

de una buena calidad de vida; absortos en la educación, en los cuidados brindados y de este modo ver la percepción de los usuarios en cuanto al cuidado humanizado.

Elementos del cuidado: deben brindarse en el conocimiento para cuidar de un individuo es preciso conocer su entorno, así como sus necesidades. Por ejemplo: es necesario conocer, quien es el otro, cuáles son sus fortalezas y debilidad, cuáles son sus demandas y lo que dirige a su crecimiento: se requiere de qué manera se debe corresponder a sus necesidades y poder conocer cuáles son las fortalezas y debilidades. En primer lugar la paciencia: es uno de los elementos que priman en el cuidado, dejar al otro evolucionar a su propio modo y tiempo; brindar con paciencia la posibilidad al otro de encontrarse a sí mismo a su propio ritmo, incluyendo por supuesto la tolerancia, pues es ella quien va indicar mi respeto por la evaluación de los individuos.

En segundo lugar la sinceridad; pues ser sinceros en brindar cuidado con la intención de ser verdaderos, cuida de otra persona representa que se debe ver al otro tal como es y no como nos gustaría que fuese. Para contribuir con el crecimiento del otro, se debe corresponder a sus demandas de cambio. Sin embargo, además de ver al otro tal como es, también es necesario vernos tal cual somos.

En tercer lugar; la confianza, en este valor implica creer en su evaluación de cada individuo en un determinado tiempo. El poder confiar es dejar a la persona en libertad aunque esto implique cierto riesgo pues es incierto; con todo, ambos demandan coraje.

Por ultimo: la esperanza, nos indica que debe existir una expectativa de que la persona crezca después del cuidado brindado. Tal cual la esperanza es un estado establecido, como una sensación de oportunidades.

La teoría de cuidado humanizado impulsa a las enfermeras oncológicas a brindar una respuesta eficaz y eficiente, dado que cuentan con los conocimientos científicos necesarios para actuar a favor del paciente por una calidad de vida favorable.

Los cuidados a los pacientes son universales y resultan efectivos si se brindan de modo interpersonal (enfermera – paciente).

Por este motivo Watson invita a todo el personal de salud a la sensibilización tener empatía, trabajar con los familiares y poder llegar lo mas pronto al objetivo.

CAPÍTULO II

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

2.1.1. Datos de Filiación:

- Nombre : T. F. R. M.
- Edad : 49 años.
- Lugar de Nacimiento : Ancash – Huari – Chavín de Huántar.
- Estado Civil : Casada.
- Religión : católica.
- Grado de Instrucción : Primaria Incompleta.
- Ocupación : Ama de casa.
- Número de Hijos : 05 hijos.
- Fecha de Nacimiento : 19/10/1967
- Procedencia : Lima – Barranca – Supe.
- Fecha de Ingreso : 05/04/2017
- Fecha de Operación : 06/04/2017
- Servicio : Hospitalización – Cuarto piso.
- Número de H. Clínica : 0599857.
- Número de Cama : 423.

2.1.2. Descripción de la situación problemática al ingreso del paciente:

Paciente es hospitalizada por presentar cuadro de 5 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal, vómito, ausencia de flatos y deposiciones. Ha tenido cirugía hace 20 días en otra institución (BARRANCA), se realizó apendicetomía, resección de anexos y ovario derecho. Impresión diagnóstica: Obstrucción intestinal, descartar bridas y adherencias.

2.1.3. Situación problemática:

Paciente adulta madura de 49 años, procedente de Ancash, con primaria incompleta, ingresa al servicio de ginecología – cuarto piso acompañada de su esposo con diagnóstico médico tumor maligno de cérvix EC IIB, recibió quimioterapia + radioterapia + braquiterapia, actualmente con persistencia de enfermedad.

Paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, en regular estado de higiene. Se le observa ansiosa por su estado de salud y por momentos tiene gestos de tristeza que llega al llanto puesto que el médico le comunica que tiene mal pronóstico, refiere “Estoy deprimida y deseo irme de alta voluntaria, pero mi herida (señala su herida), está abierta, si mi enfermedad no tiene cura deseo ir a casa para estar con mis hijos; quiero morir en casa”, por instantes se puede observar que paciente tiene una fe grande.

Tiene un catéter venoso central colocado el día 09.05.2018, perfundiendo su nutrición parenteral, paciente refiere “No tolero alimentos por vía oral, siento náuseas y vómito, cada día adelgazo más”. Se observa laceraciones en el labio inferior, una ileostomía en el flanco derecho funcionando, paciente refiere “tengo esta bolsa en mi barriga y no me siento bien, en cualquier momento hago deposición y a veces me da vergüenza por el dolor”

Se observa una herida abierta en el mesogastrio infectada y necrótica con sistema de cierre asistido al vacío (VAC), a la palpación refiere dolor, según la escala de EVA 08/10 puntos, refiere “los doctores me han explicado, porque me curan en sala de operaciones, pero no entiendo mucho, mi bata se mancha de la sangre de mi herida”.

Deambula en compañía de su esposo o el personal técnico, se observa que tono y fuerza muscular han disminuido, presenta edemas en los miembros inferiores ++/+++, paciente refiere “por las noches no puedo descansar bien, y

todos los días pido a las enfermeras o a mi esposo para que me ayuden a bañarme, tengo miedo de caerme, es que me aburro estar echada o sentada”

Paciente refiere “Vivo con mi esposo, tengo 5 hijos y tuve aborto, ellos son mayores, hace dos años no tengo relaciones sexuales con mi esposo”. Su esposo nos refiere “Yo la cuido de lunes a viernes y los fines de semana me voy a trabajar al campo, esos días sus hijos la cuidan, señorita hay momento que no sé cómo movilizarla a mi esposa, ahora me han diagnosticado gastritis crónica debo hacerme una endoscopia, pero ahora solo quiero cuidar a mi esposa”. Se observa que el esposo está cansado y por momentos se le ve preocupado”.

2.2. Datos del Estado de Salud

2.2.2. Antecedentes Patológicos:

- Ligadura de trompas de Falopio hace 28 años aproximadamente.
- Tuvo un (1) aborto.
- Cinco (5) hijos.
- Primera relación sexual a los 13 años.
- Tuvo (3) parejas sexuales.

2.2.3. Diagnóstico Médico y/o Cirugías:

- **Diagnóstico médico:** Tumor maligno de Cérvix EC IIB.
- **Diagnóstico por descartar:** Obstrucción Intestinal.
- **Diagnóstico post operado:** Tumor maligno de Cérvix + obstrucción Intestinal.

2.3. Tratamiento Médico: POST OPERATORIO

Primer día post operatorio:

- NPO.
- Nutrición parenteral: 62 ml/h. (Volumen distal).
- Cloruro de sodio 0.9% + Na (1). Un frasco. 42 ml/h.
- Controles de funciones vitales.
- Ceftriaxona 2000 mg. EV. Cada 24 horas.
- Metronidazol 500 mg. EV. Cada 08 horas.
- Tramadol 100 mg + Dimenhidrinato 50 mg. EV. Cada 08 horas.
- Omeprazol 40 mg. EV. Cada 24 horas.
- Nebulizaciones con suero fisiológicos. Cada 08 horas.
- Ejercicios respiratorios con triflow.
- Sentarse en el sillón.
- Metamizol 1500 mg. EV. PRN.
- Enoxaparina 40 mg. SC. Cada 24 horas.
- Control de glicemia. Cada 08 horas.
- Insulina de rescate.

Segundo día post operatorio:

- NPO.
- Nutrición parenteral: 62 ml/h.
- Control de funciones vitales.
- Cloruro de sodio 0.9% + 2 (k) + Mag (1). Un frasco a 42 ml/h.
- Meropenem 1000 mg. EV. Cada 08 horas.
- Tramadol 100 mg + Dimenhidrinato 50 mg. EV. Cada 08 horas.
- Ketoprofeno 100 mg. EV. Cada 08 horas.
- Omeprazol 40 mg. EV. Cada 24 horas.
- Enoxaparina 40 mg. SC. Cada 24 horas.
- Control de glicemia. Cada 24 horas.
- Insulina de rescate. Escala móvil.
- Movilización asistida.

2.4. Exámenes Auxiliares

Sangre

TIPO	VALOR DEL PACIENTE	VALOR NORMAL	OBSERVACIONES
Glóbulos Rojos	3.53	4.2 - 5.4 millones	Disminuido
Hemoglobina	10.4	12-14 g/dl.	Disminuido
Hematocrito	28.5	(35 – 47 %)	Disminuido
Leucocitos	7.960	4 500-10 000 mm ³	Normal
Linfocitos	12	25-40%	Disminuido
Monocitos	7	2-8%	Disminuido
Eosinófilos	21	1-3%	Aumentado
Segmentados	59	50-70%	Normal
Plaquetas	400	150, - 400,000/mm ³	Normal
Sodio	134	135-145	Normal
Potasio	3.51	3.5-5 meq	Normal
Calcio	1.22	1.12 - 1.32	Normal
Tiempo Parcial	47.9	30-45 seg	Aumentado

de Tromboplastina			
Glucosa	4.9	3.8-6.4 mmol/L	Normal
Urea	1.5	3.6-12.8 mmol/L	Disminuido
Creatinina	27	53-80 µmol/L	Disminuido
Proteínas Totales	54	67-87g/L	Disminuido

Otros exámenes auxiliares: orina, heces, esputo, etc.

TIPO	RESULTADO	OBSERVACIONES
Hepatitis B. Ag de superficie	0.341	Negativo
Hepatitis C.	0.031	Negativo
HTV 1 – 2 Anti	0.178	Negativo
HTV 1 -2	0.149	Negativo
Tamizaje de Sífilis	0.058	Negativo

Muestra de orina	Negativo	Negativo
Muestra de punta CVC	Positivo	Negativo
Muestra de Uro cultivo	Negativo	
Muestra de secreción de Hemovac	Negativo	Gram (-)

Riesgo quirúrgico (observaciones y recomendaciones)

Se recomienda curaciones quirúrgicas de herida operatoria.

Informe anatómico patológico

ÓRGANO	RESULTADOS
Cérvix Uterino	<ul style="list-style-type: none"> * Carcinoma epidermoide infiltrante pobremente diferenciado no queratinizante. * Inmunohistoquímica: <ul style="list-style-type: none"> ☞ P63: Positivo. ☞ Vimentina: Negativo. ☞ Panqueratina: Positivo.

2.5. Técnica de Recolección de Datos

2.5.1. Examen físico

Funciones Vitales

- **P/A:** 100/60 mmhg.
- **F.R:** 20 X´
- **F.C:** 89 X´
- **T°:** 36.7 °C
- **SAT. O2:** 97%
- **EVA:** 08/10 puntos.

Medidas Antropométricas

- **Peso:** 40 kg.
- **Talla:** 1.53 cm.
- **IMC:** 17.09
- **Diagnóstico:** Bajo peso.

2.5.2. Examen general

- **Cabeza:** Cráneo proporcional y simétrico en el resto del cuerpo, cabello bien implantado, regular estado de higiene, no masas.
- **Cara:** Redonda, simétrica con el cuerpo.
- **Ojos:** Buena unión de bordes palpebrales íntegros, pestañas finas e íntegras, negros, presenta buena visión. Con pupilas isocóricas, fotos reactivas.
- **Nariz:** Proporcional a la cara, tabique centrado simétrico, buena permeabilidad en fosas nasales, no masas a la palpación, mucosa nasal de color rosado, íntegros, no lesiones, no heridas, buen reconocimiento a la olfacción.
- **Oídos:** Íntegros proporcionales al resto del cuerpo, no dolor, no lesiones, presenta buena audición.
- **Boca:** Labios simétricos, proporcional a la cara, leve humedad, se observa lacera en los labios inferiores.
- **Cuello:** Simétrico, cilíndrico, dolor a la palpación y al movimiento, con herida operatoria.
- **Tórax (pulmones):** Ruidos respiratorios normales.
- **Abdomen:** En el mesogástrico se observa una herida operatoria, piel necrótica, el borde de la piel de la herida inflamada cubierta con apósitos con secreción de sangre con sistema a presión de succión negativa (VAC).

- **Sistema respiratorio:** Presenta respiración superficial, no ruidos agregados, con FR: 20 X´.
- **Sistema cardiovascular:** No alteraciones, no soplos cardiacos a la auscultación, con FC: 89 X´. P/A: 100 /60 mnhg.
- **Sistema renal:** A la palpación no presenta dolor, orina clara.
- **Miembros superiores:** Proporcional al cuerpo, simétrico, sin cicatrices.
- **Mamas:** Simétrica, no doloroso a la palpación, no tumoraciones ni masas.
- **Área perineal:** No presenta lesiones ni malformaciones.
- **Ano:** No sangrado, ni lesiones. No secreciones.
- **Miembros inferiores:** Proporcional al cuerpo. Se observa edemas ++/+++.
- **Sistema neurológico:** Paciente presenta un Glasgow de 15 puntos.
- **Piel:** Estado de higiene regular. Presenta una lesión cutánea en el mesogástrico.

2.5.3. Relación de problemas

DATOS RELEVANTES		DOMINIO
SUBJETIVOS	OBJETIVOS	
<p>Paciente refiere:</p> <p>“Mi enfermedad está avanzando, pero no entiendo porque, si yo recibí quimioterapia”</p> <p>“Los doctores me han explicado, porque me curan en sala de operaciones, pero no entiendo mucho, mi bata se mancha de la sangre de mi herida”</p>	<p>Grado de instrucción: Primaria incompleta.</p> <p>Estado de higiene regular.</p> <p>Se observa manchas de sangre de la paciente.</p>	<p>Dominio 1: Promoción de la salud.</p> <p>Clase: 2. Gestión de la salud. Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.</p> <p>Etiqueta: Gestión ineficaz de la propia salud.</p> <p>Código: 00078.</p>

DATOS RELEVANTES		DOMINIO
SUBJETIVOS	OBJETIVOS	
<p>Paciente refiere:</p> <p>“No tolero alimentos por vía oral, siento náuseas y vómitos hace un mes, cada día me adelgazo más”</p>	<p>Se observa que la paciente tiene nutrición parenteral (Bolsa N°28).</p> <p>Medidas antropométricas:</p> <p>+ Talla: 1.53 cm. + Peso: 40 kg. + IMC: 17.09. + Diagnóstico: Bajo peso.</p> <p>Se observa laceraciones en el labio inferior.</p>	<p>Dominio 2: Nutrición.</p> <p>Clase: 1. Ingestión. Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.</p> <p>Etiqueta: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.</p> <p>Código: 00002.</p>

DATOS RELEVANTES		DOMINIO
SUBJETIVOS	OBJETIVOS	
<p>Paciente refiere:</p> <p>“Tengo una bolsa en mi barriga y no me siento bien”</p> <p>“En cualquier momento hago deposición y a veces me da vergüenza, por el olor”</p>	<p>Se le observa un ileostomía en el flanco derecho.</p>	<p>Dominio 3:</p> <p>Eliminación e Intercambio.</p> <p>Clase: 2. Función gastrointestinal. Cambio en los hábitos de eliminación fecal normales que se caracterizan por la eliminación involuntaria de heces.</p> <p>Etiqueta: Incontinencia fecal.</p> <p>Código: 00014.</p>

DATOS RELEVANTES		DOMINIO
SUBJETIVOS	OBJETIVOS	
<p>Paciente refiere:</p> <p>“Por las noches no puedo descansar bien”</p> <p>“todos los días pido ayuda a las enfermeras y a mi esposo para bañarme y peinarme,</p>	<p>Personal técnico le realiza cambios posturales.</p> <p>Paciente con deambulación asistida.</p> <p>Se observa tono y fuerza muscular disminuidos.</p>	<p>Dominio 4: Actividad – Reposo.</p> <p>Clase: 5. Autocuidado. Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene.</p> <p>Etiqueta: Déficit de autocuidado: Baño.</p> <p>Código: 00180.</p> <p>Clase: 1. Sueño/Reposo. Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.</p> <p>Etiqueta: Trastorno del patrón del sueño.</p> <p>Código: 00198.</p>

DATOS RELEVANTES		DOMINIO
SUBJETIVOS	OBJETIVOS	
<p>Paciente refiere:</p> <p>“Vivo con mi esposo, tengo 5 hijos, ellos ya son mayores”</p> <p>Esposo refiere:</p> <p>“Yo la cuido de lunes a viernes y los fines de semana me voy a trabajar al campo, esos días sus hijos las cuidan”</p> <p>“No sé cómo movilizar a mi esposa, ahora a mí me diagnosticaron gastritis crónica debo hacerme una endoscopia, pero ahora solo quiero cuidar a mi esposa”</p>	<p>Se le observa que el esposo está cansado y preocupado.</p>	<p>Dominio 7: Rol Relaciones.</p> <p>Clase: 1. Roles de cuidador. Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas.</p> <p>Etiqueta: Cansancio del rol de cuidador.</p> <p>Código: 00061.</p>

DATOS RELEVANTES		DOMINIO
SUBJETIVOS	OBJETIVOS	
Paciente refiere: “Me siento mal por tener esa bolsa en mi barriga”	Paciente se encuentra ansiosa por su estado de salud y por momentos se observa triste. Se observa una herida abierta en el mesogástrico con sistema a presión de succión negativa (VAC).	<p>Dominio 6: Autopercepción.</p> <p>Clase: 3. Imagen corporal. Confusión en la imagen mental del yo físico.</p> <p>Etiqueta: Trastorno de la imagen corporal.</p> <p>Código: 00118.</p>

DATOS RELEVANTES		DOMINIO
SUBJETIVOS	OBJETIVOS	
<p>Paciente refiere:</p> <p>“Estoy deprimida y deseo irme de alta voluntariamente, pero mi herida está abierta”</p> <p>“Si mi enfermedad no tiene cura, deseo ir a casa para estar con mis hijos, quiero morir en mi casa”</p>	<p>Se observa que la paciente llora por momentos en la valoración.</p> <p>Paciente se observa preocupada y ansiosa lo que atribuye a su mal pronóstico de salud.</p>	<p>Dominio 9: Afrontamiento – Tolerancia al estrés.</p> <p>Clase 2. Respuesta de afrontamiento. Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentado (por un familiar, cuidador, persona con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.</p> <p>Etiqueta: Aflicción crónica.</p> <p>Código: 00137.</p> <p>Clase: 2. Respuesta de afrontamiento. Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia.</p> <p>Etiqueta: Ansiedad ante la muerte.</p> <p>Código: 00147.</p>

DATOS RELEVANTES		DOMINIO
SUBJETIVOS	OBJETIVOS	
Paciente refiere: “Tengo miedo de caerme al momento de caminar, pero me aburro estar echada y sentada”	<p>Procesos invasivos: un catéter venoso central y una herida abierta infectada y necrótica con succión continua.</p> <p>Se aplica la escala de riesgo de caídas (MORSE) obtuvo riesgo alto 65 puntos</p> <p>Riesgo mayor de caídas.</p> <p>Miembros inferiores +/-+++.</p>	<p>Dominio 11: Seguridad /Protección.</p> <p>Clase: 2. Lesión física. Alteración de la epidermis y/o de la dermis.</p> <p>Etiqueta: Deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>Código: 00046.</p> <p>Clase: 2. Lesión física. Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.</p> <p>Etiqueta: Riesgo de caídas.</p> <p>Código: 00155.</p>

DATOS RELEVANTES		DOMINIO
SUBJETIVOS	OBJETIVOS	
Paciente refiere: "Tengo dolor en mi herida"	Según escala de EVA: 08/10 puntos. Personal técnico le realiza cambios posturales. Se le está administrando analgésicos (Kardex).	<p>Dominio 12: Confort.</p> <p>Clase: 1. Confort Físico.</p> <p>Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales termino; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a seis meses.</p> <p>Etiqueta: Dolor agudo.</p> <p>Código: 00132.</p>

2.5.4. Priorización de problemas

1. Dolor agudo relacionado con proceso de enfermedad manifestado por manifestación verbal y EVA 08/10 puntos.
2. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos e/v por presencia de catéter venoso central, ileostomía, herida operatoria abierta.
3. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a necesidades relacionado con incapacidad para ingerir los alimentos manifestado por IMC 17.09 bajo peso.
4. Incontinencia fecal relacionada con pérdida de control de esfínter s/c ileostomía.
5. Trastorno del patrón sueño relacionado con factores ambientales.
6. Ansiedad ante la muerte relacionado con anticipación del sufrimiento
7. Riesgo de caída relacionado con tono y fuerza muscular disminuidos.
8. Trastorno de la imagen corporal relacionado con alteración de la estructura corporal.
9. Gestión ineficaz de la salud propia Relacionado con déficit de conocimiento.

2.6. Elaboración del diagnóstico de enfermería

PROBLEMA Y/O ETIQUETA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Dolor agudo	Proceso de enfermedad.	Manifestación verbal, EVA 08/10 puntos.
Riesgo de infección	procedimientos invasivos	presencia de catéter venoso central, ileostomía, herida operatoria abierta.
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.	Incapacidad para ingerir los alimentos.	IMC: 17.09 - Bajo peso y nutrición parenteral.
Incontinencia fecal.	Pérdida de control de esfínter.	Emisión de heces y gases involuntarios.
Ansiedad ante la muerte.	Anticipación del sufrimiento	Expresa tristeza profunda.
Trastorno del patrón del sueño.	Factores ambientales.	Manifestación verbal.
Trastorno de la imagen	Alteración de la	Herida abierta con sistema a

corporal.	estructura corporal.	presión de succión negativa, ileostomía y colostomía.
Riesgo de caídas.	Tono y fuerza muscular disminuidas.	Escala de riesgo de caídas: 12 puntos – Riesgo mayor de caídas.
Gestión ineficaz de la propia salud.	Déficit de conocimientos: Primaria incompleta.	Fracaso al concluir el régimen de tratamiento.
Cansancio del rol de cuidador.	Proceso de la enfermedad,	Expresión de cansado y preocupado.

2.7. Planificación de los cuidados de enfermería

ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA

- **Nombre del paciente:** T. F.R. M.
- **Edad:** 49 años.
- **Diagnóstico Médico:** Tumor maligno de Cérvix EC IIB + Carcinoma epidermoide infiltrante.
- **Cirugía Realizada:** Apendicetomía, resección de anexo y ovario derecho y obstrucción intestinal.

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos Subjetivos: "tengo dolor en mi herida"</p> <p>Datos Objetivos: -Según escala EVA 8/10. -alteración de signos vitales. -herida abierta conectado a sistema VAC.</p>	<p>Dolor agudo relacionado con proceso de enfermedad manifestado por manifestación verbal y EVA 08/10 puntos.</p>	<p>Objetivo general: Paciente durante el turno va a disminuir su dolor según escala EVA 3/10 previa administración de analgésicos prescritos.</p> <p>Objetivo específico: Paciente manifestara disminución de dolor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de funciones vitales. • Realizar valoración y evaluación física: priorizando localización, duración y factores desencadenantes. • Administración de analgésico: tramadol 100mg con dimenhidrinato 50mg endovenoso infusión de 1 hora. • Conocer los factores que ayudan aliviar o empeorar el dolor. • Ayudar al paciente a colocarse en posición antalgica para disminuir el dolor • Enseñar métodos no farmacológicos de alivio de dolor. 	<p>Paciente disminuyo el dolor según EVA disminuye 3/10 puntos luego de 2 horas.</p> <p>Se encuentra con analgésicos para aliviar el dolor.</p>

			<ul style="list-style-type: none">• Disminuir los factores ambientales (área limpia, mantener el lugar en silencio) que aumenten signos del dolor.• reevaluar escala de EVA dentro de media hora.• anotaciones de enfermería	
--	--	--	--	--

<p>Datos subjetivos: Paciente refiere “mi bata se mancha de la sangre de mi herida”</p> <p>Datos objetivos: -presencia de catéter venoso central. -Portadora de ileostomía. -Herida abierta a nivel de mesogastrio conectado a sistema VAC.</p>	<p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos e/v por presencia de catéter venoso central, ileostomía, herida operatoria abierta.</p>	<p>Objetivo General: Paciente no presentara signos de infección durante su hospitalización.</p> <p>Objetivo Específico: Paciente sin signos de infección, durante su estancia hospitalaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de funciones vitales priorizando temperatura cada 6 horas. • Educar al paciente sobre lavado de mano. • Realizar todo personal de salud lavado de manos en sus 5 momentos. • Calzado de guantes al manipular o realizar un procedimiento aséptico. • Curación de catéter venoso central cada 7 días manteniendo medidas asépticas. • Administración de antibióticos profilácticos, dosis, frecuencia, tiempo de administración efectos adversos. • Enseñar al paciente la 	<p>Paciente no presento signos de infección.</p>
---	---	---	---	--

			<p>eliminación correcta de bolsa de ileostomía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educar al paciente sobre signos y síntomas de infección. 	
<p>Datos subjetivos: Paciente manifiesta: “no tolero los alimentos, siento náuseas y vómitos hace un mes, cada día me adelgazo.”</p> <p>Datos objetivos: -Paciente con</p>	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a necesidades relacionado con incapacidad para ingerir los alimentos manifestado por</p>	<p>Objetivo General: Lograr que el paciente, tenga peso ideal y se mantenga durante su hospitalización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos • Realiza curación cada 7 días y mantener permeabilidad del catéter venoso central según protocolo. • Según prescripción Médica administración de nutrición parenteral. • Administrar de nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente en proceso de lograr el equilibrio nutricional. - Paciente mantiene su peso actual

<p>nutrición parenteral (Nutriflex).</p> <p>-IMC bajo peso 17.09.</p> <p>-hemoglobina 10.4</p> <p>-peso 40 Kg.</p>	<p>IMC 17.09 bajo peso.</p>	<p>Objetivo Específico: Paciente mejorará su estado nutricional con la administración de nutrición parenteral.</p>	<p>parenteral (nutriflex), por el lumen correcto, realizar doble verificación, programación en 24 horas a 41.6ml/hora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración por bomba infusora. • Peso diario al paciente. • Control de glicemia cada 12 horas. • Trabajo en conjunto con personal de salud: nutricionista. • Reportar al Medico acerca de las posible reacciones adversas asociados con la nutrición parenteral. • Controlar los niveles de albumina, proteína total, electrolitos y glucosa en suero y perfil químico, según indicación Médica. 	<p>durante su hospitalización .</p>
---	-----------------------------	---	--	-------------------------------------

			<ul style="list-style-type: none"> • Examinar las características si presentara nauseas o vómitos reportarlo al Médico. 	
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere: “en cualquier momento hago deposición y a veces me da vergüenza por el olor”.</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se observa en flanco derecho presencia de ileostomía. 	Incontinencia fecal relacionada con pérdida de control de esfínter s/c ileostomía.	<p>Objetivo General: Paciente aprenderá sobre cuidados específicos de ileostomía</p> <p>Objetivo Específico: Paciente aprenderá manejo de bolsa de ileostomía durante el turno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disciplinar al paciente sobre el manejo e importancia de la ostomia. • Observar posibles complicaciones, como obstrucción intestinal, del ileoparalítico, fisuras etc. • Educar al paciente y cuidador a eliminar la bolsa de ileostomía la frecuencia, y cambios de bolsa. • Alentar al paciente a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen 	Paciente aprendió, manejo de bolsa de ileostomía cambio, manejo de eliminación durante la hospitalización.

			<p>corporal y estilos de vida aplicando escucha activa.</p> <ul style="list-style-type: none">• Solicitar a la nutricionista para explicar la dieta exclusiva para el paciente con ileostomía.• Educar al paciente sobre el cambio de bolsa de ileostomía.• Expresar confianza al paciente para que lleve su vida normal con su ileostomía.	
--	--	--	---	--

<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente refiere: por las noches no puedo descansar bien “</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>-paciente duerme a intervalos.</p> <p>- personal técnico realiza movilizaciones cada 2 horas.</p>	<p>Trastorno del patrón sueño relacionado con factores ambientales.</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente lograra descansar 4 horas continuas durante la noche del turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar al paciente a poder controlar las fases y guías de sueño. • Mejorar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Ayudar al paciente a realizar una programación de rutina a la hora de irse a la cama para conciliar y mejorar la transición del estado de sueño. • Ayudar a saber controlar factores estresantes que perjudiquen la conciliación de sueño. • Ayudar y enseñar al paciente a manejar un mejor cuadro alimenticio antes de acostarse y que puedan interfieran el sueño. 	<p>-paciente logro descansar durante la noche por 4 horas continuas.</p>
---	---	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar técnicas de relajación. • Realizar terapias durante el día y evitar invertir el sueño. 	
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente refiere “no entiendo porque mi enfermedad está avanzando”</p> <p>“si mi enfermedad no tiene cura deseo irme de alta</p>	<p>Ansiedad ante la muerte relacionado con anticipación del sufrimiento</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>-paciente afrontara su situación actual de manera positiva durante su hospitalización.</p> <p>Objetivo específico:</p> <p>Paciente disminuirá</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar con el paciente de manera empática, lograr confianza. • Explicarle su situación actual. • Conversar con Médico tratante y sugerirle interconsultas. • Derivar con psicología. • Facilitar al paciente un 	<p>Se logró que paciente disminuya los niveles de ansiedad durante el turno</p>

<p>voluntariamente”.</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glasgow 15 puntos. - Grado de instrucción primaria completa. - Facial de preocupación - Frecuencia cardiaca alterada 96x - se observa que paciente llora por momentos. 		<p>los niveles de ansiedad durante el turno.</p>	<p>ambiente y actividades que aumenten su estado de ánimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar toma de decisiones en colaborar con su enfermedad. • Administración de medicación frecuencia, efectos adversos que disminuyan la ansiedad según medicación indicada. • Reevaluar al paciente. 	
--	--	--	--	--

<p>Datos subjetivos: "me siento débil"</p> <p>Datos objetivos: -Deambula en compañía de su esposo o personal técnico. -se observa tono y fuerza muscular disminuidos. -edemas en miembros inferiores ++/+++.</p>	<p>Riesgo de caída relacionado con tono y fuerza muscular disminuidos.</p>	<p>Objetivo general: Paciente no presentara caída durante su hospitalización.</p> <p>Objetivo específico: Paciente no presentara caída durante el turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar barandillas laterales de seguridad. • Paciente con supervisión permanente. • Responder al llamado. • Evaluar al paciente antes de levantarlo de la camilla. • Deambulación del paciente con apoyo. • Educar al familiar para el apoyo con el paciente. • Colocar los objetos de importancia al alcance del paciente para evitar hacer esfuerzos innecesarios. • Disponer una buena iluminación adecuada para 	<p>Paciente no presento caída durante el turno.</p>

			aumentar la visibilidad.	
<p>Datos subjetivos: "Me siento mal por tener esa bolsa en mi barriga"</p> <p>Datos objetivos: -portadora de ileostomía. -herida operatoria abierta con sistema VAC. -paciente llorosa, facial de tristeza.</p>	Trastorno de la imagen corporal relacionado con alteración de la estructura corporal.	<p>Objetivo general: Paciente tendrá mejor percepción y autoestima con respecto a su imagen corporal.</p> <p>Objetivo específico: Paciente aceptara su aspecto físico con apoyo de sus familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se brinda apoyo y se efectúa la escucha activa al paciente sobre los cambios causados por la enfermedad. • Se brinda al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto físico. • Realizar grupales con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares. • Solicitar apoyo por un personal de salud psicología para terapias. • Realizar terapias con los familiares para el apoyo con 	Paciente mejora su percepción y autoestima en cuanto a su imagen corporal.

			<p>el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar grupos de apoyos disponibles para el paciente. 	
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere “no entiendo porque mi enfermedad está avanzando”</p> <p>Datos objetivos: -Glasgow 15 / 15 puntos -grado de instrucción : primaria incompleta</p>	<p>Gestión ineficaz de la salud propia Relacionado con déficit de conocimiento.</p>	<p>Objetivo general: Paciente recibirá información sobre tratamiento a seguir durante su hospitalización.</p> <p>Objetivo específico: Paciente tendrá conocimiento adecuado y suficiente acerca de su tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Informar al paciente acerca del objetivo de cada tratamiento o medicamento que se le va administrar. Conocer el conocimiento que tiene el paciente acerca de las medicaciones que se le administran. Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación. Valorar la comprensión del paciente sobre el proceso y tratamiento de su enfermedad. Explicar al paciente proceso de su enfermedad y 	<p>Paciente acepto positivamente a seguir con tratamiento.</p>

			<p>complicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluar al paciente la capacidad de tomar decisiones.• Alentar al paciente a continuar con su tratamiento hasta finalizar.• Explicar la importancia de su tratamiento.	
--	--	--	---	--

EJECUCIÓN

La ejecución de las actividades planteadas, dadas en el plan de cuidados, fueron posibles de realizar gracias a la ayuda del personal de enfermería quien en todo momento me brindaron su apoyo y colaboración para cumplir con los objetivos propuestos, haciendo posible la satisfacción de las necesidades más apremiantes.

EVALUACIÓN:

DE ESTRUCTURA:

Se pudo contar con los materiales necesarios para la realización de la evaluación de la paciente y satisfacción de sus necesidades en el lugar y tiempo específico.

DE PROCESO:

Se logró realizar los diagnósticos de enfermería en la Usuaría a través de la valoración de los patrones funcionales y del examen físico; buscando a través de ellos y/o brindando la atención oportuna y necesaria del usuario.

DE RESULTADO:

Se logró cumplir con la mayoría de los objetivos propuestos.

III. CONCLUSIONES

1. Una de las conclusiones del tumor a nivel del cuello uterino se ha convertido en un problema de salud pública que ha existido hace tiempos atrás , es un mal de los países pobres ya que no es deficiente atención médica debido a la economía, en el Perú es el primer cáncer que las mujeres deben enfrentar.
2. Debemos recordar que para realizar este trabajo iniciamos con una situación problemático, en siguiente con los diagnósticos de enfermería planteados, para poder lograr cumplir el plan de cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de útero.
3. Las licenciadas de enfermería son la primera de tener el primer contacto con los pacientes y familiares, por lo tanto, deben orientarlo de la mejor manera para que estos continúen con su tratamiento. El Rol de la familia en conjunto con el equipo de salud son de gran influencia para la pronta recuperación del paciente.
4. En la realización de este proceso de atención de enfermería en una paciente con cáncer al útero, nos permite actuar como profesional de la salud, de manera holística humanizada a través de conocimientos y actitudes, más aun si trabajamos con un paciente oncológico que requiere de un cuidado especial.

IV. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la Jefatura de Enfermería que labora en el servicio de hospitalización de la Clínica brindar un cuidado de calidad y calidez hacia el paciente y sus familiares, donde deben ser informados de la enfermedad, tratamiento, procedimientos y cuidados que se le brinda al paciente para obtener el apoyo emocional.
2. La ejecución de este trabajo académico sirva al personal de enfermería de la Clínica para realizar guías de intervención de enfermería estandarizada y actualizada acorde a la especialidad del paciente oncológico gestionando el cuidado y garantizar la seguridad del paciente.
3. Se recomienda a la Jefatura de enfermería de la Clínica continuar con nuevos estudios de investigación en diferentes diagnósticos oncológicos.
4. Todo el personal de enfermería debe siempre capacitarse, para mantener una calidad de atención y una pronta recuperación y satisfacción en nuestros pacientes de la Clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. El cáncer del cuello uterino [Internet]. Estados Unidos. Instituto nacional de Cáncer. [citado el 03 de febrero del 2019]. Disponible desde: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/paciente/tratamiento-cuello-uterino-pdq>
2. ¿Qué es el cáncer del cuello uterino [Internet]. Estados Unidos. American Cancer Society. [Citado el 03 de febrero del 2019]. Disponible desde: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>
3. Beramendi J. Cáncer cérvico uterino en mujeres de edad fértil del Centro de Salud la Libertad. [Tesis para optar el grado de licenciada en enfermería]. Huancayo. Universidad Peruana Los Andes;2017.
4. Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas. Cáncer del cuello uterino.[diapositivas]. Lima: Perú; 2011. 48 diapositivas.
5. Cáncer cuello uterino [guía de práctica clínica] Perú: Seguro social del Perú. 2011.
6. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Aldea M, Serrano B, Valencia S, Brotans M, Mena M, Cosano R, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S, Castellsagué X. ICO Information Centre on HPV and cáncer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Perú. Summary Report 2016-02- 26. Data Accessed September 2016.
7. Registro de cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010-2012, Volumen 5. Lima 2016.

8. Holowaty P, Miller AB, Rohan T, et al.: Natural history of dysplasia of the uterine cervix. J Natl Cancer Inst 91 (3): 252-8, 1999.
9. Mcmeekin. M. Oncología Ginecológica Clínica. Colombia: Medellín 2008
10. Quimioterapia para cáncer de cuello uterino [Internet]. Estados Unidos. American Cancer Society. [Citado el 05 de febrero del 2019]. Disponible desde: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/quimioterapia.html>
11. Otto. S. Enfermería oncológica. Madrid: Barcelona: 1997.
12. Vázquez J. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de obstrucción intestinal. Medicine 2004; 9 (6): 421-6.
13. Santiago A. Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería en pacientes terminales. [Tesis para optar el grado de licenciada en enfermería]. España. Universidad de Valladolid; 2016.
14. Araya C. Cuidados Psicoemocionales del paciente oncológico. [Tesis para optar el grado de licenciada en enfermería]. Argentina. Universidad Nacional de Cuyo; 2017.
15. Delgado V A, Álvarez RJ, Aliaga GR. Calidad Jiménez M. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. Revista mexicana de Enfermería cardiológica. 2003; (2): 58–65 páginas.
16. Pérez Hernández F. Filosofía y Ciencia de enfermería vinculada al proceso formativo de sus recursos humanos. Gaceta Médica Espirituana (Brasil). 2011:9 (2).

- 17.** La importancia del cuidado de enfermería holística: una preocupación verdadera por el paciente. Costa Rica. Serproen. [citado el 10 de Febrero del 2019]. Disponible desde: <http://www.serproen.cl/2016/09/12/la-importancia-del-cuidado-enfermeria-holistica-una-preocupacion-verdadera-paciente/>
- 18.** Watson J. Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing. New York: National League of Nursing, 1988.p. 158.