



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE  
HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

Metodología de Intervención de Enfermería aplicado a un caso clínico  
de Cáncer Cervicouterino III

PROCESO DE ENFERMERIA

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

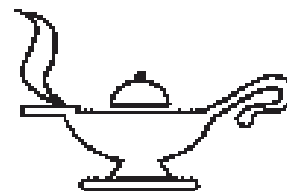
PRESENTA:

P.L.E. GEORGINA HUERTA OCHOA.

ASESORA:

L.E. ELVA ROSA VALTIERRA OBA

Morelia Mich. Febrero 2009



DIRECTIVOS

---

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

DIRECTORA DE LA FACULTAD

---

L.E. MA. DE JESUS RUIZ RECENDIZ

SECRETARIA ACADEMICA

---

L.E. ANA CELIA ANGUIANO MORAN

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

INTEGRANTES DEL JURADO

---

L.E. ELVA ROSA VALTIERRA OBA

PRESIDENTE

---

L.E.Q. BRENDA MARTINEZ AVILA

VOCAL 1

---

L.A.E.JULIO CESAR LEYVA RUIZ

VOCAL 2

## DEDICATORIA

Con admiración y respeto para quienes día a día me impulsaron a superarme, por el apoyo incondicional que me han brindado y sobre todo por convertirme en una profesionalista.

A MIS PAPAS: Héctor Huerta y Ana Luz Ochoa.

A MIS HERMANOS: Erandi y Héctor.

Si la educación es la más preciada riqueza  
Ustedes han hecho de mí un ser privilegiado  
Porque además de su ejemplo  
Me dieron la Confianza y me dejaron volar para lograr mis metas.  
Hoy todo eso se ha cristalizado  
Me siento orgullosa por haber llegado hasta donde estoy.  
Y que no es el final sino el principio de una vida profesional.

CON MUCHO CARIÑO Y AMOR LES DEDICO HOY MI TRIUNFO

GRACIAS....

## AGRADECIMIENTOS

### A DIOS

Por darme paz y serenidad en los momentos más difíciles, por ser mi compañero en lugares solitarios y mi respaldo en situaciones complicadas, por darme la oportunidad de existir y más aun por marcar la enfermería en mi camino, de la cual hoy orgullosamente me voy a recibir. GRACIAS.

### A MIS PADRES

PADRE: Héctor Huerta Godoy

MADRE: Ana Luz Ochoa Buenrostro.

Por haberme dado el don de vivir y haberme guiado por el buen camino, inculcando grandes principios y haberme aconsejado de lo bueno y lo malo de la vida.

Por haberme levantado cuando creí estar derrotada, dándome sus manos para poder seguir siempre adelante. Por el sacrificio tan grande que hicieron por mí. Pero sobre todo les doy las “gracias” por haberme heredado el tesoro más grande del mundo una carrera profesional.

### A MIS HERMANOS

Erandi y Héctor les doy las gracias por ser mis hermanos, por haber mantenido su esperanza en mí, por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas, por su amor y respeto a ustedes les dedico este proceso los quiero mucho y espero ser un buen ejemplo para ustedes.

### A TI JESUS

Mi gran amor por ser un gran apoyo para mí durante mi carrera, por ser más que un compañero una inspiración, un motivo más en mi vida; una luz en un largo camino oscuro, por compartir este episodio de mi vida. T.Q.M.

### A MI ASESORA

Un especial agradecimiento ya que ella me dedico tiempo, esfuerzo y dedicación para que pudiera realizar este proceso. Mil "GRACIAS" por todo.

### A MIS AMIGAS

Gracias por que con sus impulsos, consejos y compañía forjamos un buen camino en la vida, esos días de desvelo han dado fruto, esos días de preocupación por el examen terminaron ahora vienen otros distintos pero donde quiera que estén espero estemos juntas. Gracias por su amistad.

### A MIS MAESTROS

Gracias por brindarme esa sabiduría y habilidad de la enfermería, ustedes son los pioneros de nuevas generaciones y mil gracias porque yo no pude haber tenido mejores profesores.

## Índice

1. Introducción	-----	8
2. Justificación	-----	10
3. Objetivos	-----	11
3.1 Objetivo General	-----	11
3.2 Objetivos Específicos	-----	11
4. Metodología	-----	12
5. Marco Teórico	-----	13
5.1 Necesidades Básicas de Virginia Henderson	-----	14
5.2 Conceptos Básicos del Metaparadigma de V. Henderson	-----	17
5.3 Proceso Enfermero	-----	18
5.4 Fases del Proceso Enfermero	-----	20
6. Cáncer	-----	30
7. Cáncer Cervicouterino	-----	35
7.1 Clasificación del CACU	-----	35
7.2 Etapas	-----	36
7.3 Factores de Riesgo	-----	38
7.4 Síntomas	-----	39
7.5 Detección	-----	40
7.6 Tratamiento	-----	41
8. Aplicación del Proceso de Enfermería	-----	43
8.1 Caso Clínico	-----	43
8.2 Valoración por Necesidades	-----	45
8.3 Diagnósticos de Enfermería	-----	51
9. Conclusiones	-----	64
10. Sugerencias	-----	65
11. Referencias Bibliográficas	-----	66
12. Anexos	-----	69

## 1. Introducción

El proceso de enfermería es el método por medio del cual se aplican los sistemas teóricos de Enfermería en la práctica; proporciona una base sólida para cubrir las necesidades individualizadas del cliente, de la familia y la comunidad.

El proceso está organizado en 5 etapas:

Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación

Esta metodología exige en el profesional el desarrollo de habilidades y destrezas cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, evaluar e interactuar con otros. El proceso de enfermería requiere de una actividad continua y especializada en la atención de la persona, ya que trata de mejorar la respuesta humana. Es una herramienta fundamental en la práctica asistida de enfermería ya que genera como respuesta un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada paciente.

Para el desarrollo del presente proceso se tomo como referencia la filosofía de Virginia Henderson, esta teorista considera a la enfermería en términos funcionales, afirma que: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciendo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible”<sup>1</sup>, considera que a medida que cambian las necesidades del paciente también cambia la definición de enfermería.

---

<sup>1</sup> GRIFFIT JW, CHRISTENSEN PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías guías y modelos. México: El manual moderno; 1996 Pág. 6



El objetivo de la intervención de enfermería es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través de un plan de cuidados. Henderson consideró que la función de ayuda al individuo en la búsqueda de su independencia en el menor tiempo posible es lo que constituye el trabajo que la enfermera inicia y controla, en el que la enfermera es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, éstas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello.

Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente. Cuando hay alteraciones en la satisfacción de las necesidades básicas surgen los llamados problemas de enfermería, para cuya resolución se ejecuta el plan de intervención.

El caso clínico que se aborda en el presente trabajo corresponde a una joven de 21 años con cáncer Cérvico-uterino (CACU) definido éste como un cambio en las células que cubren la pared del cuello uterino (la parte inferior de la matriz que va del útero a la vagina o canal de parto) estas células inicialmente son normales y gradualmente se convierten en precancerosas manifestándose como lesiones en la pared del útero.

Se considera que las actuaciones de la enfermera con los pacientes de CACU tienen que ver con tres aspectos básicos, a saber: La información y conocimiento de la enfermedad, la aceptación de la misma y del tratamiento que corresponda y finalmente lo referente a los cuidados paliativos.

Otras actividades de suma importancia son aquellas de prevención, la promoción de salud, la educación sanitaria y la detección oportuna de CACU.

## 2. Justificación

La aplicación del Proceso Enfermero es una meta por la diversidad de factores que caracterizan la formación y practica de la carrera de enfermería, el profesional día a día se enfrenta a numerosos retos, mismo que se tienen que asumir en condiciones laborales muy distintas, pero todo va encausado a lograr el bienestar del paciente y a la prestación del servicio con calidad aplicando una metodología.

En México el cáncer cérvico uterino (CaCu) ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos primero en mortalidad, relacionada con las neoplasias malignas en la población en general. En la población femenina, el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad.

En los países con programas de detección masiva adecuados a través del estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la mortalidad por cáncer cérvico uterino, atribuible a la detección de lesiones precursoras y preinvasoras, para las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo social y de servicios de salud. Debido a la magnitud que muestra el cáncer cérvico uterino en nuestro país, se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia<sup>2</sup>.

Considerando la importancia del padecimiento se justifica la realización del presente proceso enfermero.

---

<sup>2</sup> Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Consultado en: [http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/NOM-014-SSA2\\_31\\_de\\_mayo\\_2007-2.pdf](http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/NOM-014-SSA2_31_de_mayo_2007-2.pdf)

### 3. Objetivos

#### 3.1 Objetivos Generales

- ✓ El pasante de Licenciatura en Enfermería aplicará de forma práctica la metodología de enfermería considerando sus cinco fases.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Generar un ambiente de empatía y confianza para establecer una relación eficaz con la paciente.
- ✓
- ✓ Realizar una valoración integral y relacionada al modelo de V. Henderson aplicado a una paciente con cáncer cérvico uterino
- ✓
- ✓ Enunciar y sentar por escrito los diagnósticos correspondientes a los problemas de enfermería detectados
- ✓
- ✓ Generar propuestas o sugerencias de acuerdo al resultado obtenido de la metodología de intervención de Enfermería

## 4. Metodología

Este proceso se conformo de acuerdo a las 5 fases conocidas, atendiendo cada una de ellas de forma sistemática; dentro del marco referencial se consideró el modelo de Virginia Henderson y las 14 necesidades del ser humano; para la enunciación de los diagnósticos correspondientes se utilizó la clasificación del manual de Carpenito.<sup>3</sup>

Se llevó a cabo una investigación bibliográfica para conformar el marco teórico que da sustento al presente trabajo.

Para la recopilación de datos en la etapa de valoración se utilizó un formato que sigue el orden de las 14 necesidades descritas por V. Henderson y que contiene preguntas guiadas para obtener la información correspondiente en relación con la satisfacción y logro de cada una de ellas, para ello se realizaron entrevistas personales tanto con la paciente, como con su madre y una hermana.

La planeación, ejecución y evaluación se realizó en base a un cronograma de actividades.

---

<sup>3</sup> CARPENITO LJ. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Mc Graw – Hill, Interamericana; Madrid. 1996)

## 5. Marco Teórico

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanentemente como sujeto de atención.

La sociedad le da a la profesión un reconocimiento, le demanda un trabajo específico y le otorga la autonomía para poder realizarlo. Esta decide que hacer como hacerlo y quien debe hacerlo.

A partir de la segunda Guerra Mundial nacieron las teorías de enfermería; una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe explica o predice las interrelaciones entre conceptos; y está sujeta a comprobación.

Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y son el funcionamiento para la aplicación de proceso científico. Brindan autonomía profesional por que orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina.

Cada teoría proporciona los criterios para dirigir la valoración. La organización y el análisis de los datos: La elaboración de diagnóstico, la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería.

En este caso se considera la filosofía de **Virginia Henderson**, quien define a la enfermera en términos funcionales como: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, hace esta de tal forma que le ayuden a ser independiente lo antes posible.”<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> ATIKINSON L, MURRAY ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2da Edición. El manual moderno; México D.F. 1999 Pág. 123 – 128

Algunos de los conceptos más destacados descritos por Henderson son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “Los cuidados enfermeros” esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 primeras están relacionadas con la fisiología, de la octava y novena relacionadas con la seguridad, la décima relacionada con la propia estima. La onceava relacionada con la pertenencia y desde la doceava a la catorceava relacionada con la auto-actualización.

#### **5.1 Las Necesidades Básicas según V. Henderson son:**

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesiones a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus principios, valores y creencias.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Partiendo de las necesidades humanas básicas, V. Henderson identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacer a causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo de vida, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos y sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando se encuentra con el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falla en la persona, una o mas necesidades no se satisfacen por lo cual surgen los problemas de salud (dependientes). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar a suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Estas situaciones de la dependencia pueden aparecer por causa de tipo físico, psicológico, sociológico, relacionado a una falta de conocimiento.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

**PERMANENTES:** Edad, sexo, estado civil, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física etc.

VARIABLES: Estados patológicos.

- ✓ Falta aguda de oxígeno.
- ✓ Conmoción (Inclusive el colapso y las hemorragias)
- ✓ Estado de inconsciencia (Desmayos, comas, delirios).
- ✓ Exposición al frío o calor que produzca temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- ✓ Estados febriles agudos dedicados a toda causa.
- ✓ Una enfermedad transmisible.
- ✓ Estado preoperatorio.
- ✓ Inmovilización por enfermedad o prescrita como Tratamiento, dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades de las enfermeras(os) realizan para suplir y ayudar ala paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería.<sup>5</sup>

Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervenciones: Como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando allí la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel mas practico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas.

---

<sup>5</sup> SHOLTIS BRUNNER, Lillians, SMITH SUDDARM, Doris. Manual de Enfermería. ED. Mc Graw – Hill, Interamericana. México. 1991



## 5.2 Definiciones de los cuatro conceptos básicas del Metaparadigma de Enfermería según V. Henderson:

### ENFERMERIA

Henderson define la enfermería como la ayuda principal del sujeto sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila, y que esta pueda realizarse sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad y el conocimiento necesario. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

### PERSONA

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal física y mental, que esta constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como unidad.

Tanto el individuo sano o enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseo, conocimientos para alcanzar las actividades necesarias para una vida sana.

### ENTORNO

Incluye relaciones con la propia familia así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

## SALUD

La calidad de la salud, mas que la vida en si misma, es ese gran margen de vigor físico y mental, lo que le permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial mas alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia.<sup>6</sup>

Existen varias teorías y modelos, que independientemente de cuál sea el marco teórico que sustente los cuidados que otorga el profesional de enfermería, existe un método que permite la aprobación del quehacer de la enfermera (o) y que poco a poco ha ido ampliando sus horizontes de forma completa, el llamado proceso enfermero, que en sí mismo constituye la metodología de intervención de enfermería científicamente respaldado y que a continuación se analiza.

## Proceso de atención Enfermería

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera que permite prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

## Importancia del proceso de Enfermería

El PAE como instrumento en la practica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: Individuo familia o comunidad.

Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

---

<sup>6</sup> GRIFFIT JW, CHRISTENSEN PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías guías y modelos. México: El manual moderno; 1996 Pág. 6

### Objetivos principales del Proceso de Enfermería

- Construir una estructura que pueda cubrir las metas, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

En 1955 Hall creó el término de proceso de atención de enfermería, Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Wiendenback en 1963, fueron las primeras que utilizaron para referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería. Desde entonces varias enfermeras han descrito el proceso de enfermería y han organizado las fases en distintas maneras. El proceso antes descrito con sus 5 fases es aceptada en la actualidad por la mayoría de los expertos.

### Ventajas

Al paciente le permite participar en su propio cuidado. Le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la prioridad de sus problemas.

Al profesional, le facilita la comunicación; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional, y sobre todo proporciona información para la investigación.

### Características

- ✓ Tiene una finalidad: Se dirige a un objeto.
- ✓ Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- ✓ Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

- ✓ Es interactivo: Basado en las relaciones reciprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- ✓ Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermera en cualquier lugar o área especializada que trate con individuo.

## 5.4 Fases

El proceso se organiza en 5 fases clínicas interrelacionadas y progresivas:

- ✚ Valoración
- ✚ Diagnósticos de Enfermería
- ✚ Planeación
- ✚ Ejecución – Intervenciones
- ✚ Evaluación

### Valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería, consiste en recoger, organizar y registrar los datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes.

PROPOSITO: Crear una base de datos sobre las respuestas del paciente relativas a la salud o enfermedad y las posibilidades de controlar necesidades de salud.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales o de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

## Componentes

- ✓ Recolección de la información
- ✓ Organización de datos
- ✓ Validación de datos
- ✓ Registro de información

## Recolección de la Información

Da inicio desde el primer encuentro con el paciente, por lo que es importante aprovechar cada momento con el usuario y la familia para recolectar datos que nos permita conocerlos.

Para obtener información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas.

**FUENTES DIRECTAS:** El paciente y la familia que constituyen la principal fuente de información.

**FUENTES SECUNDARIAS:** Amigos, profesionales.

**FUENTES INDIRECTAS:** Son expediente clínico y la bibliografía relevante.

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y el examen físico, ambas complementan y clarifican mutuamente en consecuencia se puede realizar simultáneamente.

## Organización de Datos

Validación de los mismos e identificación de las alteraciones.

Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud reales, potenciales o posibles.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas.

Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad. Un dato es una información correcta, que se obtiene del paciente referido a su estado de salud, a las respuestas del paciente como consecuencias de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas y el estado actual de las capacidades.

### Tipos de Datos

**DATOS OBJETIVOS:** Son aquellos que se pueden medir por cualquier escala, son observables y mesurables por lo tanto delatan una información concreta. (Ejemplo: Su color de piel, edema, peso entre otras).

**DATOS SUBJETIVOS:** No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice siente o percibe. Estos datos se obtienen durante la anamnesis de enfermería e incluyen las percepciones, sentimientos e ideas del paciente sobre si misma y sobre el estado de salud del personal.

**DATOS HISTORICOS O ANTECEDENTES:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente o comprende hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas, patrones y pautas de comportamiento que nos ayuda a referenciar los hechos en el tiempo.

**DATOS ACTUALES:** Los que refiere el paciente como datos del momento del presente.

## Validación de la Información

Una vez reunida la información del paciente, esta tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar el problema.

## Registro de la Información

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico, los objetivos que persigue la información son favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la presentación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, forma un registro legal permanente y ser base para la investigación de enfermería.

## Diagnostico

Es la segunda fase del proceso de enfermería, etapa crucial en que la enfermera interpreta los datos de la valoración e identifica los factores favorables con los que cuenta el paciente, y los problemas que pueden resolverse mediante intervenciones de enfermería.

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud procesos reales potenciales. Proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería para conseguir los objetivos de los que es responsable la enfermera (o).

Los diagnósticos se clasifican en reales, de riesgo y de salud presentando cada uno de ellos unas características diferenciales.

## Diagnostico Real

Describe la respuesta de un paciente aun problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.

Para escribirlos se aconseja un formato de entre partes:

Problema + Factor relacionado (causa) + Datos objetivos y subjetivos.

## Diagnostico de Riesgo

Juicio clínico de un paciente es más vulnerable a un determinado problema de salud que otro en situación igual o parecida.

En este caso se escribirá solo con dos partes:

Problema + Factor de riesgo (causa) dado que no existen las características definitorias del problema (datos objetivos y subjetivos) que de haberlos, convertirían el problema en real.

## Diagnostico Probable

Es aquel en le que las pruebas de que existe un problema de salud no esta clara o se desconocen los factores causales. Un diagnostico posible requiere mas datos ya sea para corroborarlos o para reestructurarlos.

## Diagnostico de Bienestar

Juicio clínico respecto a una persona grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: Deseo de un mayor nivel de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados.



Podemos añadir un quinto tipo:

### Diagnostico de Síndrome

Comprende un tipo de diagnostico de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada. Los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciado de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnostico contenido en la denominación diagnostica.

### Planeación

La tercera fase del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir la etapa que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnostico.

PROPOSITO: Para elaborar un plan de cuidados individualizados que especifique los resultados objetivos esperados del paciente y las intervenciones propias de enfermería.

### Etapas en el plan de Cuidados:

Establecer los periodos: Es el proceso por el que se determina un orden de preferencias para las estrategias de enfermería.

Establecer objetivos del paciente y los criterios de resultados. La enfermera establece los objetivos para cada diagnostico y resolver el problema especifico.

Selección de estrategias de enfermería: Las estrategias o intervenciones son actividades de enfermería que están relacionadas con un diagnóstico enfermero ya que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las estrategias que se eligen deben de concentrarse en eliminar o reducir la etiología (causa) del diagnóstico enfermero que es la segunda parte de su enunciado.

Desarrollo de los planes de enfermería: Es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados de un paciente como un todo. Comprende las acciones que deben emprender las enfermeras y para atender a los objetivos marcados.

## Ejecución

Es la cuarta fase del proceso de enfermería, en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería, continua corrigiendo datos y registra los cuidados proporcionados.

PROPOSITO: Ayudar al paciente a cumplir los objetivos/resultados deseados; promover la salud y el bienestar, prevenir las alteraciones/enfermedades; y ayudarle a afrontar los problemas de salud.

En el proceso de enfermería la ejecución es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería.

La enfermera realiza las órdenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planeación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y la respuesta de los pacientes.

El grado de participación depende del estado de salud del paciente, por ejemplo, un hombre inconsciente no es capaz de participar en sus cuidados, por consiguiente requiere que se le proporcionen tales cuidados.

## Proceso de Ejecución

### INCLUYE:

- Una nueva valoración del paciente.
- Determinar la necesidad de los cuidados de enfermería.
- Ejecutar las estrategias de enfermería.
- Comunicar las acciones de enfermería

## DIRECTRICES PARA LA EJECUCION DE ESTRATEGIAS DE ENFERMERIA

- ✓ Las actuaciones de enfermería deben basarse en conocimiento científico, en la investigación de enfermería y en las directrices profesionales de cuidados.
- ✓ Las enfermeras deben comprender claramente las ordenes que se van a ejecutar o cuestionar cualquiera que no se extienda.
- ✓ Las actuaciones de enfermería deben adaptarse a cada paciente.
- ✓ Las actuaciones de enfermería deben ser siempre seguras.
- ✓ Las actuaciones de enfermería deben ser holísticas.
- ✓ Las actuaciones de enfermería deben respetar la dignidad.
- ✓ Se debe animar a los clientes para que participen activamente en la ejecución de las actuaciones de enfermería.<sup>7</sup>

## Evaluación

La quinta y última fase es la evaluación. Es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería.

---

<sup>7</sup> TOMEY – MARRINER ANN; Modelos y Teorías en Enfermería; 3ra Edición. Ed. Mosby, 1994  
Pág. 105 - 110

Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados.

PROPOSITO: Determina la importancia de los objetivos y resultados obtenidos valorando si se continua, se modifica, o si se finaliza el plan de cuidados.

En este contexto la evaluación es una actividad planeada; continua o con objetivos en la que el paciente determina:

- ✓ El progreso del paciente referido a la consecución de objetivos.
- ✓ La eficacia del plan de cuidados de enfermería, ya que las conclusiones obtenidas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben suspenderse o no.

La evaluación intermitente, realiza a intervalos determinados muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo y permite a la enfermera corregir cualquier deficiencia, así como modificar el plan de cuidados en función de las necesidades, esta se mantiene continua o intermitente hasta alcanzar los objetivos de salud o ser dado de alta.

La evaluación final indica el estado del paciente en el momento de ser dado de alta; incluye la consecución de objetivos y evaluación de la capacidad del paciente para cuidarse con respecto a la atención de seguimiento.

Mediante evaluación las enfermeras aceptan responsabilidades de sus acciones, muestra interés en los resultados de las acciones, muestran interés en los resultados de las acciones de enfermería y demuestran el deseo de no perpetuar acciones ineficaces, sino de adoptar otras más efectivas.<sup>8</sup>

La aplicación práctica del proceso enfermero requiere en un primer momento de realizar una investigación bibliográfica para preparar a quien se inicia en esta práctica de enfermería y dotarlo de la información necesaria para lograr el mejor provecho tanto del cliente como del personal sanitario que permita la satisfacción de las necesidades alteradas y garantice la prestación de cuidados con la calidad requerida.

El caso clínico que se presenta corresponde a una joven que padece cáncer cervicouterino grado III, a continuación se describe un resumen didáctico de la patología que permite sentar las bases bio-fisiológicas del caso para su mejor comprensión.

---

<sup>8</sup> LESLIE Y MARY. Proceso de Atención de Enfermería. 3ra Edición. Ed. Manual Moderno. México D.F. 1996. Pág. 128 – 131

## 6. Cáncer

Quizás sea una de las palabras más utilizada y que más asusta cuando se habla de salud y de su reverso, la enfermedad. La palabra cáncer es un término muy amplio que abarca más de 200 tipos de enfermedades (**tumores malignos**). Cada uno de ellos posee unas características particulares, que en algunos casos son completamente diferentes al resto de los otros cánceres, pudiendo considerarse enfermedades independientes, con sus causas, su evolución y su tratamiento específico.

Nuestro organismo está constituido por un conjunto de células, sólo visibles a través de un microscopio, que se dividen periódicamente y de forma regular con el fin de reemplazar a las ya envejecidas o muertas, y mantener así la integridad y el correcto funcionamiento de los distintos órganos.

El proceso de división de las células está regulado por una serie de mecanismos de control que indican a la célula cuando comenzar a dividirse y cuando permanecer estática. Cuando estos mecanismos de control se alteran en una célula, ésta y sus descendientes inician una división incontrolada, que con el tiempo dará lugar a un tumor o nódulo.

Cuando las células que constituyen dicho tumor no poseen la capacidad de invadir y destruir otros órganos, hablamos de tumores benignos. Pero cuando estas células además de crecer sin control sufren nuevas alteraciones y adquieren la facultad de invadir tejidos y órganos de alrededor (infiltración), y de trasladarse y proliferar en otras partes del organismo (metástasis), se denomina tumor maligno, que es a lo que llamamos cáncer. <sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> [w.cancer.org/doocroot/home/index](http://w.cancer.org/doocroot/home/index)

No en todos los cánceres aparece un nódulo. En las leucemias las células alteradas crecen e invaden la médula ósea (tejido que se encarga de la formación de las células de la sangre). Con el tiempo, las células salen al exterior e invaden la sangre y otros órganos.

No se puede comparar el proceso por el que pueden estar pasando dos personas que tienen un mismo diagnóstico de cáncer. Sus síntomas, tratamientos y evolución pueden ser totalmente diferentes.

La evolución de cada cáncer está sujeta a múltiples factores que van a interactuar entre sí. Estos factores varían dependiendo tanto del tumor como del paciente.

### **“NO EXISTEN ENFERMEDADES, SINO ENFERMOS”**

Las características de las células de un tumor maligno son:

1. Displasia: los mecanismos reguladores que mantienen el equilibrio de las células son incapaces de controlar su división, produciendo un cúmulo de células. Normalmente da lugar a un bulto o tumor.

2. Neoplasia: las células presentan variaciones en su forma, tamaño y función. Estas células dejan de actuar como deben y adquieren nuevas propiedades que configuran el carácter maligno (cáncer).

3. Capacidad de invasión: el cáncer puede extenderse por el organismo, utilizando para ello diferentes vías. Las más comunes son:

- ✓ La propagación local. Las células tumorales invaden los tejidos vecinos, infiltrándose en ellos.

- ✓ La propagación a distancia. Ocurre cuando algún grupo de células malignas se desprende del tumor original donde se generó para trasladarse a otros lugares del organismo. Fundamentalmente, se propagan por los vasos sanguíneos y linfáticos, para después desarrollar tumores malignos secundarios.

## Origen de la Enfermedad

El cáncer se origina cuando las células normales se transforman en cancerígenas, es decir, adquieren la capacidad de multiplicarse descontroladamente e invadir tejidos y otros órganos. Este proceso se denomina carcinogénesis.

La carcinogénesis dura años y pasa por diferentes fases. Las sustancias responsables de producir esta transformación se llaman agentes carcinógenos. Un ejemplo de ellos son las radiaciones ultravioleta del sol, el asbesto o el virus del papiloma humano.

La primera fase comienza cuando estos agentes actúan sobre la célula alterando su material genético (mutación). Una primera mutación no es suficiente para que se genere un cáncer, pero es el inicio del proceso.

La condición indispensable es que la célula alterada sea capaz de dividirse. Como resultado, las células dañadas comienzan a multiplicarse a una velocidad ligeramente superior a la normal, transmitiendo a sus descendientes la mutación.

A esto se le llama fase de iniciación tumoral y las células involucradas en esta fase se llaman células iniciadas. La alteración producida es irreversible, pero insuficiente para desarrollar el cáncer.



Si sobre las células iniciadas actúan de nuevo y de forma repetida, los agentes carcinógenos, la multiplicación celular comienza a ser más rápida y la probabilidad de que se produzcan nuevas mutaciones aumenta. A esto se le llama fase de promoción y las células involucradas en esta fase se denominan células promocionadas. Actualmente conocemos muchos factores que actúan sobre esta fase, como el tabaco, la alimentación inadecuada, el alcohol, etc...<sup>10</sup>

Por último, las células iniciadas y promocionadas sufren nuevas mutaciones. Cada vez se hacen más anómalas en su crecimiento y comportamiento. Adquieren la capacidad de invasión, tanto a nivel local infiltrando los tejidos de alrededor, como a distancia, originando las metástasis. Es la fase de progresión.

Para que se produzca un cáncer es necesario que de forma acumulativa y continuada se produzcan alteraciones celulares durante un largo periodo de tiempo, generalmente años.

Como resultado las células están aumentadas en su número, presentan alteraciones de forma, tamaño y función y poseen la capacidad de invadir otras partes del organismo.

### Fases de la Enfermedad

El proceso que va desde que se producen las primeras mutaciones de las células hasta que la enfermedad llega a su etapa final se llama historia natural. La duración de este proceso en adultos depende del tipo de cáncer y oscila entre meses y décadas.<sup>11</sup>

En el caso de los niños, todo este proceso se produce con mucha mayor rapidez, pudiendo incluso durar sólo unos meses. Esto es debido a que las células que constituyen los tumores en la infancia son células más inmaduras, que se dividen y multiplican con mayor rapidez que las que constituyen los cánceres del adulto,

---

<sup>10</sup> HILEY E. Otto. Enfermería Oncológica Vol. I Ed. Harcourt. Oceano. 2000 Pág. 316

<sup>11</sup> <http://cancernet.nci.nih.gov>

por lo que el desarrollo y evolución de los tumores en niños se produce en un periodo de tiempo menor.

Lo primero que ocurre son los cambios celulares que dotan a las células de las características de malignidad, es decir, de multiplicación descontrolada y capacidad de invasión. Es la etapa más larga de la enfermedad y se denomina fase de inducción. En ningún caso es diagnosticable ni produce sintomatología. Esta fase puede durar hasta 30 años.

La segunda etapa se denomina fase "in situ". Se caracteriza por la existencia de la lesión cancerosa microscópica localizada en el tejido donde se ha originado. En los adultos suele durar entre 5 y 10 años dependiendo del tipo de cáncer. En ella, tampoco aparecen síntomas o molestias en el paciente. En determinados casos como en el cáncer de mama, cuello uterino o colon, la enfermedad se puede diagnosticar en esta fase mediante técnicas que permiten su detección precoz.

Posteriormente, la lesión comienza a extenderse fuera de su localización de origen e invade tejidos u órganos adyacentes. Estamos ante la fase de invasión local. En la edad adulta dura entre 1 y 5 años. La aparición de síntomas de la enfermedad depende del tipo de cáncer, de su crecimiento y de su localización.

Por último, la enfermedad se disemina fuera de su lugar de origen, apareciendo lesiones tumorales a distancia denominadas metástasis. Es la etapa de invasión a distancia. La sintomatología que presenta el paciente suele ser compleja. Depende del tipo de tumor, de la localización y extensión de las metástasis.

**El cáncer no es una enfermedad contagiosa.**

## 7. Cáncer Cervicouterino

Es una forma de cáncer en la cual se encuentran células cancerosas en los tejidos del cuello uterino y el útero. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento).<sup>12</sup>

El cáncer cervicouterino suele crecer lentamente por un período de tiempo. Antes de que se encuentre células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia). La prueba de Papanicolaou generalmente encuentra estas células. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes.

### 7.1 Clasificación del Cáncer Cerviouterino

Una vez detectado (diagnosticado) el cáncer cervicouterino, se harán más pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa de la enfermedad para planear el tratamiento adecuado.

### 7.2 Etapas del CACU

#### **Etapa 0 o carcinoma in situ**

El carcinoma in situ es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

---

<sup>12</sup> [http://www.emujeres.gob.mx/cancer\\_cervico\\_uterino.mx](http://www.emujeres.gob.mx/cancer_cervico_uterino.mx)

## Etapa I



El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

**Etapa IA:** Una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino.

**Etapa IB:** Una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino.

## Etapa II

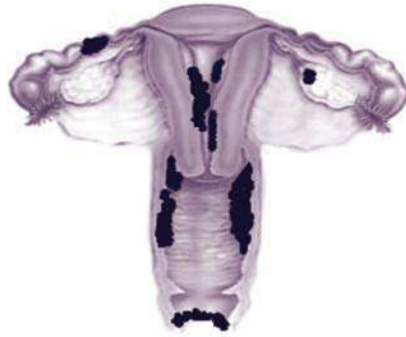


El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica.

**Etapa IIA:** El cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

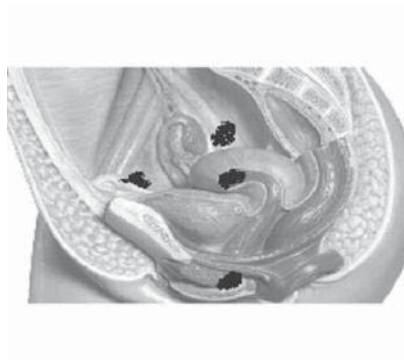
**Etapa IIB:** El cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

### Etapa III



El cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres).

### Etapa IV



El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

**Etapa IVA:** El cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino).

**Etapa IVB:** El cáncer se ha diseminado a órganos dístales como los pulmones.

### Recurrente

La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto (reaparecido) después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar. <sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> <http://cancernet.nci.nih.gov>.

### 7.3 Factores de Riesgo

Hay indicios que sugieren que hay mayor riesgo de cáncer cervical cuando el sistema inmunológico de las mujeres no funciona bien. De ahí que las mujeres que son VIH positivo o que tienen SIDA presenten más altos índices de cáncer cervical.

Otros factores de riesgo posibles incluyen los siguientes:

- Tener muchos partos.
- Tener múltiples parejas sexuales.
- Mantener la primera relación sexual a una edad temprana.
- Fumar cigarrillos.
- Uso de anticonceptivos orales ("la píldora").
- Mujeres que no se realicen periódicamente la prueba del Papanicolaou.
- Las mujeres que han sido infectadas por el VPH en algún momento de su vida. <sup>14</sup>

### 7.4 Síntomas

El CACU tal vez no produzca signos o síntomas perceptibles. El dolor no se presenta como un síntoma de cáncer cervical sino hasta que éste ha avanzado al punto de ser invasivo.

Estos y otros síntomas pueden ser producidos por el cáncer del cuello uterino.

Existe la posibilidad de que otras enfermedades ocasionen los mismos síntomas.

---

<sup>14</sup> <http://todocancer.gob/especial>.

Debe consultarse a un médico ante la aparición de cualquiera de los siguientes problemas:

- Sangrado vaginal.
- Flujo vaginal inusual.
- Dolor pélvico.
- Dolor durante las relaciones sexuales.
- Irregularidad en los ciclos menstruales, cuando se han manifestado siempre de forma normal.
- Baja de peso.
- Inflamación de los ganglios.
- Malestar general.<sup>15</sup>

## 7.5 Detección

Por lo general, el cáncer del cuello uterino se puede detectar en sus primeras etapas mediante pruebas de Papanicolaou regulares. Debido a que las pruebas de Papanicolaou son más comunes, las lesiones preinvasivas (precánceres) de la cérvix son detectadas con mucha más frecuencia que el cáncer invasivo.

La detección en las primeras etapas mejora mucho las probabilidades de un tratamiento exitoso.

Pueden utilizarse los siguientes procedimientos:

**Prueba de Papanicolaou:** Procedimiento mediante el cual se toman muestras de células procedentes de la superficie del cuello uterino y la vagina. Se utiliza un trozo de algodón, un cepillo o una paleta de madera para raspar suavemente las células del cuello uterino y la vagina. Las células son examinadas bajo un microscopio para determinar si estas son anormales. Este procedimiento también se le conoce como la prueba Pap.

---

<sup>15</sup> TUCKER. Norma del Cuidado del Paciente. Ed. Harcourt / Oceano, Ed. 6ta. 1998 Pág. 1147

**Colposcopia:** Procedimiento mediante el cual se examina el interior de la vagina y cuello uterino para tratar de identificar alguna anomalía, mediante la introducción de un colposcopio (un tubo delgado e iluminado). Durante este procedimiento se puede extraer muestras de tejido para una biopsia.

**Biopsia:** Si las células anormales se detectan en una prueba de Papanicolaou, entonces se puede realizar una biopsia. Una muestra de tejido se corta del cuello uterino con el fin de que un patólogo la observe en el microscopio y determine si hay presencia de signos de cáncer.

**Examen pélvico:** Examen de la vagina, cuello uterino, útero, trompas de Falopio, ovarios y recto. Se introduce uno o dos dedos en la vagina mientras que con la otra mano ejerce una ligera presión sobre el abdomen para palpar el tamaño, forma y posición del útero y los ovarios. También se introduce un espéculo en la vagina para que se pueda examinar visualmente la vagina y cuello uterino y detectar cualquier señal de enfermedad. Generalmente se lleva a cabo una prueba o frotis de Papanicolaou. Se introduce un dedo enguantado y lubricado en el recto tratando de detectar la presencia de nódulo o cualquier otra anomalía.

**Legrado endocervical:** Procedimiento mediante el cual se extraen células o tejidos del canal del cuello uterino mediante el uso de una legra (instrumento en forma de cuchara). Se puede extraer muestras de tejido para una biopsia. Algunas veces este procedimiento se lleva a cabo a la misma vez que la colposcopia.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> MOSBY; Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. II 3ra Edición. Bcare- Miyeres. 1999 Pág. 1895



## 7.6 Tratamiento

Existen tratamientos para todas las pacientes con cáncer cervicouterino. Se emplea tres clases de tratamiento:

- ✓ Cirugía (extracción del cáncer en una operación).
- ✓ Radioterapia (uso de rayos X de alta energía u otros rayos de alta energía para eliminar las células cancerosas).
- ✓ Quimioterapia (uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas).

Se puede emplear uno de varios tipos de cirugía disponibles para el carcinoma in situ con el fin de destruir el tejido canceroso:

La criocirugía consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.

La cirugía con rayo láser consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.

También puede usarse un rayo láser como cuchilla para extraer el tejido.

La histerectomía es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama salpingooforectomía bilateral.

La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones.)

Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, se puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama exenteración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.

La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía.

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> SHILEY E. Otto. Enfermería Oncológica Vol. I Ed. Harcourt. Oceano. 2000 Pág. 316-320

## 8. Aplicación del Proceso Enfermero

### 8.1 Caso Clínico

B F J P

Paciente femenina de 21 años de edad con Cáncer Cérvico Uterino, con tres años de evolución, actualmente sin tratamiento medico. Ella es originaria de Huetamo y residente de Morelia, Michoacán, manifiesta profesar la religión católica, estudió hasta primero de preparatoria, de tez morena clara, de complexión delgada, pelo castaño claro, observándose palidez de tegumentos, piel seca y deshidratada. Mide 1.54 mts. y pesa 46.100 Kg.

Sus signos vitales se encuentran dentro de los parámetros normales registrándose a la exploración física una TA 100/80 FC 68x' FR 20x' y temperatura corporal de 36.6, estos registros fueron tomados el 21 de Octubre 2008.

Su primera menstruación fue a los 13 años, iniciando su vida sexual activa a los 14 años con múltiples parejas. Su primer embarazo fue a los 16 años provocándose ella misma un aborto, su segundo embarazo fue a los 17 años y de igual forma abortó, refiere que "no se sentía preparada para ser madre" (SIC) en las 2 ocasiones se le practicaron legrados uterinos instrumentales, aparentemente sin complicaciones posteriores.

Actualmente vive con su madre y una hermana, ella es la mayor de la familia, refiere que "no la entienden, ni la escuchan" que no hay mucha comunicación entre ellas ya que la mayor parte del tiempo ella esta sola. La casa es de tipo urbano y cuenta con todos los servicios intradomiciliarios.

Dice que su alimentación es a base de frutas, verduras, carne, tortillas, pan leche y sus derivados aunque estos dos últimos solo se consumen en ocasiones, sin dejar de mencionar que todo esto lo consume en muy pocas cantidades ya que refiere no tener mucho apetito. No tiene problemas de masticación ni deglución. Solo realiza dos comidas al día y no tiene horario para hacerlas, tampoco lleva una dieta de acuerdo a su edad y estado de salud.

Refiere haber perdido alrededor de cinco kilos en los últimos 4 meses y no sabe por que, ella manifiesta que “por eso dejo el tratamiento por que perdía peso y no le gustaba el trato que le daban, además de sentirse peor después del mismo”.(sic) Bebe por lo regular de 2 o 3 vasos por día, aunque no es constante y manifiesta que prefiere tomar jugos. En relación a sus hábitos intestinales, evacua una vez al día refiere que las heces son de aspecto y consistencia normales. La frecuencia urinaria depende de la cantidad de líquidos que ingiera durante el día, su orina es de aspecto turbio, actualmente presenta dolor, ardor y hematuria en alguna ocasión. Ella dejo de menstruar de forma regular hace un año (2007) pero presenta dolor en el vientre ocasionalmente y secreción vaginal sanguinolenta con olor fétido.

No depende de nadie para desplazarse, ella aun realiza algunas actividades domesticas sin ayuda. Se baña todos los días, al medio día por que refiere que a esa hora no hace tanto frio, se cambia de ropa diario y lo hace de acuerdo a su comodidad. Su modo de andar el lento por que refiere al caminar le duele el vientre, manifiesta fatiga, cansancio y debilidad casi todo el día, sin ganas de salir a ningún lado, manifiesta apatía para recrearse y divertirse. Lo único que espera es poder recuperarse para ir a la escuela, terminar la prepa y después estudiar enfermería.

Suele dormir 5 a 6 horas diarias. Y por las tardes ocasionalmente se duerme no menos de una hora.

Refiere que hace 4 años la intervinieron quirúrgicamente de un ovario, la han hospitalizado en varias ocasiones en el Hospital de la Mujer de Morelia y en el H.R. # 31 de Huetamo.

Ha recibido 26 radioterapias y 5 quimioterapias le es muy difícil aceptar este tratamiento por lo que decidió ya no seguirlo por que refiere no sentir mejoría y después sentirse peor y sin ganas de nada.

## 8.2 Valoración por Necesidades

### 1. NECESIDAD DE OXIGENACION

La paciente presenta independencia en la satisfacción de esta necesidad manifestada por una FR 20 x min, FC 68 x min, TA 110/90 no presenta estertores, toxicomanías negadas.

Sin evidencia de alteración.

### 2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

La paciente presenta dependencia en la satisfacción de esta necesidad, manifestada por disminución de peso. Su peso actual es de 45 Kg, Blanca ha perdido 5 Kg en los últimos 4 meses, con una estatura de 1.54 mts.

Hace 2 comidas al día por que refiere no tener mucho apetito y no tiene horarios para hacerlas.

Toma muy poca agua, le gusta más el jugo. La piel se observa deshidratada y seca.

Con evidencia de alteración.

### 3. NECESIDAD DE ELIMINACION

Sus hábitos intestinales son 1 vez al día presentando heces de aspecto y consistencia normal. Su orina tiene un aspecto turbio, presentando ardor al orinar y con presencia de hematuria.

Blanca padece CACU diagnosticado desde hace tres años, refiere que dejo de menstruar de forma regular desde hace aproximadamente 1 año, actualmente (noviembre 2008) presenta dolor en el vientre, y manifiesta que presenta un sangrado vaginal escaso con olor fétido.

Con evidencia de alteración.

#### 4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

La paciente tiene una autonomía total para moverse, no necesita de nadie para desplazarse, aunque su modo de andar es lento por que refiere que al caminar le duele el vientre, no presenta limitaciones físicas.

Con evidencia de alteración.

#### 5. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESNUDARSE

Blanca no presenta ninguna dificultad para vestirse ya que lo hace por sí sola, su ropa es acorde a su edad, el clima y su comodidad, no tiene alergias a los diferentes tipos de fibras de la ropa, su aspecto es muy importante para ella.

Sin evidencia de alteración.

#### 6. NECESIDAD DE DORMIR Y REPOSAR

Suele dormir de 5 a 6 horas diarias por la noche. No le es difícil conciliar el sueño. Durante el día duerme no menos de una hora en algunas ocasiones.

Sin evidencia de alteración.

#### 7. NECESIDAD DE MANTENER UNA TEMPERATURA CORPORAL ADECUADA.

A la exploración mantiene una temperatura corporal axilar de 36.6. Refiere adaptarse a los cambios ambientales con facilidad pero menciona no le agrada el calor.

Sin evidencia de alteración.

#### 8. NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

El aspecto de su piel es seco y deshidratado. Su aspecto personal es limpio se baña todos los días, no necesita apoyo para asearse.

Con evidencia de alteración.

#### 9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Manifiesta su propia autonomía, esta orientada en tiempo y espacio. Es capaz de tener iniciativa propia para la realización de actividades. No presenta alergias ni toxicomanías.

Sin evidencia de alteración.

#### 10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD

Blanca es capaz de establecer una conversación fluida, su lenguaje es lento mostrando durante la entrevista un tono tranquilo. Vive con su madre y 1 hermana y la comunicación no es favorable ya que ella refiere no la entienden, la mayor parte del tiempo ella esta sola en casa. Actualmente no tiene pareja y dejo de tener relaciones sexuales desde que le diagnosticaron el CA.

Sin evidencia de alteración.

#### 11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Es de religión católica, asiste a misa cada 8 días a la catedral y solo le gusta la misa de 12:00.

Sin evidencia de alteración.

### 12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Blanca realiza las labores del hogar, su situación económica es de nivel medio, refiere que dejó de estudiar desde que le diagnosticaron el CACU dejó de hacerlo por temor al rechazo de los demás al saber de su padecimiento. Al convivir con ella, observe que no la toman en cuenta para tomar decisiones de ningún tipo, la última palabra la tiene su madre. Espera recuperarse para poder terminar la escuela y hacer una carrera.

Con evidencia de alteración.

### 13. NECESIDAD DE RECREARSE

Presenta pérdida de interés por las actividades recreativas, ya que la mayor parte del tiempo se encuentra en casa por que no le interesa salir.

Manifiesta apatía para recrearse y divertirse.

Con evidencia de alteración.

### 14. NECESIDAD DE APRENDER

Blanca muestra interés por cualquier tipo de información sobre todo referente a su enfermedad aunque presenta temor a la patología.

Manifiesta inquietud de aprender a vivir con una buena calidad de vida respecto a su enfermedad y espera recuperarse pronto para volver a la escuela ya que a ella le gustaría ser enfermera.

Sin evidencia de alteración.



**DATOS QUE DEMUESTRAN INDEPENDENCIA**

- ✚ Aparentemente todo alimento que consume lo tolera.
- ✚ No tiene problemas de masticación ni deglución.
- ✚ No depende de nadie para desplazarse.
- ✚ Manifiesta su propia autonomía, esta orientada.
- ✚ Duerme 5 a 6 horas diarias por la noche.
- ✚ Esta alfabetizada.
- ✚ Se baña y se cambia de ropa todos los días.
- ✚ Se viste y desviste por si sola.

**DATOS QUE DEMUESTRAN DEPENDENCIA**

- ✚ Casi no toma agua.
- ✚ Presenta dolor y ardor al orinar.
- ✚ A su exploración presenta piel seca y deshidratada.
- ✚ Come dos veces al día sin horario alguno.
- ✚ No lleva una dieta de acuerdo a su patología.
- ✚ Ha perdido 5 Kg en los últimos 4 meses.
- ✚ La comunicación entre ella y su familia no es eficaz.
- ✚ No la toman en cuenta para la toma de decisiones.
- ✚ Manifiesta apatía para recrearse y divertirse.
- ✚ No quiere seguir su Tratamiento por que no le gustan los efectos secundarios.
- ✚ Presenta dolor en el vientre al caminar.

## Jerarquización de datos significativos.

OBJETIVOS REALES DEL PACIENTE	NECESIDAD	DIAGNOSTICO
Manifiesta verbalmente dolor, ardor y hematuria al orinar.	Eliminación	Déficit del volumen de líquidos relacionado con la disminución de la ingesta de líquidos manifestado verbalmente por dolor y ardor al orinar. (Pág. 235 Carpenito)
Manifiesta verbalmente no tener apetito y pérdida de peso.	Nutrición e Hidratación	Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la disminución del apetito manifestada por pérdida de peso. (Pág. 45 Carpenito)
El aspecto de su piel es seca y deshidratada	Higiene y Protección de la Piel	Deterioro de la integridad cutánea en relación con alteraciones del estado nutricional y de hidratación manifestado por piel seca. (Pág. 609 Carpenito)
Manifiesta miedo al rechazo de los demás por su enfermedad.	Trabajar y realizarse	Dx de Riesgo Riesgo de deterioro de la interacción social relacionado con el miedo al rechazo de los demás por su padecimiento manifestado verbalmente. (Pág. 500 Carpenito)
Manifiesta apatía por las actividades recreativas	Recreación	Déficit de las actividades recreativas relacionada por la falta de motivación manifestada por apatía. (Pág. 231 Carpenito)

### 8.3 DIAGNOSTICO 1

Déficit del volumen de líquidos relacionado con la disminución de la ingesta de líquidos manifestado verbalmente por dolor y ardor al orinar. (Carpenito Pág. 235)

#### OBJETIVOS

- ✓ Blanca manifestara la disminución del ardor al orinar.
- ✓ Aumentara la ingesta de líquidos paulatinamente.

#### INTERVENCIONES

- ✓ Explicarle a blanca las causas por la cuales ellas presenta dolor y ardor al orinar y la importancia que tiene el tomar agua para que esto disminuya.
- ✓ Valorar los factores causales del por que blanca no consume líquidos.
- ✓ Establecer con su familia un programa para que blanca aumente la ingesta de líquidos a un mínimo de 1500 ml por día.

#### ACCIONES

- ✓ A medida de lo posible apoyar a blanca para que consuma líquidos frecuentemente en pequeñas cantidades tomando como referencia una botella de 500 ml.
- ✓ Apoyar y orientar a la familia para que blanca tenga una jarra de agua en los lugares donde ella acostumbra pasar la mayor parte del tiempo.
- ✓ Proponerle la ingesta de diuréticos como es el agua de Jamaica o limón.
- ✓ Vigilar si aumenta las micciones y si el ardor disminuye con el aumento de la ingesta de líquidos.

## EJECUCION

Se estableció con Blanca una cita para realizar una plática, en la cual se le propuso que aumentara la ingesta de líquidos, se le habló de la importancia que tiene el tomar agua a diario y los beneficios que ésta le proporciona, se comentó de la importancia que tiene el consumo de agua para disminuir el ardor al orinar, al principio ella no mostraba interés por que dice que el agua no le gusta.

En la segunda plática que se tuvo con ella se acordó que tiene que tomar mínimo 1500 ml al día e ir aumentando conforme ella lo tolere, ella comentó que el agua natural no le gusta, entonces se le propuso que tomara agua de algunos de los sabores antes propuestos y eligió de Jamaica. Se apoyó durante una semana para que ella se fuera acostumbrando a tomar agua, poniendo en su cuarto, en la sala y en el comedor que son los lugares donde ella pasa la mayor parte del tiempo una jarra de agua de 1 Lt y ella decide llenar una botella de 500 ml cada que sea necesario porque refiere así es más fácil tomar más agua.

## EVALUACION

Blanca se mostró muy cooperadora todo el tiempo sin antes mencionar que al principio se le dificultaba realizar estas acciones para su mejoría, aumentó la ingesta de líquidos en una cantidad de 800 ml al día durante la primera semana, siendo el mayor esfuerzo de ella por la costumbre de no ingerir líquidos.

La ingesta de líquidos fue aumentando poco a poco hasta llegar a tomar 1200 ml, en varias ocasiones se le preparaba agua de frutas (Jamaica, piña y limón), para que la ingesta fuera mayor, lo cual permitió que su piel y mucosas no este reseca y la hidratación de su piel también mejoro, ella manifestó ya no presentar ardor al orinar y sentirse mejor con la ingesta de líquidos. El objetivo no se logró al 100% pero si se logró una mejoría en Blanca lo cual ella se siente contenta.

**DIAGNOSTICO 2**

Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la disminución del apetito manifestada por pérdida de peso. (Carpenito Pág. 45)

**OBJETIVO**

- ✓ Que la paciente recupere su peso ideal dos meses después de iniciar la intervención
- ✓ Manifestara su peso ideal y conocerá la dieta que debe llevar de acuerdo a su padecimiento.

**INTERVENCIONES**

- ✓ Valorar la cantidad y calidad de la dieta real de la paciente
- ✓ Valorar la presentación y preparación de los alimentos.
- ✓ Revisar el espacio y los hábitos de la paciente en relación a la comida
- ✓ Explicar la necesidad de un consumo adecuado de hidratos de carbono, proteínas, vitaminas y minerales.
- ✓ Explicarle a blanca junto con su familia la importancia que tiene que siga una dieta de acuerdo a su padecimiento, así como los beneficios que puede tener. (Anexos)

**ACCIONES**

- ✓ Por medio de un folleto indicarle los alimentos que debe consumir y que alimentos no debe consumir.
- ✓ Indicarle la ingesta calórica apropiada para mantener su peso ideal por medio de un manual.
- ✓ Proponer comidas pequeñas y frecuentes de acuerdo a sus gustos y preferencias.
- ✓ Organizar las comidas de forma que se sirvan los alimentos más ricos en proteínas y calorías en los momentos en que la persona tiene mas ganas de comer.
- ✓ Elaborar junto blanca y su familia una dieta de acuerdo a sus preferencias.

**EJECUCION**

En una de las visitas que se le hacen a blanca se le proporcionó un folleto a ella y a su mamá donde se presentaban los alimentos que ella debe consumir, se le explico a la señora como motivarla a la hora de sus comidas para crearle un ambiente agradable.

Se les sugirió a sus familiares que procuraran comer juntas en casa, sin prisas y que le proporcionen todo lo necesario para que no perturben a la paciente, tomando en cuenta que a blanca le gusta escuchar música cuando come.

Se mostro una tabla donde se le presenta el peso ideal que ella debe tener de acuerdo a su estatura y se hizo una comparación con su peso actual, ella sugiere que también se le haga a su mama y a su hermana para verificar que toda la familia este bien, ella muestra interés en su alimentación y quiere que la apoyen para recuperar su peso ideal, se le explica la importancia que tiene su alimentación para mantener un estado de salud bueno.

**EVALUACION**

A Blanca se le dificulto la primera semana adaptarse a llevar acabo un estilo de vida alimenticio diferente por la falta de costumbre y orientación ya que manifiesta que muchas de las veces solo comía 2 veces al día sin horario y ahora es diferente. De acuerdo a la lista de alimentos que se le entrego a su mama se le realizo un menú (ANEXOS) y al parecer fue de su agrado.

Blanca refiere que a ella le gusta ayudarle a su mama a preparar sus alimentos y así le es mas agradable consumirlos, ella se siente muy contenta con la dieta que esta llevando y con el apoyo que ella siente que su familia le esta brindando.

El objetivo se logro al 95% ya que blanca aumento su peso a 48.000 kg en un periodo de 2 meses.

**DIAGNOSTICO 3**

Deterioro de la integridad cutánea en relación con alteraciones del estado nutricional y de hidratación manifestado por piel seca. (Carpenito Pág. 609)

**OBJETIVO**

- ✓ Recuperara y mantendrá la integridad cutánea en miembros superiores e inferiores.

**INTERVENCIONES**

- ✓ Identificar los factores que originan o favorecen la aparición del problema y determinar conjuntamente la forma de controlarlos.

**ACCIONES**

- ✓ Vigilancia de la piel, procurando no mantener la piel expuesta al sol, polvo, frio, si va exponerse a algunos de estos factores cubrirla ya sea con ropa dependiendo de la ocasión cremas o bloqueadores.
- ✓ Sugerirle que use cremas y jabones humectantes.
- ✓ Mantener una ingesta de líquidos y alimentos que contengan agua para mantener una hidratación adecuada.

**EJECUCION**

Se le comento a blanca y a su familia que la razón que su piel presente resequedad es por su mismo padecimiento, se le recomienda que de preferencia cuando se bañe use jabón humectante, ella pregunta que si debe ser de una marca en especial y se le comenta que puede ser del que ella prefiera y de acuerdo a sus posibilidades. Se le comenta que este le ayudara a mejorar el estado de su piel y también se le recomendó que después del baño use crema hidratante, durante esta plática blanca se mostro atenta y cooperadora ya que refirió a ella le interesa mucho su aspecto personal.

**EVALUACION**

Al finalizar la intervención Blanca se mostro muy cooperadora la mayor parte del tiempo, ya que ella se preocupa mucho por su aspecto personal, durante la primera semana ella refiere que se le olvidaba poner crema por que no estaba acostumbraba a ponerse, pero en el transcurso de los días ella propuso poner todas sus cosas dentro del baño para que no se le olvidara humectar su piel y antes de salirse ella hacia todo lo que se le había recomendado.

El objetivo se cumplió en un 90% ya que ella presenta su piel mas humectada tanto de miembros superiores como inferiores y ella manifiesta sentirse mejor.

**DIAGNOSTICO 4****DIAGNOSTICO DE RIESGO**

Riesgo de deterioro de la interacción social relacionado con el miedo al rechazo de los demás manifestado verbalmente. (Carpenito Pág. 500)

**OBJETIVO**

- ✓ Blanca manifestara seguridad en si misma para poder relacionarse con los demás.

**INTERVENCIONES**

- ✓ Proporcionarle una relación individual y escucharla.
- ✓ Conjuntamente con blanca y su familia realizar un plan de actividades diarias de tal forma que ella pueda convivir con los demás.

**ACCIONES**

- ✓ Escuchar a blanca para que nos exprese por que ella siente ese temor al rechazo de los demás.
- ✓ Explicarle a blanca que su enfermedad no es un motivo para que ella se sienta rechazada.



- ✓ Recomendarle que en sus ratos libres puede iniciar una serie de actividades que la mantengan ocupada o que salga a las diferentes plazas como medio de distracción.

## **EJECUCION**

Se hace una visita domiciliaria a Blanca, en donde se le pide que relate cual es el motivo por el que ella siente que los demás la rechazan por su enfermedad, en la primera sesión refiere no querer seguir con la plática, pero para la segunda sesión ella se muestra segura y con muchas ganas de salir adelante.

La paciente expresa sus sentimientos y se le escucha, en base a su plática me voy dando cuenta que para ella el padecer CACU a esta edad es algo que nunca imagino, le preocupa lo que pueda pasar más adelante y llora al momento de estar platicando porque dice que nadie la toma en cuenta que la ven como cualquier objeto, no como persona.

Una vez que se le escucha a Blanca se le indica que en sus ratos libres salga a conocer otros lugares, que invite a sus amigos a casa para no sentirse sola para así mismo empezar a interactuar con los demás.

Se le explico que el estar enfermo no es un motivo para que los demás la rachasen al contrario las personas la pueden ayudar si ella expresa sus sentimiento, tampoco es motivo para que ella no quiera tener amigos que es una persona como cualquier otra. Blanca al estar platicando se muestra por un momento apática por que dice creer que no va poder realizar esto, después ella propone que yo este con ella para salir a las diferentes plazas, que la ayude para sentirse con más confianza.

## **EVALUACION**

Blanca acude a clase de punto de cruz ya que una amiga la invito por que su mama es la responsable del grupo, ella dice se siente muy bien, después de unos días salimos al cine y la invite a comer con varias de mis compañeras a mi casa, ahí estuvimos platicando sobre su enfermedad y ella se mostro muy interesada, hizo varias preguntas y se mostro muy segura, estuvimos conviviendo y ella se

sintió muy contenta después del convivio y refiere se hagan mas seguido y le propusimos ella organice el siguiente y estuvo de acuerdo.

El objetivo se cumplió al 100% ya que Blanca esta muy contenta y se siente muy bien.

### **DIAGNOSTICO 5**

Déficit de las actividades recreativas relacionado por la falta de motivación manifestada por apatía. (Carpenito Pág. 231)

### **OBJETIVO**

- ✓ La paciente manifestara un interés por actividades recreativas.

### **INTERVENCIONES**

- ✓ Identificar conjuntamente los gustos y áreas de interés, así como los recursos humanos y materiales disponibles.
- ✓ Planificar conjuntamente las actividades diarias, intercalando periodos de descanso, actividad y ocio, de acuerdo con las preferencias y nivel de energía de la persona.

### **ACCIONES**

- ✓ Realizar actividades recreativas (Leer, escuchar música).
- ✓ Convivir con amigos y familiares.
- ✓ Ser creativo, variar el medio ambiente físico y la rutina diaria cuando sea posible.
- ✓ Platificar con blanca acerca de lo importante que es la recreación para el bienestar tanto físico como mental.

**EJECUCION**

Se platico con la paciente y su familia de la importancia que tiene la distracción en la vida humana resaltando que por su padecimiento debe mantenerse ocupada en otras cosas sin pensar tanto en la enfermedad.

Se motivo a la paciente a que realizara todas las actividades sugeridas (Leer, escuchar música, juegos de mesa etc.) de tal forma que ella se sienta mejor, insistiéndole en que las haga para que su estado de ánimo cambie.

Se le propuso que cada 8 días por lo menos vaya a visitar a sus familiares o que salga con sus primas al cine o a donde ella prefiera y así ella se podrá sentir mejor.

**EVALUACION**

Blanca al inicio de las actividades se mostraba insegura, al pasar de los días ella fue a visitar a sus familiares, se platico con ellos y se les pidió que platicaran con ella y trataran de invitarla a salir para que ella empezara a sentirse segura. Con ayuda de su hermana citamos algunas de sus amigas de escuela y convivio con ellas toda una tarde, la invitaron al zoológico, ella se mostraba interesada por las actividades, jugaron volibol y ella refiere sentirse muy bien al convivir con mas personas, se le propone que llame a sus amigas de Huetamo y eso la tiene muy contenta por que dice tener una razón por la cual estar bien y seguir adelante para poder ir a visitarlas.

El objetivo se logro al 100 % ya que Blanca se siente contenta y manifiesta sentir no estar enferma.

**DIAGNOSTICO 6****PROBLEMA INTERDEPENDIENTE**

Alteración del bienestar relacionado con CACU manifestado verbalmente por dolor. (Carpenito Pág. 498)

**OBJETIVOS**

- ✓ Blanca deberá acudir al medico para seguir con su tratamiento.
- ✓ Aprenderá la importancia que tiene su tratamiento.
- ✓ Blanca expresara si disminuyo el dolor y si hubo mejoría.

**INTERVENCIONES**

- ✓ Explicar a la paciente que es normal el dolor en la región abdominal por su mismo padecimiento.
- ✓ Reducir o evitar al máximo caminatas innecesarias, además del empleo de analgésicos, aplicación de frio o calor en la región abdominal con la finalidad de mejorar la respuesta al problema.

**ACCIONES**

- ✓ Aplicación de medicamento por indicación medica
- ✓ Examinar con Blanca y su familia el uso terapéutico de la distracción junto con otros métodos de alivio del dolor.
- ✓ Proporcionar a la paciente un alivio óptimo del dolor con los analgésicos prescritos.
- ✓ Enseñar las medidas no invasivas de alivio del dolor (Relajación: Masaje, Frotamiento de la espalda o baño caliente).
- ✓ Diseñar estrategias como terapia ocupacional y de distracción (Leer, coser) y así mismo estimularla para que lleve una vida lo más normal posible.

**EJECUCION**

Por medio de una conversación se le explico a Blanca que el dolor que ella presenta en el vientre es por su mismo padecimiento.

Se oriento y aconsejo a Blanca para que fuera con él medico para que le indicara medicamentos para disminuir el dolor, al principio ella no mostraba interés por ir, porque decía que diario le dicen lo mismo y que ya estaba enfadada, pero después de varias pláticas ella accedió y me pidió que la acompañara.

El médico le explico las razones por las cuales ella presentaba el dolor y también le aconsejo que regresara con su tratamiento anterior (Quimioterapia) explicándole la importancia que tiene dicho tratamiento y le menciono que es la única manera que ella pueda recuperarse más rápidamente.

Durante la consulta medica Blanca se mostro atenta e interesada en su recuperación y está dispuesta a seguir las ordenes medicas como fueron prescritas.

**EVALUACION**

En este diagnostico las acciones fueron un poco difíciles ya que Blanca se molestaba un poco cuando sus familiares le decían que siguiera con su tratamiento que era por su bien y ella no quería decía que iba ser lo mismo, pero con el transcurso de los días ella acepto regresar a su tratamiento y la acompañamos con su doctor, ella se muestra interesada y apoyada por su familia y refiere estar dispuesta a salir adelante.

Para aliviar el dolor ella refiere que si se baña por la noche con agua caliente se siente mejor y duerme bien, todas las noches también ella se propone leer un libro sobre su enfermedad para estar más actualizada.

El objetivo se cumplió en un 90 % pero Blanca está convencida de seguir el tratamiento.

**DIAGNOSTICO 7****DIAGNOSTICO DE BIENESTAR**

Blanca desea saber el proceso de su enfermedad y el Tx manifestado verbalmente.

**OBJETIVOS**

- ✓ Blanca manifestara y tendrá conocimientos de su enfermedad y conocerá los beneficios que tendrá si sigue con su tratamiento. (Anexos)
- ✓ Blanca adquirirá conocimientos para conseguir un nivel mayor de bienestar en su salud.

**INTERVENCIONES**

- ✓ Proporcionar información específica respecto a los conocimientos en relación a su enfermedad.
- ✓ Comentar y orientar a blanca sobre los beneficios que tiene el que ella regrese a su tratamiento.

**ACCIONES**

- ✓ Por medio de un rotafolio hablarle y explicarle las causas de su enfermedad.
- ✓ Por medio de un folleto indicarle a blanca los beneficios que tendrá si sigue con su tratamiento y las consecuencias si no lo sigue.
- ✓ Juntamente con la paciente platicar y escucharla para que exprese sus dudas acerca de la enfermedad y lo que ella piensa de la misma.

**EJECUCION**

En dos sesiones de 30 minutos se programo la presentación del rotafolio donde se abordan a grandes rasgos temas acerca de la enfermedad, como que es el cáncer, las ventajas del tratamiento, consecuencias de la enfermedad, las fase de la enfermedad, los síntomas más comunes entre otros, la paciente se mostró interesada en la primera sesión, hacía preguntas y comentarios, pero para la segunda sesión donde se abordaron las consecuencias de la patología la paciente mostró inquietud y poco a poco se fue rehusando a continuar con la presentación, la cual se pospone para otro día, se platica con ella y se le anima a expresar sus sentimientos, lo cual rechaza; sin embargo en una sesión posterior se logra hablar con ella y refiere que le asusta la idea de que esas cosas le estén pasando en el interior de su cuerpo, motivo por el cual se le explica que esos cambios ocurren a nivel celular y que ella no los percibe pero que es por eso que es necesario que lleve a cabo su tratamiento, se le explica la acción de los medicamentos y la importancia que tiene que ella sepa todo sobre su enfermedad.

Al termino de las sesiones se le aplica un cuestionario de preguntas abiertas para darnos cuenta que tanto ella aprendió durante las sesiones en el primer cuestionario ella tiene 5 aciertos de diez y en la segunda vez obtiene nueve, después ella propone que se le permita que ella le exponga el tema a su mama y a su hermana para que estén enteradas también por lo que ella está pasando, mostrando interés por el tema ella hace su exposición muy clara y entendible contestando algunas de las preguntas que le hacían.

**EVALUACION**

Blanca manifestó conocer lo suficiente de su enfermedad como para comprender la importancia de su tratamiento y de hacer que cada día cuente para su vida personal, se aplicó un cuestionario de 10 preguntas abiertas para evaluar el grado de conocimientos que adquirió la paciente obteniendo respuestas positivas de sus conocimientos, ella demuestra poder explicar todo sobre su enfermedad y refiere estar preparada para enfrentar su enfermedad. Los objetivos se cumplieron en su totalidad y la respuesta de Blanca es positiva acerca de su enfermedad.

## 9. Conclusiones

Tomando en cuenta la profesionalización de la práctica de enfermería, el Proceso Enfermero es una herramienta básica de esta carrera, siendo así fundamental conocerla y mejorarla de forma adecuada, ya que de esto depende el cuidado y el manejo del paciente, dependerá del profesor o asesor asignado los métodos y técnicas utilizados por el profesional, ya que estos son la guía del alumno para su elaboración y de esto depende que se llegue a su titulación.

Aplicar el Proceso de Atención Enfermería es todo un trabajo de investigación y experimentación, no se puede hacer nada sin un marco teórico de referencia; la relación y la convivencia con el paciente le permiten a la enfermera aplicar las acciones que sugiere y comprobar si son de utilidad.

La teoría de Virginia Henderson permite valorar ampliamente las necesidades humanas a fin de aplicar acciones que favorecen la independencia y el bienestar del individuo.

El Proceso Enfermero favorece el razonamiento y abre las puertas para brindar una atención integral, más humana y de calidad.

Todas las acciones requieren tiempo y dedicación, los logros son de la paciente (BFJP), en lo personal me deja una gran satisfacción como enfermera de ver crecer gradualmente su independencia y recuperación



## 10. Sugerencias

- ✓ Que se lleve a cabo la unificación de criterios entre profesores con respecto al Proceso de Enfermería, ya que siendo la misma metodología, misma teórica, y a veces hasta los mismos diagnósticos, llevan un orden y formulación distinta, lo cual lleva al alumno a confusiones y debido a que la metodología de intervención es una herramienta primordial del profesional de enfermería para desempeñar su trabajo, sería necesario tener una única guía de la cual todos llevaran de la mano a los estudiantes, quizá un modelo propio de la institución.
  
- ✓ Se sugiere que una vez que se incluya dentro del plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería la temática correspondiente al Proceso – Enfermero y los diagnósticos de Enfermería como una materia de sistema escolarizado, se proceda a realizar foros y otros eventos de difusión donde se presenten los trabajos de los alumnos, pasantes y enfermeras (os) para fomentar la aplicación del proceso enfermero.

## 11. Bibliografía

- 1.- ATKINSON L, MURRAY ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2da Edición. El manual moderno; México D.F. 1999 Pág. 123 – 128
- 2.- CARPENITO LJ. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Mc Graw – Hill, Interamericana; Madrid. 1996 Pág. 45, 71, 231, 234, 235, 500, 609.
- 3.- CARPENITO LJ. Planes de cuidados y documentación de Enfermería. Mac Graw – Hill, Interamericana; Madrid. 1994 Pág. 145 – 146
- 4.- GRIFFIT JW, CHRISTENSEN PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías guías y modelos. México: El manual moderno; 1996 Pág. 6
- 5.- INTERNET: <http://www.cancer.org/doocroot/home/index>.  
Se consulto 6 Nov. 2008
- 6.- INTERNET: <http://www.latinsalud.com/articulos/=00/20/guiacompletadelasalud>.  
Se consulto 12 Nov. 2008
7. - SHOLTIS BRUNNER, Lillians, SMITH SUDDARM, Doris. Manual de Enfermería. ED. Mc Graw – Hill, Interamericana. México. 1991
- 8.- BRUNNER Y SUDARRTH. Manual de Enfermería Medico Quirúrgica. Novena Edición. Ed. Mc Graw – Hill, Interamericana. México. 1998 Pág. 1132
- 9.- COLOTRONI, RUIZ, TOZZINI. Ginecología 3ra Edición. Ed. Médica Panamericana. 1994 Pág. 351

10. - SHILEY E. Otto. Enfermeria Oncologica Vol. I Ed. Harcourt. Oceano. 2000  
Pág. 316

11.- TUCKER. Norma del Cuidado del Paciente. Ed. Harcourt / Oceano, Ed. 6ta.  
1998 Pag. 1147

12.- MOSBY; Enfermeria Medico Quirúrgica. Vol. II 3ra Edición. Bcare- Miyeres.  
1999 Pág. 1895

13.- KATE SAUNDERS LUKMAN. Cuidados de Enfermeria. Vol. II Ed. Mc Graw  
Hill; Interamericana. 2000 Pág. 2000 – 2005.

14.- GISPERT CARLOS. Manual de Enfermeria. Océano. Barcelona España. 2da  
Edición Ed. 1998 Pág. 320 – 325.

15.- TOMEY – MARRINER ANN; Modelos y Teorías en Enfermeria; 3ra Edición.  
Ed. Mosby, 1994 Pág. 105 - 110

16.- HARRISON. Principios de medicina Interna. Vol. II Mc Graw Hill; Ed.  
Interamericana. Madrid. 1994 Pág. 2464

17.- IYERP, TAPICH B, BERNOCCHI – LOSEY D. Proceso de Enfermeria y  
Diagnósticos de Enfermeria. Interamericana. Mc Graw Hill; México D.F. 1999 Pág.  
13 – 20

18.- LESLIE Y MARY. Proceso de Atención de Enfermeria. 3ra Edición. Ed.  
Manual Moderno. México D.F. 1996. Pág. 128 – 131

19.- INTERNET: <http://www.elmundo.es/mundosalud/especiales/cancer>.  
Se consulto: 6 Dic. 2009

- 20.- INTERNET: <http://todocancer.gob/especial>.  
Se Consulto: 12 Dic. 2009
- 21.- INTERNET: <http://cancernet.nci.nih.gob>.  
Se Consulto: 12 Dic. 2008
- 22.- INTERNET: [http://www.emujeres.gob.mx/cancer\\_cervico\\_uterino.mx](http://www.emujeres.gob.mx/cancer_cervico_uterino.mx)  
Se Consulto: 13 Dic. 2008
- 23.- [http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/NOM-014-SSA2\\_31\\_de\\_mayo\\_2007-2.pdf](http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/NOM-014-SSA2_31_de_mayo_2007-2.pdf)
- 24.- L.J. CARPENITO. Diagnósticos de Enfermería a la Practica Clínica. Novena Edición. Mc Graw Hill; México D. F. Pág. 714 – 717
- 25.- SUSANA J. I CAZA MAISES BEHAR. Nutrición. Segunda Edición. Mc Graw Hill; México D. F. Pág. 75

## 12. Anexos

### Resumen 1

#### Alimentación para el paciente oncológico

A Blanca se le dieron a conocer los alimentos que puede consumir, y a su mamá se le explicó como motivarla a la hora de sus comidas para crearle un ambiente agradable.

En asesoría con el Lic. De Nutrición del H.R."O" # 31 se realizó una dieta que cubra las necesidades de la paciente respecto a su enfermedad. La lista que se le entregó a la señora fue la siguiente:

#### Proteínas

- Huevos
- Carnes rojas (vacuno y cerdo)
- Carnes blancas (pollo, pavo, pescado)
- Leche y sus derivados.

#### De origen Vegetal

- Cereales
- Legumbres
- Verduras

Se le recomendó de preferencia las carnes blancas y la clara de huevo, son la mejor manera de consumir proteínas sin riesgo.

Estos alimentos contienen menos agua, sodio y colesterol.

#### Hidratos de Carbono

- Cereales, Azúcares y Harinas.
- Legumbres, Papas y Frutas.

### Lípidos y Grasas

- Grasas Saturadas: Son de origen animal terrestre (Leche y sus derivados así como los embutidos en general).
- Grasas Monoinsaturadas: Están presentes en las carnes y especialmente en algunos vegetales.

### Agua

A la paciente se le otorgaron los siguientes consejos respecto a tomar agua y el consumo de sal.

Coloque el total de líquidos que puede consumir durante el día en una jarra, se divide la cantidad de agua permitida en partes iguales.

Evite tomar bebidas dulces.

Consuma alimentos pobres en sal. Hay que recordar que la acumulación de sal en el cuerpo causa sed.

La paciente puede consumir en su mayoría toda la variedad de verduras y algunas frutas así como las carnes blancas.

Verduras y carnes cocidas al vapor con poca sal para no presentar retención de líquidos.

La nutrición es uno de los aspectos más importantes de los enfermos oncológicos, tanto por su incidencia como por significado: casi el 90% de los pacientes con neoplasias avanzadas tienen una pérdida significativa de peso, y por otra parte, los estudios indican que el estado nutricional es un parámetro pronóstico de supervivencia.

La nutrición inadecuada comienza incluso en el momento del diagnóstico, ya que el impacto psicológico que éste supone, incide negativamente en la ingesta de alimentos. Además, algunos tratamientos antitumorales, quimioterapia, radioterapia y la cirugía, dejan a muchos pacientes en una situación nutricional extremadamente desfavorable.

---



---

**TABLA DE PESO RECOMENDADO EN MUJERES**

<b>Estatura (m)</b>	<b>Peso Mínimo Kg</b>	<b>Peso Máximo Kg</b>	<b>Estatura (m)</b>	<b>Peso Mínimo Kg</b>	<b>Peso Máximo Kg</b>
1.45	42.1	48.4	1.63	53.3	66.4
1.46	42.6	49.0	1.64	53.8	67.2
1.47	43.2	49.7	1.65	54.5	68.1
1.48	43.8	50.4	1.66	55.1	68.9
1.49	44.4	51.1	1.67	55.8	69.7
1.50	45.0	56.3	1.68	56.4	70.6
1.51	45.6	57.0	1.69	57.1	71.4
1.52	46.2	57.8	1.70	57.8	72.3
1.53	46.8	58.5	1.71	58.5	73.1
1.54	47.4	59.3	1.72	59.2	74.0
1.55	48.1	60.1	1.73	59.9	74.8
1.56	48.7	60.8	1.74	60.6	75.7
1.57	49.3	61.6	1.75	61.3	76.6
1.58	49.9	62.4	1.76	62.0	77.4
1.59	50.6	63.2	1.77	62.7	78.3
1.60	51.2	64.0	1.78	63.4	79.2
1.61	51.8	64.8	1.79	64.1	80.1
1.62	52.5	65.6	1.80	64.8	81.0

## Resumen 2

Se oriento a Blanca y a su mama ya que ella es la que está a cargo de la paciente en casa, por medio de pláticas y un rotafolio, se le proporciono la siguiente información relacionada con su enfermedad.

Se le informo que el CA es una enfermedad en la cual se produce un crecimiento anormal de las células, hasta convertirse en masas de tejidos llamadas tumores. Básicamente hay dos tipos de tumores: Benignos y Malignos.

En el caso de la paciente se concreto solamente en lo que es el CACU.

El CACU es una forma de cáncer en la cual se encuentran células cancerosas en los tejidos del cuello uterino y el útero. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento).

El CACU se clasifica en diferentes etapas:

### **Etapa 0 o carcinoma in situ**

El carcinoma in situ es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

### **Etapa I**

El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

Etapa IA: Una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino.

Etapa IB: Una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino.



**Etapa II**

El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica.

Etapa IIA: El cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

Etapa IIB: El cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

**Etapa III**

El cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres).

**Etapa IV**

El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Etapa IVA: El cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino).

Etapa IVB: El cáncer se ha diseminado a órganos dístales como los pulmones.

**Recurrente**

La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto (reaparecido) después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar.

Factores de riesgo para contraer la enfermedad y algunos de ellos son los siguientes:

- Tener múltiples parejas sexuales.
- Tener relaciones sexuales a temprana edad.
- Fumar.
- Tener muchos partos.
- Mujeres que no se realizan periódicamente la prueba del Papanicolaou.
- Mujeres infectadas por VPH.

Los síntomas de alarma del CACU son:

- Sangrado vaginal.
- Flujo vaginal inusual.
- Dolor pélvico.
- Dolor durante las relaciones sexuales.
- Bajar de peso.
- Irregularidad en los ciclos menstruales, cuando siempre se han manifestado de forma normal.

Por lo general, el cáncer del cuello uterino se puede detectar en sus primeras etapas mediante pruebas de Papanicolaou regulares.

Se pueden utilizar los siguientes procedimientos para la detección del CACU:

Prueba de Papanicolaou, colposcopia, Biopsia, examen pélvico y legrado endocervical.

### **Tratamiento**

Cirugía (extracción del cáncer mediante una operación).

Radioterapia (uso de rayos X de alta energía para eliminar las células cancerosas).

Quimioterapia (uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas).

**CUESTIONARIO**

1.- ¿Que es el CACU?

2.- ¿Cuáles son las etapas del CACU?

3.- ¿Cuáles son los factores de riesgo para contraer CACU?

4.- ¿Menciona los síntomas más comunes de CACU?

5.- ¿Para que nos sirve la prueba del Papanicolaou?

6.- ¿Cuáles son los procedimientos que se deben hacer para la detección de CACU?

7.- ¿Qué tratamientos se utilizan para combatir esta enfermedad?

8.- ¿Menciona de todas las etapas del cáncer cual te llamo más la atención y por que?

9.- ¿Que partes del cuerpo puede afectar la etapa III?

10.- Te gustaría ayudar a prevenir esta enfermedad? Cómo y por qué?