



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Título del Trabajo:

**PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERA A PACIENTES
HISTERECTOMIZADAS POR CÁNCER DE CUELLO DE
ÚTERO O CÁNCER DE CÉRVIX**

**NURSE PROCESS CARE TO HYSTERECTOMY
PATIENTS BY NECK UTERO CANCER OR CERVICAL
CANCER**

Autor

Marta Gil Arqué

Director

José Ángel Ayensa Vázquez

Facultad de Ciencias de la Salud.

2015/2016

ÍNDICE

Resumen	Página 2
Abstract	Página 3
Introducción	Páginas 4 - 7
Objetivos	Página 8
Metodología	Páginas 9 – 11
Desarrollo	
Valoración.....	Página 12
Diagnósticos y planificación.....	Páginas 12 – 17
Ejecución.....	Página 18
Evaluación.....	Página 18
Conclusiones	Página 19
Bibliografía	Páginas 20 – 23
Anexos	Páginas 24 – 27

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cuello de útero o de cérvix, es una proliferación excesiva de las células que recubren el cuello del útero, tienen capacidad de invadir tejidos sanos por proximidad o a distancia (metástasis). Su diagnóstico correcto se realiza a través de una citología cervico – vaginal. El tratamiento consiste en la realización de una conización (si hay poca invasión) o una histerectomía. Se está demostrando que la vacuna VPH está reduciendo los casos de cáncer de cérvix y lesiones precursoras del mismo. Es una patología que por su afectación a la salud y a la calidad de vida de las pacientes es necesaria una referencia para la actuación enfermera.

Objetivos: Elaborar un plan de cuidados estandarizado de enfermería en el que se identifiquen los principales diagnósticos, objetivos e intervenciones para poseer un método de actuación enfermera ante una histerectomía tras cáncer de cérvix.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica a fin de realizar una actualización del tema previa al PAE, a través de artículos en un rango de 2005 a 2016, entre los meses de febrero a mayo de 2016. El plan de cuidados que se realiza utiliza como base las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, además de la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Desarrollo: Tras la valoración enfermera se identifican y priorizan los diagnósticos de enfermería para una paciente recién histerectomizada. Se llevan a cabo las distintas actividades e intervenciones correspondientes a los diagnósticos, realizando una revaloración tras haber pasado un tiempo prudencial de actuación (2 – 3 meses).

Conclusiones: La aplicación del plan de cuidados permite enriquecer la atención, servicio y cuidado a pacientes histerectomizadas por cáncer de cérvix. Los cuidados enfermeros tienen en cuenta y satisfacen las necesidades universales de estas pacientes, siendo de especial importancia el aspecto psicológico, con el objetivo de ayudarles en el afrontamiento de las consecuencias del proceso.

Palabras Clave: "Cáncer de cuello de útero", "Cáncer de cérvix", "Histerectomía", "Proceso de atención enfermera".

ABSTRACT

Introduction: The neck utero cancer or cervix cancer, is an excessive proliferation of cells that cover the utero neck, they have the capacity of invading the healthy tissue by proximity or distance (metastasis). Its correct diagnosis is made through cervico – vaginal cytology. The treatment consist on the realization of conization (if there is little invation) or a hysterectomy. They are showing that the HPV vaccine is reducing the cervix cancer cases and its predecessor injuries.

Targets: To elaborate a nursery plan of standardized cares where you can identify the maim diagnosis, aims and controls to get a nurse performance methods when there is an hysterectomy after a cervix cancer.

Methodology: It is carried out a bibliographic revision to make an updating of the item previous to NAP, through some articles in a rank from 2005 to 2016, among the months from February to May, 2016. The cares plan that it is realized uses as a basis 14 Virginia Henderson’s basics needs, moreover the taxonomy NANDA, NIC and NOC.

Development: After the nurses valoration, it is identified and prioriced the nursery diagnosis for a patient just hysterectomiced. It is carried out the differents activities and interventions concerned to the diagnosis, realising a reevaluation after having passed a prudential time of action (2 – 3 months).

Conclusions: The application of cares plan allows to enrich the attention, service and care in hysterectomiced patients by cervix cancer. The nurse cares takes in account and satisfied the universal need of these patients, being of special importance the psychological aspects, with the object of helping them to face the consequences of this process.

Key words: “Neck utero cancer”, “Cervix cancer”, “Hysterectomy”, “Nurse attention process”.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de Salud (OMS) reconoce que es necesario mejorar los programas de detección y tratamiento de este problema de salud pública; ya que se estima que en los próximos 20 años, sin la existencia de este tipo de programas, se podrían producir alrededor de 2 millones de muertes por el cáncer de cérvix, siendo el factor principal el inicio temprano de las relaciones sexuales, ya que da la posibilidad de tener un mayor número de parejas (1- 3).

El cáncer es un crecimiento descontrolado de células sobrepasando la celularidad normal, puede darse en cualquier parte del cuerpo y provoca una dificultad para que el organismo funcione de manera óptima. El tipo de cáncer dependerá de la zona que se vea afectada por dicho crecimiento patológico, correspondiendo de la misma manera a su nombre. Actualmente hay un número de personas que, tras un tratamiento adecuado contra esta proliferación, pueden mantener una buena calidad de vida gracias a los avances que se están realizando con respecto a esta patología. (4 - 6)

El cáncer de cuello de útero, también conocido como cáncer de cérvix, es una proliferación excesiva de las células que recubren el cuello del útero. Además estas células tienen capacidad de invadir tejidos sanos por proximidad o a distancia a través de metástasis, en fases avanzadas. (4, 6, 7)

Mediante el aspecto que presentan las células se pueden clasificar en tres tipos. El primer tipo, el carcinoma de las células escamosas, es el más común y se da aproximadamente entre un 80% y un 85% de los casos. El segundo, es el adenocarcinoma, que se da aproximadamente en un 10% de los casos; aunque se ha vuelto más común en los últimos años. Y por último, son los carcinomas adenoescamosos que suele ser de carácter hereditario (8 - 10).

El diagnóstico del cáncer de cuello uterino no se realiza a través de signos o síntomas, ya que es una patología que no suele causar ningún tipo de manifestación hasta un estado ya avanzado, donde causará hemorragias vaginales y dolor durante el coito. (6, 7, 9)

Por lo que para su diagnóstico correcto se realizará una citología cervico - vaginal, en la cual a través del análisis de las células de la muestra se obtendrán los resultados de a qué tipo de células correspondería (celularidad normal o por el contrario, células tumorales), denominados test de Papanicolaou o del Virus VPH. (5, 11, 12)

Por otro lado, un método menos invasivo para su diagnóstico es la realización de una RM (resonancia magnética) para la observación del tamaño y expansión del tumor. (13)

Cuando una mujer sufre cáncer de cuello de útero preinvasivo y no ha cumplido su deseo de reproducción, suele ser suficiente con una conización, si la invasión no es muy extensa. Por el contrario si el cáncer es invasivo, depende de la edad, la situación personal de la paciente y el tipo de lesión, aunque generalmente se procede a realizar una histerectomía (extirpación quirúrgica del útero), (4, 9, 14) intervención que suele dejar graves secuelas en la mujer en las que es necesario un gran apoyo emocional por parte del profesional enfermero. Junto con la radioterapia, la cirugía han sido las técnicas más usadas, pero actualmente la quimioterapia está siendo una técnica útil en determinadas situaciones. (2, 7, 15)

Por otro lado, se encuentra la vacuna frente VPH, su importancia radica con la presencia de VPH, no siempre desemboca en cáncer de cérvix pero es una de las mayores causas asociadas al mismo, así como de las lesiones precancerosas. (3, 12, 15)

Esta vacuna se comercializa en la actualidad contra dos tipos de virus, 16 y 18 causantes, con un riesgo alto, de este tipo de cáncer. En 2008 se incluyó en España en el calendario de vacunaciones sin ningún coste adicional a niñas de entre 11 – 14 años (14).

Aunque la vacuna no es curativa sí que se ha demostrado que la existencia de ésta ha reducido los casos de cáncer de cérvix y lesiones precursoras del mismo, así como los costes sanitarios asociados a su tratamiento y diagnóstico. Sin embargo, a pesar de su disponibilidad y de su beneficio sanitario, el próximo reto sería lograr una distribución equitativa a todas las niñas preadolescentes, independientemente del desarrollo el país (2, 16).

Por último, cabe destacar que el cáncer de cérvix es el cáncer con mayor incidencia y mortalidad en las mujeres, a nivel mundial, después del cáncer de mama (9, 17, 18).

A nivel mundial, la tasa de incidencia es 15'2 y la tasa de mortalidad de 7'8 por millón de mujeres al año. En países en vías de desarrollo como Colombia, Chile, Argentina o Costa Rica, el cáncer de cérvix afecta al 80% de la población femenina con una tasa de incidencia de 17'8 y una tasa de mortalidad de 9'8 por cada millón de mujeres. En cambio, en países desarrollados, se estima que la tasa de incidencia es 9'0 por cada 106 mujeres y la tasa de mortalidad es de 3'2 por cada 106 mujeres (2, 9, 19).

En Europa, durante el año 2006, fue el sexto cáncer más frecuente en mujeres, en términos de incidencia; y el octavo en mortalidad. Actualmente se encuentra en la tercera posición respecto a la frecuencia de aparición, lo que reafirma su importancia como problema de salud debido a su crecimiento en los últimos años (1, 13).

En España, la incidencia se sitúa como una de las más bajas a nivel europeo y mundial, con 7'2 casos por 106 mujeres al año en España (20). Por otro lado, la mortalidad debida a este tumor solo representa el 0'3% de todas las muertes de la población femenina (1, 20).

Europa, España y el resto de los países desarrollados presentan tasas de mortalidad bajas, debido a las medidas preventivas que se utilizan como el cribado o la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH). (2, 14)

Debido a los datos encontrados del cáncer de cérvix y su afectación emocional en las mujeres que lo sufren, se pone de manifiesto su relevancia como problema de salud, ya que afecta directamente a la salud y a la calidad de vida de las mujeres: a su trabajo, economía, sus relaciones socio – familiares y a su sexualidad. Por lo tanto, es una patología que posee gran importancia tener una referencia de la actuación en la etapa de recuperación de estas mujeres.

OBJETIVOS

General:

Realizar un Plan de Atención de Enfermería (PAE) estandarizado, enfocado a mujeres adultas – jóvenes (25 – 35 años) que han sido diagnosticadas de cáncer de cuello uterino o cáncer de cérvix, y como consecuencia de ello han sido sometidas a una histerectomía, ya sea total o parcial.

Específicos:

- Realizar la valoración a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson (VH) para identificar cuáles estarían afectadas en el caso.
- Identificar los diagnósticos de enfermería que poseería una paciente recién histerectomizada.
- Planificar, ejecutar y evaluar las actividades de enfermería correspondientes a los problemas previamente identificados.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio:

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el cáncer de cérvix para una actualización del tema previo a la planificación del PAE.

Estrategia de búsqueda:

La búsqueda de artículos se ha realizado en las bases de datos PubMed, Cuiden, Science Direct y Scielo.

Base de datos	Palabras clave	Artículos Revisados	Artículos Seleccionados
PubMed	"Diagnosis"AND"cervical cáncer"	5	1
PubMed	"Cervical cáncer"	11	3
PubMed	"Lawton y Brody"	3	1
Cuiden	"Cáncer de cérvix"	4	1
Cuiden	"Cáncer de Cérvix"AND"VPH"	5	1
Cuiden	"Índice de Barthel"	7	2
Science Direct	"Cáncer de cérvix"	23	5
Science Direct	"Cáncer de cérvix"AND"tratamiento"	2	1
Science Direct	"Cáncer de cérvix"AND"VPH"	7	2
Science Direct	"Cáncer de cérvix"AND"Prevención"	2	1
Science Direct	"Lawton y Brody"	4	1
Science Direct	"Valoración"AND"Sueño"	13	1
Scielo	"Cáncer de cérvix"	6	1
TOTAL		92	20

Las palabras clave utilizadas para dicha búsqueda fueron: "Diagnosis", "cervical cáncer", "Lawton y Brody", "Cáncer de cérvix", "VPH", "Índice de Barthel", "tratamiento", "Prevención", "Valoración" y "Sueño".

Se realizó un cribado de tiempo, de hasta 11 años, y del texto, incluyendo sólo aquellos que posean "texto completo", durante la búsqueda para la revisión bibliográfica, en la cual destaca la escasa cantidad de artículos de carácter enfermero.

A la hora del desarrollo del trabajo (Plan de Atención Enfermera) no se hizo cribado de tiempo, ya que las escalas se mantienen intactas a través de él.

Además se procedió a la utilización de recursos físicos como han sido los libros referidos en la tabla siguiente.

Libros
Enfermería medicoquirúrgica
Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (NANDA)
Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

Desarrollo temporal del estudio:

El desarrollo del trabajo se encuentra comprendido entre febrero y mayo del año 2016.

Taxonomía utilizada:

En este apartado se van a utilizar tecnicismos provenientes de la taxonomía NANDA, además de metodología enfermera del NIC y NOC.

Población diana:

Va dirigido hacia personas en la edad adulta – joven (entre 25 – 35 años), independientes en las actividades de su vida diarias, pero con afectación física y emocional relacionado con la resolución del cáncer de cérvix a través de una histerectomía.

Herramientas:

Para el desarrollo del PAE se utilizaron diferentes escalas y herramientas, que se explican a continuación:

Escala de Barthel (ver Anexo I):

Es la escala más utilizada para medir la modificación funcional de la realización de las Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD). Detectado

una alteración en estas y midiendo así el grado de independencia o dependencia que pueda poseer el paciente entrevistado.

Esta escala consta de 10 apartados que serán medidos independientemente:

- | | | |
|---------------|--------------------|---------------|
| 1. Comer | 5. Deposiciones | 9. Deambular |
| 2. Lavarse | 6. Micción | 10. Escalones |
| 3. Vestirse | 7. Usar el retrete | |
| 4. Arreglarse | 8. Trasladarse | |

Estableciendo grados de capacidad de función en cada uno de los apartados, puntuando cada apartado de 0 a 10, dando como resultado de 0 (dependencia total) a 100 (independencia total). (21, 22)

Índice de Lawton y Brody (ver Anexo II):

Esta escala se encarga de la medición de modificación funcional de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, aquellas que necesitan una capacidad mayor para su realización. Suelen puntuar más alto las mujeres ya que se centran principalmente en tareas de casa y poseen mayor independencia respecto a estas que los hombres.

Detecta alteraciones en la realización de las mismas a través de una entrevista que consta de 8 apartados que se calificaran independientemente, posteriormente cuando se evalúe la independencia o dependencia de la paciente deberemos fijarnos en cuál actividad necesita más ayuda, ya que la dependencia no tiene por qué ser global.

- | | |
|------------------------|--|
| 1. Usar el teléfono. | 6. Uso de medios de transporte. |
| 2. Comprar. | 7. Responsabilidad respecto a su medicación. |
| 3. Preparar la comida. | 8. Manejo de asuntos económicos. |
| 4. Cuidado de la casa. | |
| 5. Lavado de la ropa. | |

Cada una puntúa con un 1 si la persona es independiente y con 0 si es dependiente por lo que un 8 sería la máxima independencia. (23, 24)

DESARROLLO

Valoración:

Se realizó una valoración a través de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, que proporciona un método de detección de los posibles problemas que puede sufrir una paciente tras la realización de una histerectomía. La paciente valorada tiene entre 25 – 35 años, realizando este cribado de edad porque el aumento de la misma produce un mayor riesgo de embarazo por lo tanto un descenso de estos, causa que condiciona un mayor impacto psicológico en la paciente.

En dicha valoración, se utilizan como herramientas de apoyo diferentes criterios para cada necesidad reforzándolos con escalas o índices, como la Escala de Barthel (ver Anexo I) (21, 22) y el Índice de Lawton y Brody (ver Anexo II) (23, 24). Además del uso de una serie de preguntas para determinadas necesidades (ver Anexo III) (25).

Diagnósticos y planificación:

1. Riesgo de estreñimiento (Dominio 3, Clase 2, 00015)

R/c estrés emocional y posible obstrucción postquirúrgica.

Definición: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

NOC: Eliminación Intestinal (Dominio II, Clase F, 0501)

Indicadores:

- Patrón de eliminación (050101)
- Tono muscular para la evaluación fecal (050119)
- Estreñimiento (050110)

NIC: Manejo del estreñimiento (Dominio 1, Clase B, 0450)

Actividades:

- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
- Identificar los factores /medicamentos, reposos en cama y dieta) que pueden ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.
- Instruir al paciente / familia acerca de la dieta rica en fibra, si procede.
- Sugerir el uso de laxantes / ablandadores de heces, si procede.

2. Deterioro de la comunicación verbal (Dominio 5, Clase 5, 00051)

R/c condiciones emocionales *m/p* disminución de la comunicación con personas de sus círculos de integración habituales y el personal profesional.

Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad o la disposición para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

NOC: Implicación social (Dominio III, Clase P, 1503)

Indicadores:

- Interacción con amigos íntimos (150301)
- Interacción con vecinos (150302)
- Interacción con miembros de la familia (150303)

Bienestar personal (Dominio V, Clase U, 2002)

Indicadores:

- Realización de actividades de la vida diaria (200201)
- Nivel de felicidad (200209)
- Capacidad para expresar emociones (200210)

NIC: Escucha activa (Dominio 3, Clase Q, 4920)

Actividades:

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés en el paciente.
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimiento y preocupaciones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.

Potenciación de la Socialización (Dominio 3, Clase Q, 5100)

Actividades:

- Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas.
- Solicitar y esperar comunicaciones verbales.
- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.
- Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.

3. Baja autoestima situacional (Dominio 6, Clase 2, 00120)

R/c alteración de la imagen personal (histerectomía) *m/p* evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.

Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (histerectomía).

NOC: Autoestima (Dominio III, Clase M, 1205)

Indicadores:

- Descripción del yo (120505)
- Nivel de confianza (120511)
- Sentimientos sobre su propia persona (120519)

Imagen corporal (Dominio III, Clase M, 1200)

Indicadores:

- Imagen interna de sí mismo (120001)
- Adaptación a cambios en la función corporal (120008)
- Adaptación a los cambios corporales por cirugía (120014)

NIC: Potenciación de la autoestima (Dominio 3, Clase R, 5400)

Actividades:

- Observar las frases del paciente sobre su propia valía.
- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

Potenciación de la Imagen corporal (Dominio 3, Clase R, 5220)

Actividades:

- Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la cirugía, si procede.
- Ayudar al paciente a separar aspectos físicos de los sentimientos de valía personal, si procede.
- Observar si el paciente puede mirar hacia la parte corporal que ha sufrido el cambio.
- Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios similares.

4. Patrón sexual ineficaz (Dominio 8, Clase 1, 00065)

R/c déficit de habilidades sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico m/p alteración en las relaciones sexuales.

Definición: Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

NOC: Identidad Sexual (Dominio III, Clase M, 1207)

Indicadores:

- Imágenes negativas de identificación del yo sexual (120707)
- Describe el riesgo asociado con la actividades sexual (120711)
- Establece límites sexuales personales (120714)

NIC: Asesoramiento Sexual (Dominio 3, Clase R, 5248)

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Informar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.
- Discutir el efecto de la situación de enfermedad / salud sobre la sexualidad.
- Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y hacer preguntas.
- Determinar la cantidad de culpa sexual asociada con la percepción del paciente de los factores causales de la enfermedad.
- Remitir al paciente a una terapeuta sexual, cuando corresponda.

5. Ansiedad (Dominio 9, Clase 2, 00146)

R/c cambios en el estado de salud *m/p* angustia y preocupación.

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

NOC: Nivel de Ansiedad (Dominio III, Clase M, 1211)

Indicadores:

- Desasosiego (121101)
- Inquietud (121105)
- Ansiedad verbalizada (121117)

NIC: Disminución de la Ansiedad (Dominio 3, Clase T, 5820)

Actividades:

- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Identificar los cambios en el nivel de la ansiedad.
- Proporcionar información objetiva.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Técnica de relajación (Dominio 3, Clase T, 5880)

Actividades:

- Mantener contacto visual con el paciente.
- Facilitar “tiempos muertos” en la habitación, si procede.
- Mantener la calma de una manera deliberada.
- Favorecer una respiración, lenta, profunda, intencionadamente.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

Ejecución:

Se llevarían a cabo las distintas actividades citadas anteriormente que mantienen relación con las intervenciones que serían necesarias para cada diagnóstico.

Cabe destacar la necesidad del afrontamiento psicológico de las pacientes en el que recae la mayoría de los problemas, ya que sufren un sentimiento de "falta", de "estar incompletas" que las lleva a una inestabilidad emocional que desencadena la duda de sexualidad, de la propia personalidad y un aumento de la ansiedad y el estrés.

Evaluación:

La evaluación se llevará a cabo tras haber realizado las actividades correspondientes a los diagnósticos encontrados habiendo pasado un tiempo prudencial (2 – 3 meses) desde su inicio, a través de los indicadores citados anteriormente y las escalas utilizadas para la valoración inicial, ya que se trata de una revaloración (feedback).

CONCLUSIONES

- Se realiza un plan de cuidados estandarizado enfocado a mujeres entre 25 – 35 años, que tras el diagnóstico de cáncer de cérvix han sido sometidas a una histerectomía así poder estar en posesión de una herramienta de actuación ante dicho caso.
- Tras la realización de la valoración a través de las 14 necesidades básicas de VH se logra identificar una serie de diagnósticos referentes a las necesidades afectadas, siendo los diagnósticos clave por su importancia respecto al estado, tanto físico como psicológico, de la paciente: *Riesgo de estreñimiento, Deterioro de la comunicación verbal, Baja autoestima situacional, Patrón sexual ineficaz y Ansiedad.*
- Los cuidados de enfermería basados en una adecuada utilización de la taxonomía NOC y NIC, constituyen la base de una práctica enfermera de calidad en actuación (actividades) que contribuye a disminuir la variabilidad en la asistencia sanitaria ante un caso de histerectomía en mujeres entre 25 – 35 años por sufrir cáncer de cérvix.
- El cáncer de cérvix es una patología que está sufriendo y se prevé un aumento en sus porcentajes de aparición, las mujeres jóvenes (25 – 35 años) tienen un mayor riesgo de impacto psicológico debido a la intención de formación de familia, las mayores de 35 sufren un aumento del riesgo en el embarazo, por este hecho ha sido importante el cribado de edad y la actuación estandarizada de los cuidados enfermeros adquiere una importancia creciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro Marqueta P, Moreno Crespi J, Muxó Pujolràs M, Cervantes Amat M, Pérez Gómez B, Marcos Gragera R. Epidemiología del cáncer de cérvix in situ e invasor en la provincia de Girona 1990-2004: incidencia, mortalidad, supervivencia e historial de cribado. Med Clin. 2011;136(5):192-8.
2. Marzo M, Cierco P, Del Cura I. Prevención del cáncer de cérvix. Aten Primaria 2005;36(6):328-33
3. Martirón F, Bernaola E, Giménez F, Baca M, De Juan F, Díez J, Garcés M, Gómez JA, Picazo JJ, Pineda V. Vacuna frente al virus del papiloma humano: un nuevo reto para el pediatra. An Pediatr (Barc). 2006;65(5):46-69
4. Asociación Española contra el cáncer [homepage on the Internet] Madrid: AECC; 2015 [Consultado 23 febrero 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/Cancerdecervix/Paginas/Cancerdecervix.aspx>
5. American Cancer Society [homepage on the Internet] California: Rosen L, Rosen G; 2013 [Consultado 23 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/aspectosbasicossobreelcancer/que-es-el-cancer>
6. American Cancer Society [homepage on the Internet] California: Rosen L, Rosen G; 2013 [Consultado 23 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/index>
7. Kelleher K. Atención de las pacientes con trastornos reproductivos. En: Smeltzer SC, Bare BG, et all. Enfermería medicoquirúrgica. 12ª Ed. Barcelona: The Point;2013. 1471-503

8. Castelo Fernández B, Redondo Sánchez A, Gómez Raposo C, Cruz Castellanos P. Cáncer de cérvix y endometrio. *Med.* 2013 Mar;11(27): 1649-58.
9. Cabrera Y, Nieto A, Redondo S, Garrido N, Tacuri C, Cano A, Holgado A. Cáncer de Cérvix. Análisis de 72 casos. *Onc*, 2005; 28 (5):232-8
10. Pareja Bezares A, Méndez Díez C. La infección por el virus del papiloma humano. *FMC.* 2006 Jun;13(6): 271-8.
11. Borruto F, Comparetto C. Cervical cancer screening: A never-ending developing program. *World J Clin Cases.* 2015; 16; 3(7): 614-24
12. Cortés J, Dexeus S. Prevención del cáncer de cérvix: el futuro es nuestro. *Prog Obstet Ginecol.* 2014;57(5):201
13. Lopez A, Baleato S, García R, Otero I, Villabla C. Imagen por resonancia magnética en la estadificación y planificación del tratamiento del cáncer de cérvix. *Radiología.* 2015. [Epub ahead of print]
14. Rodríguez Rieiro C, Aragonés N, Pollan M, Lopez Abente G, Pérez Gómez B. Evolución de la mortalidad por cáncer de cérvix por regiones en España entre 1975 y 2004. *Med Clin.* 2009;133(2):41-6.
15. Castanedo IM, Escaño V, Rebola P. Enfermería y el virus del Papiloma Humano, a propósito de un caso. *Enferm Doc.* 2013; 100: 23-7
16. Morano R, Torné A, Castellsagué X. Impacto sanitario y económico de la vacunación frente al cáncer de cérvix y lesiones precursoras en España. *Prog Obstet Ginecol.* 2012;55(7):299-303.

17. José Gutierrez Y, Puig Ferrer F, Horno Octavio M, Catalán Sesma T, Ruiz Conde MA. Cáncer de cérvix: estudio de la casuística en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza desde el año 2003 al 2011. Clin Invest Gin Obst. 2014.
18. Parra LM, Carrillo GM. Calidad de vida de mujeres en situación de enfermedad crónica de cáncer de cérvix. Av Enferm. 2011;29 (1):87-96
19. Arzuaga Salazar MA, de Souza M, Lima VL. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Rev Cubana Enferm. 2012;28(1):63-73.
20. Albero Abril G, Belloví Fava C, Borrás Balada J, Boch José FX, Castellsagué Piqué X, Cortés Bordoy X, et al. Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención. [monografía en Internet] .4º Edición: de Sanjosé LLongueras S, García García AM, 2006 [acceso 23 febrero 2016] Disponible en:
<http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/4monografiaVirusPapilomaYCancer.pdf>
21. Cid-Ruzafa J., Damián – Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública. (Madrid) 1997;71(2)
22. Mirallas Martínez J.A, Real Collado Mª C. ¿Índice de Barthel o Medida de Independencia Funcional?. Rehabilitación (Madrid) 2003;37(3):152-7
23. Pérez N., García L. et all. Valoración del Paciente Geriátrico. Medicine. 2014;11(62):3641-58
24. Cervantes R.G., Villarreal E. et all. El estado de salud de los ancianos en las prácticas de atención primaria de la salud mediante una valoración geriátrica integral. Aten Primaria. 2014;212 (14)271-6

25. Potter P, Perry A. Sueño. En: Potter P, Perry A. Fundamentos de Enfermería. 3º ed. Madrid : Mosby/Doyma; 1996;728- 49

26. Heather Herdman T. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier. 2012-2014.

27. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

28. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM, editoras. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier; 2006.

ANEXOS

Anexo I. Escala de Barthel:

<p>Comida</p> <p>10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.</p> <p>5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo</p> <p>0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona</p>
<p>Aseo</p> <p>5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.</p> <p>0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.</p>
<p>Vestido</p> <p>10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda</p> <p>5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.</p> <p>0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas</p>
<p>Arreglo</p> <p>5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.</p> <p>0. Dependiente. Necesita alguna ayuda</p>
<p>Deposición</p> <p>10. Continente. No presenta episodios de incontinencia.</p> <p>5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.</p> <p>0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.</p>
<p>Micción</p> <p>10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc)</p> <p>5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos</p> <p>0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse</p>
<p>Ir al retrete</p> <p>10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.</p> <p>5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.</p> <p>0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor</p>
<p>Traslado cama /sillón</p> <p>15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.</p>

Fuente: Mirallas Martínez J.A, Real Collado Mª C. ¿Índice de Barthel o Medida de Independencia Funcional?. *Rehabilitación (Madrid)* 2003;37(3):152-7

Anexo II. Índice de Lawton y Brody:

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
Puntuación total:	
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
- No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0

Fuente: Cervantes R.G., Villarreal E. et all. El estado de salud de los ancianos en las prácticas de atención primaria de la salud mediante una valoración geriátrica integral. Aten Primaria. 2014;212 (14)271-6

Anexo III. Entrevista de Valoración del Sueño (25)

1. ¿Cuál es su patrón y tipo habitual de sueño? (horas, horario, duración, siestas, si se despierta por la noche, necesidad de levantarse durante la noche, sueño profundo, si se despierta con estímulos suaves o no) ¿Le resulta suficiente o adecuado?
2. ¿Los cambios en el entorno, en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño? Especificar cuáles y cómo.
3. ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?
4. ¿Cómo influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar? (En situaciones de estrés, ansiedad, modificaciones de peso, constantes vitales, etc.)
5. ¿Sabe cómo reducir o controlar las tensiones y el dolor?
6. ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar? (Leer, dormir, relajarse, etc.)
7. ¿Hay algo que interfiera en su descanso en este momento?
8. ¿Qué sentido tiene para Ud. el dormir? (como rutina, obligación, placer, relajación, evasión, compensación) ¿Conoce los efectos positivos y negativos de cada una de estas tres formas de comportamiento?
9. ¿Tiene sueños /pesadillas cuando duerme?
10. ¿Utiliza algún medio con el fin de facilitar el sueño? (Masajes, relajación, música, entretenimiento, lectura)
11. ¿Utiliza algún medicamento para dormir o para estimularse? ¿Conoce sus efectos?
12. ¿Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo/descanso?

Fuente: Potter P, Perry A. Sueño. En: Potter P, Perry A. *Fundamentos de Enfermería*. 3º ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996;728- 49