



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**Plan de cuidados a una paciente con
disgerminoma.**

**Plan of care for a patient with
dysgerminoma.**

Autor/es

Teresa Larriba Llamas

Director/es

José Raúl Pérez Sanz

Facultad de Ciencias de la Salud
2018/2019

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	8
METODOLOGÍA.....	8
DESARROLLO.....	11
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	24
ANEXOS.....	31

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los tumores de células germinativas del ovario constituyen un grupo de cánceres de rara presentación, malignos y de rápida evolución, que suelen aparecer en mujeres jóvenes, siendo el disgerminoma un tipo de ellos. El disgerminoma requiere cirugía y biopsia, pues al no secretar hormonas no tiende a causar elevación de los marcadores séricos. Su silente y rápida evolución, muchas veces dificulta su precoz diagnóstico y tratamiento adecuado.

OBJETIVO: Se ha realizado un proceso de atención de enfermería sobre una paciente diagnosticada con disgerminoma.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sobre el disgerminoma en diferentes bases de datos, buscadores y páginas web. Se ha realizado la valoración de las necesidades de la paciente según Virginia Henderson.

CONCLUSIONES: Se ha buscado aportar unos cuidados de mayor calidad a la enferma y un mayor conocimiento de la enfermedad por parte del profesional de enfermería.

PALABRAS CLAVE: "disgerminoma", "ovario", "cáncer", "tratamiento", "células germinativas", "mujer", "joven", "enfermería", "microscopio", "fertilidad".

ABSTRACT

INTRODUCTION: Germinative cell tumors of the ovary constitute a group of cancers of rare presentation, malignant and fast evolution, that usually appear in young women, being dysgerminoma one of them. The dysgerminoma requires surgery and biopsy, because not secreting hormones does not tend to cause elevation of serum markers. Its silent and fast evolution, often hinders its early diagnosis and adequate treatment.

OBJECTIVE: A nursing care process has been carried out on a patient diagnosed with dysgerminoma.

METHODOLOGY: A bibliographic search on dysgerminoma was done in different databases, search engines and web pages. The assessment of the needs of the patient has been made according to Virginia Henderson.

CONCLUSIONS: It has sought to provide higher quality cares to the patient and a greater knowledge of the disease by the nursing professional.

KEYWORDS: "dysgerminoma", "ovary", "cancer", "tratment", "germinative cells", "woman", "young", "nursing", "microscope", "fertility".

INTRODUCCIÓN

El ovario es un órgano muy complejo desde la perspectiva embriológica, histológica y funcional. Por tales motivos es el asiento de tumores de muy diferentes morfologías y algunos de esos tumores pueden tener funciones hormonales, por ello se justifica que existan diferentes clasificaciones para los tumores de ovario. Estos tumores pueden aparecer en cualquier edad de la mujer lo que complica su manejo desde el punto de vista clínico, así como las consecuencias para su vida. Los tumores de ovario representan un gran reto para el diagnóstico ginecológico y constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer. Los tumores germinales del ovario son raros en las niñas y en las adolescentes, pero curables en la mayoría de los casos. Solo el 18 % al 20 % de ellos son malignos ¹⁻⁴.

Los tumores de células germinativas del ovario, divididas en disgerminomas y no disgerminomas, proceden de las células germinales primitivas del ovario y constituyen un grupo de cánceres de rara presentación, sumamente malignos y de rápida evolución, que suelen aparecer en mujeres jóvenes. Los disgerminomas tienden a crecer y diseminarse lentamente. Son el tipo más común de tumor de células germinativas de ovario ⁵⁻¹⁰.

Los tumores malignos de células germinales del ovario tienen una incidencia de alrededor de 0,5 / 100,000. Representan menos del 5% de todos los tumores de ovario, de los cuales el 32.8% son disgerminomas, el análogo femenino de los seminomas. Estos tumores se presentan en todos los

grupos de edad, con una incidencia máxima por debajo de los 20 años en las mujeres ¹¹⁻¹⁴.

El disgerminoma, raro pero interesante tumor, fue descrito por primera vez por Chevassu en su tesis de grado en París en el año de 1906, como "Seminoma del testículo". Cinco años más tarde, Chenot en tesis también desde París lo reconoció en el ovario y lo denominó "Seminoma Ovarii". Fue Robert Meyer quien finalmente en 1924 adoptó el término de Disgerminoma^{15, 16}.

El disgerminoma requiere cirugía y biopsia, pues al no secretar hormonas no tiende a causar elevación de los marcadores séricos. Lo común es que el cuadro clínico se manifieste con dolor abdominal y masa abdomino-pélvica palpable de rápido inicio. En aproximadamente el 10% de las pacientes afectadas se reporta dolor abdominal agudo por distensión capsular, necrosis, hemorragia, ruptura o torsión. Esta masa puede producir síntomas de presión sobre la vejiga o el recto y causar irregularidades menstruales en pacientes menárquicas. Otros síntomas poco frecuentes son el sangrado vaginal y la constipación. Las manifestaciones clínicas se hacen evidentes en unas cuantas semanas por la rapidez con la que crecen estas lesiones, lo que puede hacer sospechar un embarazo. La falta de una oportuna atención y de un diagnóstico y tratamiento adecuados, pondrá en riesgo la vida de estas pacientes, por lo que es fundamental tomar en cuenta que todo crecimiento abdominal en niñas prepúberes o mujeres adolescentes corresponderá a un tumor germinal hasta no demostrar lo contrario ^{1, 17, 18}.

En el examen general, los disgerminomas suelen ser masas sólidas con superficie de corte homogénea lobulada. Los focos de necrosis, hemorragia y degeneración quística pueden estar presentes, pero sugieren la posibilidad de otros elementos de células germinales neoplásicas ¹⁸.

En el examen microscópico, se observan las poblaciones monótonas de células redondas u ovaladas poligonales grandes. Los patrones de crecimiento incluyen células sólidas, trabeculares, insulares, pseudoglandulares y dispuestas individualmente que se intersectan con tabiques fibrosos con infiltración de células inflamatorias, predominantemente linfocitos ¹⁸⁻²⁰.

Ante la sospecha de cáncer de ovario, lo primero que se debe realizar a la paciente es una evaluación general consistente en: una historia clínica completa y una exploración física minuciosa con exploración de la pelvis y exploración ginecológica realizada por un ginecólogo, así mismo se suele realizar una analítica de sangre, y radiografía de tórax. Otras pruebas que se deben realizar son exploraciones radiológicas, es decir pruebas de imagen ²¹.

El empleo de la ecografía para el diagnóstico de los tumores de ovario, es útil en etapas tempranas en las que son asintomáticos, por ser un método efectivo, fácil, económico y no invasivo ²².

El conocimiento de la historia natural temprana y los patrones de invasión del cáncer epitelial sirven de base para un sistema racional para el estadiaje de esta neoplasia y para el tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario. La anamnesis, la exploración clínica, los estudios radiográficos y de laboratorio, conforman el estudio preoperatorio de la paciente con cáncer de ovario, pero son los hallazgos histológicos y el análisis de la extensión quirúrgica los puntos fundamentales para estadificar el cáncer de ovario. Una inadecuada estadificación dificulta la toma correcta de decisiones terapéuticas e impide estimar la supervivencia y evaluar la respuesta a los tratamientos aplicados. El pronóstico del cáncer de ovario dependerá del tipo histológico, del grado de diferenciación tumoral, de la etapa clínica y de la amplitud de la exéresis ¹⁸⁻²².

En más de 80 % de los casos el cáncer de ovario se presenta habitualmente en estadios clínicos avanzados y solo de 35-45 % de las pacientes tienen una supervivencia media de 5 años; sin embargo, esta misma supervivencia en las diagnosticadas en estadio I es de más de 90 % y muchas de ellas se curan simplemente con cirugía ^{22,23}.

La terapéutica quirúrgica de elección para neoplasias germinales malignas del ovario deberá contemplar la preservación de la fertilidad y consistirá en la salpingooforectomía unilateral. En casos de afectación bilateral sólo en 10-15% de los disgerminomas puede ser una opción la cistectomía del ovario menos involucrado ^{5, 6, 23, Anexo 1}.

Para los tumores germinales los protocolos quimioterapéuticos son los de los tumores germinales testiculares. Debido a la infrecuencia de estos tumores, a las dificultades del diagnóstico histológico y a la falta de factores pronósticos reconocidos y, en muchos casos, de estudios prospectivos, las decisiones terapéuticas no pueden basarse en criterios establecidos, por lo que debe recurrirse a concertaciones multidisciplinarias entre expertos. Los resultados del tratamiento, después de la cirugía de conservación de la fertilidad, han mejorado sustancialmente con esquemas de quimioterapia que combinan bleomicina, etopósido y cisplatino (BEP) o un alcaloide de la vinca: combinación de vincristina, dactinomicina y ciclofosfamida (VAC). El uso de BEP se ha propuesto para pacientes con cáncer de ovario de alto riesgo, después de la cirugía para preservar la fertilidad, siendo la tasa de recidiva más baja y el tratamiento más corto ^{10, 23-25}.

Algunos autores han sugerido la adición de técnicas de reproducción asistida que utilizan estimulación ovárica gonadotrópica para la recuperación de óvulos después de la realización de una ooforectomía unilateral que preserva la fertilidad. Estos procedimientos están destinados a salvaguardar el potencial de fertilidad mediante la crioconservación de embriones u ovocitos para el futuro. La reducción de la reserva ovárica puede ser una preocupación en mujeres con operaciones ováricas previas. Para ofrecer la oportunidad de conservar la fertilidad, la crioconservación debe realizarse antes del inicio de la terapia contra el cáncer ²⁵⁻²⁸.

El cáncer es una enfermedad que no solo causa daños y limitaciones físicas, sino que también causa cambios psicológicos con impactos negativos. Los pacientes con cáncer tienen una alta tasa de trastornos psiquiátricos comórbidos, así como trastornos psicológicos no específicos. La mayoría de los pacientes experimentan cierto nivel de sufrimiento psicológico continuo a lo largo del curso de su enfermedad con una evidencia particular de depresión y ansiedad. Las mujeres con cáncer ginecológico tienen una mayor tendencia a la depresión. Además, una reducción radical en la calidad de vida ayuda a aumentar el estado de ansiedad y depresión. También sufren como primer malestar los cambios en su cuerpo debido a la cirugía radical o la administración de terapias citotóxicas. La mala imagen corporal se ha asociado significativamente con la fatiga y el funcionamiento

sexual deficiente. Las mujeres pueden quejarse de dispareunia, pérdida del deseo u otra disfunción sexual. Es importante identificar a los pacientes con un riesgo particular de desarrollar problemas sexuales y psicológicos ²⁷.

OBJETIVOS

Realizar un plan de cuidados para una paciente con disgerminoma de ovario para el mejor control de los síntomas de la enfermedad.

- Actualizar la información sobre el disgerminoma.
- Incrementar el conocimiento del profesional de enfermería para mejorar y aumentar la calidad de vida del paciente.
- Valorar las necesidades de la paciente con disgerminoma según Virginia Hernderson.
- Identificar los problemas reales o potenciales de la paciente que surgen desde el diagnóstico de la enfermedad.
- Establecer objetivos e intervenciones según las necesidades de la paciente.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del trabajo se realizará una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, buscadores, libros y páginas web sobre el disgerminoma (Tabla 1). A partir de una serie de palabras clave: "disgerminoma", "ovario", "cáncer", "tratamiento", "células germinativas", "mujer", "joven", "enfermería", "microscopio", "fertilidad", así como los operadores booleanos "AND", "OR", "NOT" correspondientes. El criterio de selección se basará en artículos publicados actuales en español o inglés, sin embargo, se excluirán aquellos que no sean de humanos.

La planificación desde el comienzo del trabajo en diciembre hasta la finalización del desarrollo se puede ver representada en el cronograma de Gant (Tabla 2).

Previamente al comienzo del trabajo se aporta un consentimiento informado a la paciente explicándole la metodología a seguir. La paciente aporta el permiso para poder trabajar con su historia clínica y pide que se guarde su identidad confidencialmente. Se adjunta documento de consentimiento informado ANEXO 2.

Fuente	Palabra clave	Límite	Encontrado	Seleccionado
Pub Med	"ovarian", "cancer", "fertility", "dysgerminoma" "microscopio".	Últimos 5 años, texto completo.	91	5
		Texto completo	75	2
Science direct	"disgerminoma", "tratamiento", "ovario", "enfermería", "joven" "mujer". "células germinativas",	Últimos 5 años.	133	3
		Últimos 10 años.	53	3
		Sin límite.	24	2
Scielo	"disgerminoma" "ovario", "cáncer", "tratamiento", "mujer", "joven", "enfermería", "microscopio", "fertilidad",	Desde los últimos 10 años.	124	4
Otros				15
TOTAL				34

Tabla 1: Fuentes de información.

Fuente: Elaboración propia.

DESARROLLO

Caso clínico:

Antecedentes personales:

Mujer 20 años, sin alergias medicamentosas conocidas hasta la fecha y con antecedentes personales de: asma extrínseco, rinitis alérgica estacional, escoliosis, cefaleas, fumadora, apendicectomía y cirugía de ligamentos cruzados en ambas rodillas. Menarquia a los 11 años.

Antecedentes familiares: Tía abuela paterna presentó cáncer de mama a los 40 años.

Historia actual:

Paciente que acude a su Médico de Atención Primaria (MAP) 24/06/2018 por observar asimetría marcada a nivel abdominal sin dolor.

Su MAP la remite a urgencias y se le realiza analítica de sangre, ecografía abdominal y resonancia magnética.

En la resonancia magnética se objetiva una masa izquierda pélvica de 9.5x18x19 centímetros sólida con calcificaciones, de contornos lobulados bien definidos y que presenta un pedículo central y tabiques fibrosos. Podría corresponder a un tumor de células germinales (tipo disgerminoma o teratoma inmaduro) entre otras posibilidades.

Se programa Intervención Quirúrgica (IQ) el 31/07/2018.

Antes de la llegada a la fecha de la IQ la paciente acude a urgencias el 12/07/2018 por dolor abdominal, acompañado de sensación nauseosa y fiebre vespertina de hasta 38°C desde hace 12 días. Vómitos ocasionales y sensación de plenitud abdominal con la ingesta de líquidos. Ha estado tomando Nolotil, que le alivia parcialmente el dolor y la fiebre. Malestar general. Ausencia de deposición desde hace 3 días, pero sí expulsión de gases. Se comienza sueroterapia de mantenimiento y se comenta el caso con ginecología. Se decide ingreso para mantenimiento y control evolutivo previo a la IQ.

13/07/2018 Buena evolución y se pacta alta. Regreso de la paciente a domicilio bajo prescripción de antibioterapia con amoxicilina- clavulánico 500/125mg 1/8h hasta ingreso para IQ anticipada el 16/07/2018 por complicación de la sintomatología y rápido crecimiento del tumor.

IQ consistente en laparotomía Pfannenstiel, suficiente para el tamaño tumoral (20x15x7 cm) en fosa ilíaca izquierda. Lavado ascítico. Hallazgo de capsulolisis y extravasión de contenido a cavidades adyacentes. Anexectomía izquierda. Cavidad peritoneal normal y sin implantes. Útero y anejo derecho normales a la inspección. Se recoge fragmento tumoral y líquido ascítico para análisis anatomopatológico.

Juicio diagnóstico: Disgerminoma de ovario, estadio IC.

Se pauta tratamiento adyuvante después de la IQ. Quimioterapia de esquema Cisplatino+Etoposido+Bleomicina (BEP) consistente en 4 ciclos de una semana cada uno y 3 semanas de descanso entre ellos.

La paciente acude cada 3 semanas al hospital de día donde enfermería le administra premedicación y a continuación la BEP. El primer ciclo de quimioterapia es el 17/09/2018.

Durante la quimioterapia la paciente presenta mucositis, herpes labial, vómitos, epigastrálgia, diarrea, astenia y alopecia total desde el primer ciclo.

Frecuentes ingresos en urgencias, durante las semanas de descanso de BEP por inmunosupresión, infecciones, malestar general, debilidad generalizada y fiebre. La paciente es tratada con fluidoterapia, medicación, etc.

La paciente solicita la colocación de un reservorio subcutáneo por el dolor a la punción de catéter venoso periférico cada vez que se le administra la BEP. Se realiza la colocación de catéter con reservorio subcutáneo el 2/11/2018 que transcurre sin incidencias.

Termina los 4 ciclos de terapia adyuvante con BEP el 13/12/2018.

Se realizan TAC toraco-abdominal con y sin contraste y análisis de sangre para el control y la evaluación del estado del cáncer.

Se comparan resultados con los iniciales y no hay hallazgos de significación oncológica.

Marzo 2019: curso de la enfermedad favorable, la paciente no presenta recidivas en el momento actual. La paciente no presenta menstruación y se mantienen revisiones con oncología y ginecología periódicamente cada mes.

PLAN DE CUIDADOS A LA PACIENTE PRE-OPERATORIO

Necesidad 9: Evitar peligros/Seguridad.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00146. Ansiedad. R/C cambio estado de salud e inminente operación M/P incertidumbre, nerviosismo y preocupación por su vida.</p>	<p>1402. Autocontrol de la ansiedad. 02 Elimina precursores de ansiedad. 04 Busca información para reducir la ansiedad. 11 Conserva las relaciones sociales.</p> <p>1302. Afrontamiento de problemas. 01 Identifica patrones de superación eficaces. 05 Verbaliza aceptación de la situación. 11 Utiliza estrategias de superación efectivas. 14 Verbaliza la necesidad de asistencia. 22 Utiliza el sistema de apoyo personal.</p>	<p>5230. Mejorar el afrontamiento. 5290. Facilitar el duelo. 5100. Potenciación de la socialización.</p> <p>5270. Apoyo emocional. 0200. Fomento del ejercicio. 7140. Apoyo a la familia. 7280. Apoyo de hermanos. 5420. Apoyo espiritual.</p>

PLAN DE CUIDADOS A LA PACIENTE POST- OPERATORIO

Necesidad 1: Respirar con normalidad.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00030. Deterioro del intercambio de gases.</p> <p>R/C desequilibrio en la ventilación/perfusión</p> <p>M/P disnea y piel pálida.</p>	<p>0402. Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.</p> <p>03 Disnea en reposo.</p> <p>04 Disnea de esfuerzo.</p> <p>11 Saturación de O₂.</p> <p>0802. Signos vitales.</p> <p>01 Temperatura corporal.</p> <p>02 Frecuencia cardiaca apical.</p> <p>05 Presión arterial sistólica.</p> <p>06 Presión arterial diastólica.</p>	<p>3320. Oxigenoterapia.</p> <p>6540. Control de infecciones.</p> <p>4190. Punción intravenosa (I.V).</p> <p>3900. Regulación de la temperatura.</p> <p>3590. Vigilancia de la piel.</p> <p>4140. Reposición de líquidos.</p> <p>6482. Manejo ambiental: confort.</p>

Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00002. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.</p> <p>R/C efectos secundarios farmacológicos</p> <p>M/P aversión a los alimentos y pérdida de peso.</p>	<p>1004. Estado nutricional.</p> <p>02 Ingestión de alimentos.</p> <p>08 Ingesta de líquidos.</p> <p>1014. Apetito.</p> <p>01 Deseo de comer.</p> <p>04 Disfrute con la comida.</p>	<p>1120. Terapia nutricional</p> <p>1020. Etapas en la dieta.</p> <p>1720. Fomentar la salud bucal.</p> <p>1400. Manejo del dolor</p> <p>2240. Manejo de la quimioterapia.</p>
<p>00134. Náuseas</p> <p>R/C tratamiento con quimioterapia</p> <p>M/P sensación de náuseas y vómitos.</p>	<p>1618. Control de náuseas y vómitos.</p> <p>01 Reconoce el inicio de náuseas.</p> <p>05 Utiliza medidas preventivas.</p> <p>06 Evita factores causales cuando es posible.</p> <p>08 Utiliza medicación antiemética según recomendaciones.</p> <p>11 Informa de síntomas no controlados al profesional de asistencia sanitaria.</p>	<p>2380. Manejo de la medicación.</p> <p>1450. Manejo de las náuseas.</p> <p>1570. Manejo del vómito.</p> <p>1400. Manejo del dolor.</p> <p>2300. Administración de medicación.</p> <p>5900. Distracción.</p>

Necesidad 3: Eliminación.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00013. Diarrea R/C efectos secundarios farmacológicos M/P frecuentes deposiciones líquidas y dolor abdominal.</p>	<p>2103. Severidad de los síntomas. 02 Frecuencia del síntoma. 03 Persistencia del síntoma. 05 Inquietud asociada. 10 Relaciones interpersonales alteradas.</p>	<p>0460. Manejo de la diarrea. 2300. Administración de medicación. 1400. Manejo del dolor. 0430. Control intestinal. 5270. Apoyo emocional.</p>

Necesidad 4: Moverse y mantener una postura adecuada.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00085. Deterioro de la movilidad física R/C ingreso hospitalario y pérdida de condición física M/P disconfort.</p>	<p>2004. Forma física. 01 Fuerza muscular 02 Resistencia muscular. 05 Ejercicio habitual.</p>	<p>0140 Fomentar la mecánica corporal. 0226. Terapia de ejercicios: control muscular. 0202 Fomento del ejercicio: estiramientos.</p>

Necesidad 5: Reposo/ sueño.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
00198. Trastorno del patrón del sueño R/C efectos secundarios de la quimioterapia M/P dificultad para conciliar el sueño y despertarse a mitad de noche.	0004. Sueño. 02 Horas de sueño cumplidas. 04 Calidad del sueño. 19 Cama confortable. 25 Dolor.	1850. Mejorar el sueño. 6040. Terapia de relajación. 2300. Administración de medicación. 6482. Manejo ambiental confort.

Necesidad 6: Vestirse y desvestirse. Necesidad cubierta por la paciente.

Necesidad 7: Temperatura.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
0007. Hipertermia R/C tratamiento quimioterapéutico e inmunosupresión M/P temperatura corporal por encima de 37,5 °C.	0800. Termorregulación. 01 Temperatura cutánea aumentada. 03 Cefalea.	3900. Regulación de la temperatura. 3740. Tratamiento de la fiebre. 6540. Control de infecciones.

Necesidad 8: Mantener la higiene corporal/ piel.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00248. Riesgo de deterioro de la integridad tisular R/C procedimiento quirúrgico.</p>	<p>1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 02 Sensibilidad. 04 Hidratación. 13 Integridad de la piel. 17 Tejido cicatricial. 21 Eritema. 23 Necrosis.</p> <p>1803. Conocimiento: Proceso de la enfermedad. 09 Complicaciones potenciales de la enfermedad. 10 Signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad.</p>	<p>3500. Manejo de presiones. 3590. Vigilancia de la piel. 2316. Administración de medicación: tópica. 3440. Cuidados del sitio de incisión. 6550. Protección contra las infecciones.</p> <p>5602. Enseñanza: proceso de enfermedad. 6610. Identificación de riesgos.</p>
<p>00045. Deterioro de la mucosa oral R/C inmunosupresión M/P dolor oral, fisura oral, palidez en la mucosa oral y sangrados.</p>	<p>0702. Estado inmune. 01 Infecciones recurrentes. 09 Integridad mucosa.</p>	<p>2240. Manejo de la quimioterapia. 6550. Protección contra las infecciones. 2380. Manejo de la medicación.</p>

Necesidad 9: Evitar peligros/ Seguridad.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00004. Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo.</p>	<p>2305. Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato. 13 Nivel de conciencia. 21 Sangrado. 22 Dolor. 23 Drenado en el apósito.</p>	<p>6650. Vigilancia. 3440. Cuidados del sitio de incisión. 2380. Manejo de la medicación.</p>
<p>00132. Dolor agudo R/C proceso quirúrgico y repetidas punciones M/P postura de evitación del dolor, expresión fácil del dolor y manifestación verbal.</p>	<p>1605. Control del dolor. 13 Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario. 2102. Nivel del dolor. 01 Dolor referido. 04 Duración de los episodios de dolor.</p>	<p>4420. Acuerdo con el paciente. 5606. Enseñanza: individual. 1400 Manejo del dolor. 2314. Administración de medicación: intravenosa (iv).</p>
<p>00148. Temor R/C comienzo de administración de quimioterapia M/P expresión verbal y sentimientos de tristeza.</p>	<p>1404. Autocontrol del miedo. 02 Busca información para reducir el miedo. 05 Planea estrategias para superar las situaciones temibles.</p>	<p>5230. Mejorar el afrontamiento. 5390. Potenciación de la seguridad.</p>

00206 Riesgo de sangrado R/C terapia adyuvante.	0490. Coagulación sanguínea. 02 Sangrado. 03 Hematomas.	4010. Prevención de hemorragias. 4030. Administración de hemoderivados.
---	--	--

Necesidad 10: Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
00052. Deterioro de la interacción social R/C aislamiento terapéutico M/P insatisfacción con los compromisos sociales, rebeldía con la situación y discomfort con la situación.	0123. Desarrollo: adulto joven. 01 Expresa pensamientos complejos. 08 Adapta el estilo de vida según los acontecimientos vitales. 2609. Apoyo familiar durante el tratamiento. 01 Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo. 07 Los miembros animan al miembro enfermo. 15 Busca apoyo social para el miembro enfermo.	5250. Apoyo en la toma de decisiones. 4640. Ayuda para el control del enfado. 5470. Declarar la verdad al paciente. 7170. Facilitar la presencia de la familia. 5430. Grupo de apoyo. 5618. Enseñanza: procedimiento/ tratamiento.

Necesidad 11: Creencias/ valores.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00066. Sufrimiento espiritual R/C acontecimiento vital inesperado (cáncer) M/P cuestionamiento del sentido del sufrimiento.</p>	<p>1302. Afrontamiento de problemas. 01 Identifica patrones de superación eficaces. 04 Refiere disminución de estrés. 05 Verbaliza aceptación de la situación.</p>	<p>5290. Facilitar el duelo. 7280. Apoyo de hermanos. 5270. Apoyo emocional. 5250. Apoyo en la toma de decisiones.</p>

Necesidad 12: Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00118. Trastorno de la imagen corporal R/C alteración del aspecto M/P alopecia total.</p>	<p>1200. Imagen corporal. 05 Satisfacción con el aspecto corporal. 07 Adaptación a cambios en el aspecto físico. 17 Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto.</p>	<p>5220. Mejora de la imagen corporal. 5270. Apoyo emocional. 5440. Aumentar los sistemas de apoyo. 5240. Asesoramiento.</p>

	<p>1205. Autoestima.</p> <p>01 Verbalizaciones de autopercepción.</p> <p>02 Aceptación de las propias limitaciones.</p> <p>07 Comunicación abierta.</p>	<p>5400. Potenciación de la autoestima.</p> <p>5330. Control del estado de ánimo.</p> <p>4920. Escucha activa.</p>
--	---	---

Necesidad 13: Recrearse.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00097 Déficit de actividades recreativas</p> <p>R/C hospitalización M/P aburrimiento y entorno que no permite dedicarse a la actividad.</p>	<p>1604. Participación en actividades de ocio.</p> <p>01 Participación en actividades diferentes al trabajo habitual.</p> <p>10 Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo.</p> <p>1209. Motivación.</p> <p>01 Planes para el futuro.</p> <p>04 Obtiene el apoyo necesario.</p> <p>06 Busca nuevas experiencias.</p>	<p>5360. Terapia de entretenimiento.</p> <p>5320. Humor.</p> <p>5395. Mejora de la autoconfianza.</p> <p>5440. Aumentar los sistemas de apoyo.</p> <p>5100. Potenciación de la socialización.</p>

Necesidad 14: Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00182. Disposición para mejorar el autocuidado R/C querer colaborar en sus cuidados M/P expresión del deseo.</p>	<p>1632. Conducta de cumplimiento: Actividad prescrita. 01 Discute las recomendaciones de actividad con el profesional sanitario. 04. Establece objetivos de actividad alcanzables a corto plazo con el profesional sanitario.</p>	<p>4410. Establecimiento de objetivos comunes. 4480. Facilitar la autorresponsabilidad.</p>

Se han valorado las necesidades del paciente holísticamente durante el proceso de enfermedad. Enfermería ha llevado a cabo las actividades correspondientes para mejorar el estado de salud de la enferma según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

CONCLUSIONES

PRIMERA. Se han podido detectar los problemas reales y potenciales de la paciente y se han establecido objetivos e intervenciones conforme a sus necesidades.

SEGUNDA. El personal de enfermería tiene el conocimiento de la enfermedad adecuado y ha adquirido las herramientas convenientes para conocer los síntomas de la enfermedad y tratar al enfermo mejorando la calidad de su cuidado.

TERCERA. El personal de enfermería es esencial en la identificación de la sintomatología y en sus cuidados posteriores, siendo su intervención individualizada para cada paciente en el proceso de enfermedad.

CUARTA. Para unificar y dar continuidad en los cuidados de enfermería son necesarios los planes de cuidados así se disminuye la variabilidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Socorro-Castro C, Chávez-Valdivia M, Martínez-Navarro J. Disgerminoma puro de ovario en adolescente: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Finlay. [Internet]. 2018 [Citado 15 feb 2019]; 8 (4): 321-326. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342018000400010&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Novoa-Vargas A. Historia natural del cáncer de ovario. Ginecol. Obstet. Mex. [Internet]. 2014 [Citado 17 ener 2018]; 82 (9): 613-622. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom149f.pdf>

3. Brito Y, Caravia F, Hernández D, González AG, Massip J. Caracterización de las pacientes con cáncer de ovario. Hospital Gineco-Obstétrico "Ramón González Coro" 2001-2013. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2017 [Citado 16 feb 2019]; 39 (Suppl 1): 729-740. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700004&lng=es
4. Jeong H, Leem S, Wee K, et al. Integrative network analysis for survival-associated gene-gene interactions across multiple genomic profiles in ovarian cancer. J. Ovarian. Res. [Internet]. 2015 [Citado 29 feb 2019]; 8 (1): 42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26138921>
5. Torres-Lobatón A. Tumores malignos de células germinales del ovario. Estado actual de su diagnóstico y tratamiento. Ginec. Obstet. Mex. [Internet]. 2014 [Citado 16 feb 2019]; 82 (3):177-187. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48390>
6. Berek SJ, Friedlander M, Hacker FN. Cáncer de células germinales y otros cánceres ováricos no epiteliales. En: Oncología Ginecológica de Berek & Hacker. 5ª ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2010; 509-535.
7. Weinberg E, Lurain J, Singh D, Schink J. Survival and reproductive outcomes in women treated for malignant ovarian germ cell tumors. Gynecol. Oncol. [Internet]. May 2011 [Citado 1 mar 2019]; 121 (2): 285-289. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825811000151?via%3Dihub>

8. San Román-Sigler M.V, De la Rosa-Fernández J, Campelo-Martínez T, Huarte-Martínez M, Ereño-Zarate C, López-Valverde M. Actualización del disgerminoma ovárico. Proc. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2007 [Citado 18 feb 2019]; 50, (2): 103-105. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501307731564>
9. Zuntova A, Sumerauer D, Teslik L, Kotecky J. Ovarian dysgerminoma in children and adolescents. Retrospective clinico-pathologic study. Cas. Lek. Cesk. [Internet]. 2004 [Citado 1 mar 2019]; 143(4):246-252. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15218724>
10. PDQ® sobre el tratamiento para adultos. PDQ Tratamiento de los tumores de células germinativas del ovario. Bethesda, MD: National Cancer Institute [Internet]. [Actualizado 8 abr 2017, citado 16 feb 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/ovario/pro/tratamiento-celulas-germinativas-ovario-pdq>.
11. Zogbi L, Gonçalves C. V, Tejada V. F, Martins D, Fabine Karam et al. Treatment of bilateral ovarian dysgerminoma with 11-year follow-up: A case report. Annals of Medicine and Surgery [Internet]. 2018 [Citado 18 feb 2019]; 33: 50-52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080118301432>
12. Smith H, Berwick M, Verschaegen C, Wiggins C, Lansing L, Muller C, et al. Incidence and survival rates for female malignant germ cell tumors. Obstet. Gynecol. [Internet]. May 2006 [Citado 5 mar 2019]; 107 (5): 1075-1085. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2006/05000/Incidence_and_Survival_Rates_for_Female_Malignant.19.aspx#pdf-link

13. Meisel J, Woo K, Sudarsan N, Eng J, Patil S, et al. Development of a risk stratification system to guide treatment for female germ cell tumors. *Gynecol. Oncol.* [Internet]. Sept 2015 [Citado 28 feb 2019]; 138 (3): 566-572. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825815300524?via%3Dihub>
14. Lobo J, Calderaro F, Jurado J, Escalona S, López A, Díaz D. Neoplasia maligna ginecológica. Incidencia en el nuevo milenio. Experiencia del servicio oncológico hospitalario IVSS. *Rev. Ven. Onc.* [Internet]. 2019 [Citado 20 feb 2019]; (1): 16-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375657637005>
15. Villareal Mejía, J. Disgerminoma: actualización del tema y presentación de cinco casos. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* [Internet]. 1963 [Citado 16 feb 2019]; 14 (3): 277-289. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2340>
16. McCurdy R. E, Sawyer K. C. (1957). Dysgerminoma of the ovary. *Am. J. Surg.* [Internet]. 1957 [Citado 20 feb 2019]; 94, (6): 951-954. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0002961057900892>
17. Quero-Hernández A. Hernández-Arriola J. Socorro-López Z, Pérez-Bautista A. Tumores del ovario en niñas y adolescentes, en un hospital general. *Rev. Mex. Pediatr.* [Internet]. 2005 [Citado 19 feb 2019]; 72, (4); 174-178. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2005/sp054d.pdf>
18. Nili F, Nobari N, Abdollahi A. Pseudopapillary and macrofollicular microscopic growth patterns in an advanced stage ovarian dysgerminoma: a case report. *Iran. J. Pathol.* [Internet]. 2018 [Citado 19 feb 2019]; 13 (1), 94-98. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5929395/>

19. Kamal NM, Khan U, Mirza S, Mazoun K, Mirza FM, Jundi M. Ovarian dysgerminoma with normal serum tumour markers presenting in a child with precocious puberty. *J. Cancer. Res. Ther.* [Internet]. 2015 [citado 29 feb 2019]; 11 (3): 661. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26458677>
20. Capito C, Arnaud A, Hameury F, Fremond B, Lardy H, Leclair MD, et al. Dysgerminoma and gonadal dysgenesis: The need for a new diagnosis tree for suspected ovarian tumours. *J. Pediatr. Urol.* [Internet]. 2011 [Citado 4 marzo 2019]; 7 (3): 367-372. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477513111000672?via%3Dihub>
21. Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. Cáncer de ovario. [Internet] [Citado 28 feb 2019]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/ovario?showall=1>
22. Pons-Porrata L. M, García-Gómez O, Salmon-Cruzata A, Macías-Navarro M.M, Guerrero-Fernández C. M. Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. *Medisan* [Internet]. Jun 2002 [Citado 22 Feb 2019]; 16 (6): 920-931. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600013&lng=es
23. Ray-Coquard I, Pujade-Lauraine E, Pautier P, Méeus P, et al. Tumores infrecuentes del ovario: estrategias terapéuticas y organización del tratamiento. *EMC. Ginecol. Obstet.* [Internet]. Ener 2012 [Citado 22 feb 2019]; 48 (1): 1-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X12608340>

24. Quero-Hernández A, Estrada-Correa R, Tenorio-Rodríguez H, Álvarez-Solís. RM. Tumor de células germinales de ovario: características clínicas y resultados del tratamiento. *Cir. Ciruj.* [Internet]. 2007 [Citado 23 feb 2019]; 75(2): 81-85. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66275205>
25. Feichtinger M, Rodriguez-Wallberg K. A. Fertility preservation in women with cervical, endometrial or ovarian cancers. *Gynecol. Oncol. Res. Pract.* [Internet]. 2016 Jul [Citado 22 feb 2019]; 3: 8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4962474/>
26. De Felice F, Marchetti C, Di Pinto A, et al. Fertility preservation in gynaecologic cancers. *Ecancermedicalscience* [Internet]. 2018 [Citado 22 feb 2019]; 12: 798. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5804712/>
27. Tomao F, Di Pinto A, Sassu C. M, Di Donato V. Fertility preservation in ovarian tumours. *Ecancermedicalscience* [Internet]. 2018 [Citado 22 feb 2019]; 12: 885. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30679952>
28. Pérez H, Cópola F, Martínez J, Afonso Y, Domínguez A, Aguirre R, et al. Criopreservación de corteza ovárica en pacientes jóvenes con cáncer e indicación de tratamiento gonadotóxico. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 2007 [Citado 3 marzo 2019]; 23 (2): 99-108. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902007000200005

29. Jara-Sanabria F, Lizano-Pérez A. Aplicación del proceso de atención de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2016 [Citado 5 marzo 2019]; 13 (4): 208-215. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300410>
30. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. 3ª ed. Masson, 2008.
31. Herdman T.H, Kamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier España, 2015.
32. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M.L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 6ª ed. Madrid: Elsevier España, 2018.
33. Butcher H.K, Bulechek G.M, Dochterman J.M, Wagner C.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC) 7ª ed. Madrid: Elsevier España, 2018.
34. NNNConsult [Internet]. 2019 [Citado 19 Marzo 2019]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/nanda/nec>

ANEXO 1

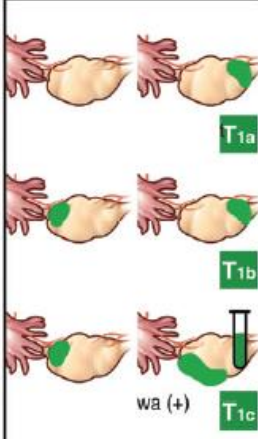
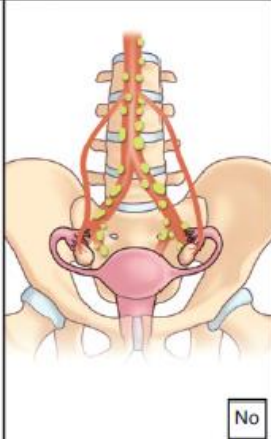
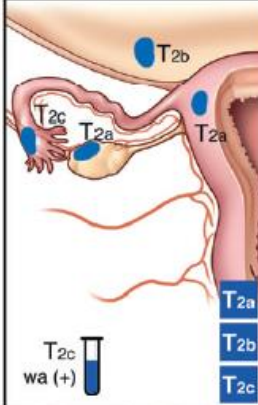
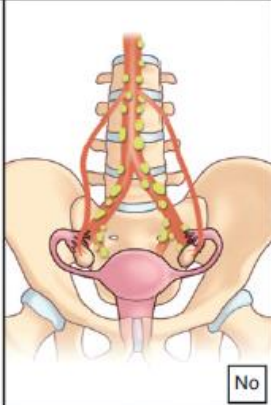
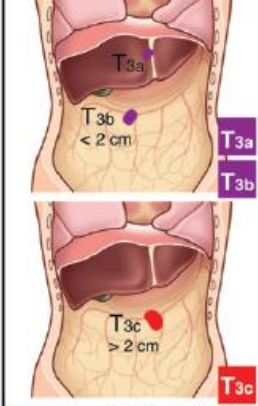
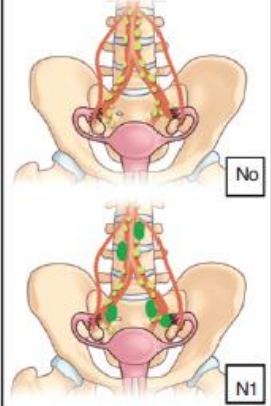
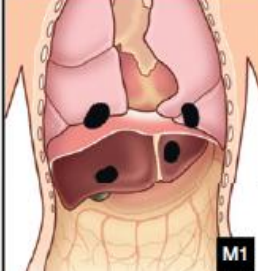
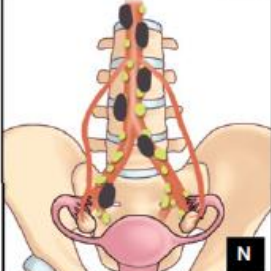
	Definición			Description
	FIGO	TNM		
	I	T1N0M0		Tumor limitado a los ovarios: sin células malignas ganglionares regionales
	IA	T1aN0M0		Tumor limitado a un ovario: cápsula intacta, sin tumor en la superficie del ovario, sin células malignas en la ascitis o el lavado peritoneal
	IB	T1bN0M0		Tumor en los dos ovarios: cápsulas intactas, sin tumor en la superficie de los ovarios, sin células malignas en la ascitis o el lavado peritoneal
	IC	T1cN0M0		Tumor de un ovario con ruptura de la cápsula o tumor en la superficie ovárica, o células malignas en el líquido de ascitis o del lavado peritoneal
	II	T2N0M0		Tumor de un ovario o de ambos ovarios extendido a la pelvis, con o sin implantes
	IIA	T2aN0M0		Extensión o implantes en el útero o las trompas, sin célula maligna en la ascitis o el lavado peritoneal
	IIB	T2bN0M0		Extensión a los otros tejidos pélvicos, sin célula maligna en la ascitis o el lavado peritoneal
	IIC	T2cN0M0		Extensión pélvica (T2a o T2b) con células malignas en el líquido de la ascitis o del lavado peritoneal
	III	T3N0M0		Tumor de un ovario o de ambos ovarios con metástasis peritoneal confirmada en el estudio microscópico fuera de la pelvis y/o adenopatía metastásica regional
	IIIA	T3aN0M0		Metástasis peritoneal microscópica fuera de la pelvis
	IIIB	T3bN0M0		Metástasis macroscópica fuera de la pelvis de 2 cm o menos, en mayor dimensión
IIIC	T3c y/o N1	Metástasis macroscópica de más de 2 cm en mayor dimensión y/o adenopatía metastásica regional		
	IV	M1		

Figura 1. Equivalencia de las clasificaciones de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) y tumor-ganglios-metástasis (TNM) para los tumores del ovario.

ANEXO 2



Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Enfermería de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducida por TERESA LARRIBA de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud.

El fin de este Trabajo de Fin de Grado es realizar un proceso de atención de enfermería.

La participación es este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionario y a la entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona


Nombre del Participante:
(en letras de imprenta)

TERESA LARRIBA

Nombre del alumno

Firma del alumno

Fecha 25-3-19


Betia González de la Cuesta, coordinadora de la asignatura Trabajo Fin de Grado, F De Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza