



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“FRECUENCIA DE ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS NANDA EN
PACIENTES HOSPITALIZADAS CON
CÁNCER CÉRVICO UTERINO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A:

MARIA ESTHER ALVAREZ SANVICENTE

CLAUDIA CRUZ SANTIAGO

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. JUAN GABRIEL RIVAS ESPINOSA



MÉXICO D.F.

OCTUBRE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

A DIOS

Dios por haberme dado existencia, el entendimiento y salud.

A MIS PADRES

Como un testimonio de cariño y eterno agradecimiento por mi existencia, valores morales y formación profesional. Porque sin escatimar esfuerzo alguno, me han dado la herencia más valiosa que pudiera recibir han sacrificado gran parte de su vida para formarme y porque nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo.

“En el cielo, directamente después de Dios, vienen los padres”

Wolfgang Amadeus Mozart

A MIS HERMANOS

Por que siempre me tuvieron paciencia y me apoyaron en los momentos de estrés y angustia que pasaba realizando este proyecto.

A MI AMOR

Porque es un gran hombre, me has entendido y dado lo mejor de ti mismo sin esperar nada a cambio... siempre me has escuchado y brindado ayuda cuando al realizar este trabajo me sentía sin fuerzas para continuar.

A MIS ASESOR DE TESIS

Porque durante todo este tiempo nos apoyo, nos brindo su confianza y confió en nuestro esfuerzo, por que compartió gratamente sus conocimientos y experiencias.

Por que para mi es un gran ejemplo a seguir.

A MI COMPAÑERA DE TESIS

Con quien logré un gran equipo de trabajo, siendo una mujer inteligente y perseverante pero sobre todo una gran persona que siempre está dispuesta a ayudar en todo momento.

AL DR. JESUS SERRANO

Porque es esa clase de personas que con su voz regalan luz y energía, siendo sus palabras las que inspiraron y motivaron a la creación de la presente tesis, obteniendo de ella grandes satisfacciones. Gracias por haberme regalado un poco de su esencia.

A LAS MAESTRAS

Matilde Mora, Silvia Ramírez y Patricia Padilla

Por su incondicional apoyo académico y emocional en los momentos de tramites administrativos más estresantes.

*“Imposible, es una palabra que sólo se encuentra en el diccionario de los tontos”
Napoleón Bonaparte.*

Con cariño, Esther

AGRADECIMIENTOS

"Instruye al niño en su camino y aun cuando fuere viejo no se apartara de el"

Doy gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante toda mi carrera profesional.

A mis padres:

A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo.

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer una vida de lucha, sacrificio y esfuerzos constantes. Sólo deseo que sepan que mi esfuerzo fue inspirado en ustedes y que este logro mío es suyo. Porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, fruto del apoyo y confianza que en mí se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecida.

A mi hermano

Por brindarme siempre su apoyo, por estar a mi lado en momentos difíciles y por impulsarme cada día para salir adelante a pesar de las adversidades, por ser ejemplo de lucha constante para lograr superarse y mostrarme que a pesar de los tropiezos de la vida uno debe levantarse y seguir adelante.

A mis amigas.

Con las que compartí a lo largo de toda la carrera momentos de alegría y tristeza, quienes me apoyaron en momentos difíciles y depositaron en mí su confianza. Doy gracias por haberlas conocido ya que de cada una de ellas guardo un gran recuerdo.

A mi compañera Esther:

Le agradezco la confianza depositada en mí para compartir este proyecto, por ser ejemplo de constancia y responsabilidad. Doy gracias por haber tenido la oportunidad de conocerla y darme cuenta que es una persona especial y maravillosa.

Al Director de Tesis:

Agradezco el apoyo y dedicación del Mtro. Juan Gabriel durante el desarrollo del proyecto, por compartir sus conocimientos y enriquecer el proyecto con sus sugerencias e inspirar en mi admiración y respeto.

A las maestras Matilde Mora, Silvia Ramírez y Patricia Padilla

Quienes siempre tuvieron un gesto de cortesía con nosotras y nos brindaron su apoyo incondicional en momentos difíciles y a su vez con sus sugerencias enriquecieron nuestro proyecto.

Con cariño y respeto, Claudia

INDICE

1. Introducción.....	23
2. Justificación.....	5
3. Marco Teórico	7
3.1 Antecedentes.....	7
3.2 Atención al Paciente Oncológico en el Hospital General de México	14
3.3 El Proceso de Enfermería	15
3.3.1 Valoración	15
3.3.2 Diagnóstico	16
3.3.3 Planificación	18
3.3.4 Ejecución	19
3.3.5 Evaluación	19
3.4 Estructura de la Taxonomía II NANDA	20
3.5 Epidemiología del Cáncer	23
3.6 Cáncer Cérvico Uterino	24
3.6.1 Clasificación del Cáncer Cérvico Uterino.....	26
3.6.2 Tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino.....	28
3.6.2.1 Tratamiento Quirúrgico.....	29
3.6.2.2 Radioterapia	31
3.6.2.3 Quimioterapia	32
3.6.3 Alteraciones en el Paciente con Cáncer	33
4. Planteamiento del Problema	37
5. Objetivos	39
6. Material y Métodos	40
6.1 Tipo de Estudio	40
6.2 Población de Estudio	40
6.3 Muestra	40
6.4 Criterios de Selección	41
6.4.1 Criterios de Inclusión	41
6.4.2 Criterios de Selección	41
6.4.3 Criterios de Eliminación	41
6.5 Operacionalización de Variables	42
7. Metodología	45
7.1 Técnica Estadística	46
8. Recursos	47
8.1 Recursos Materiales	47
8.2 Recursos Humanos.....	47
8.3 Consideraciones Ético Legales.....	47

9. Resultados.....	48
10. Discusión.....	76
11. Conclusiones.....	81
12. Perspectivas.....	82
13. Anexos.....	83
13.1 Anexo 1. Aspectos Ético Legales.....	84
13.2 Anexo 2. Consentimiento Informado.....	94
13.3 Anexo 3. Guía de Valoración.....	95
13.4 Anexo 4. Instrumento para Registro de Etiquetas Diagnósticas.	101
13.5 Anexo 5. Cronograma.....	103
14. Bibliografía.....	104

1. INTRODUCCIÓN

Martha Rogers y Madeleine Leininger definen la enfermería como "una ciencia humanística dedicada a la preocupación compasiva por el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación de los enfermos e incapacitados". La enfermera busca promover la interacción e integridad de los seres humanos y dirigir y redirigir los patrones de interacción entre la persona y el entorno para realización de un máximo potencial de salud.

Ante la necesidad de definir la disciplina enfermera, se determinó por consenso los fenómenos que deberían ser investigados. Estos fenómenos, que son la persona, el entorno, la salud y el cuidado, forman lo que se ha denominado metaparadigma y tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina.

Para la construcción del conocimiento científico enfermero, es necesario que enfermería experimente, descubra, mida, observe y formule teorías que expliquen el cómo y el por qué de los fenómenos enfermeros, invente técnicas y herramientas, proponga y disponga, realice hipótesis y ensayos, cree conjeturas, refute, confirme y separe lo verdadero de lo falso, lo que tiene sentido de lo que no tiene. De este modo nos dirá como llegar a donde queremos llegar y, en definitiva como hacer lo que queremos hacer. Será entonces el impulso de la ciencia enfermera para seguir avanzando.¹

El Diagnóstico de Enfermería presenta beneficios de naturaleza científica, al promover la investigación y el desarrollo teórico y de naturaleza práctica, ya que el Diagnóstico Enfermero propuesto por la NANDA describe la respuesta humana con lo que, de un lado, identifica a estas como fenómeno de interés y estudio de la enfermería y por otra parte fundamenta la investigación enfermera en la descripción de lo que se observa.

La presente investigación, tiene como objetivo general, identificar las Etiquetas Diagnósticas NANDA frecuentes en pacientes con Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) en el servicio de Oncología del Hospital General de México y como objetivos específicos identificar el dominio NANDA más afectado y las Etiquetas Diagnósticas frecuentes por tipo de tratamiento. Es un estudio de tipo descriptivo, transversal, prolectivo y exploratorio.

Como antecedentes se retomaron investigaciones relacionadas con el tema, en las cuales se analizó la metodología de las mismas, para determinar y hacer evidente la importancia del trabajo en la identificación de Etiquetas Diagnósticas frecuentemente utilizados en trastornos de salud específicos que sirven de preámbulo para la realización de estudios que incluyan metodologías de mayor alcance, que posibiliten la investigación específica para la propuesta de nuevos diagnósticos, características definitorias y factores relacionados o de riesgo, por otro lado facilitan la creación de indicadores para el cuidado de enfermería así como la estandarización de un lenguaje propio que permita aumentar y crear protocolos de atención específica que posibiliten la vinculación NANDA - Nursing -Outcomes Classification (NOC) - Nursing Intervention Classification (NIC), y con ello continué la profesionalización de Enfermería.

Por otra parte se hace referencia a la evolución del Proceso de Enfermería y características y desarrollo de cada una de sus etapas, haciendo énfasis en la etapa diagnóstica en la cual se menciona el uso de la Taxonomía NANDA II como lenguaje estandarizado de Enfermería. Se retoman aspectos epidemiológicos y situaciones de tratamiento en el Cáncer Cérvico Uterino.

Finalmente se presentan los resultados del análisis de los datos con cuadros de referencia así como discusión y conclusión en la que se menciona que la aparición de Etiquetas Diagnósticas no se ve influida por el tipo de tratamiento sino que es resultado de la propia fisiopatología del cáncer. Así como perspectivas del estudio.

2. JUSTIFICACIÓN

El cáncer, es una enfermedad catastrófica que genera hasta 10 millones de casos nuevos en el mundo. En México en el 2004 según el INEGI, los tumores malignos ocuparon el tercer lugar de mortalidad con 473 417 defunciones, siendo 44.7% de estas en mujeres y a su vez el 13.5% corresponde a Cáncer Cérvico Uterino². En el Hospital General de México, la principal causa de defunción son las neoplasias y de estas por tipo de tumor se encuentra en primer lugar tumores de cuello de útero³.

El alcance, funciones y objetivos de la Enfermería Oncológica son tan heterogéneos y complejos como las de cualquier otra especialidad, por ello es necesario que el personal de enfermería fije objetivos que satisfagan los retos inherentes a la atención del individuo con cáncer⁴, el Proceso Enfermero, es el método por el cual la enfermera alcanzará el logro de estos objetivos, la utilización del mismo en la vida diaria del enfermero es fundamental para la promoción de una asistencia mejor organizada y dirigida específicamente a las necesidades del paciente. Para sistematizar el Proceso Enfermero en los pacientes de Oncología se han de conocer las Etiquetas Diagnósticas frecuentes, estudiarlos con profundidad y vincularlos a planes de cuidados sistematizados⁵.

En México, existen pocos estudios sobre Diagnósticos enfermeros presentes en pacientes con Cáncer Cérvico Uterino. La escasez de un lenguaje común para el profesional de enfermería que aumente la comunicación, la necesidad de clarificar nuestro ámbito de trabajo actual sobre los problemas que resuelve el profesional de enfermería y que sean de su total competencia, y la elevación de los cuidados que lleva a las enfermeras a enfrentarse a nuevas exigencias, nos indujo a la reflexión sobre la necesidad de identificar las Etiquetas Diagnósticas en las pacientes con Cáncer Cérvico Uterino, logrando ser un instrumento adecuado y útil que nos facilitaría un lenguaje común y la comunicación entre profesionales de manera rápida y universal logrando a través de ellas la sistematización del trabajo

y la calidad de los cuidados brindados, ya que los diagnósticos son el foco que dirige la planificación de las intervenciones y las actividades de enfermería como tendencias en el ámbito mundial.

En el Hospital General de México, se está implementado desde el año 2002 el desarrollo formal del Proceso Enfermero, sin embargo en el área de Oncología no se ha logrado implementar este sistema, la problemática presentada nos suscitó el interés por analizar la frecuencia de Etiquetas Diagnósticas en este tipo de pacientes, dada la importancia de contar con un antecedente que sirva de referente para su futura implementación.

3. MARCO TEORICO

Entre las profesiones del área de la salud, Enfermería es la única cuyo objeto de estudio es el cuidado del ser humano en su totalidad, con el cual interactúa permanentemente como sujeto de atención⁶. Es al mismo tiempo una ciencia, tiene su propio conjunto de conocimientos basados en teorías científicas y está enfocada hacia la salud y el bienestar de la persona.⁷

La Enfermería, se encuentra en un momento decisivo para su crecimiento como ciencia, replanteándose sus ideas fundamentales, los problemas metodológicos, y criticando de forma reflexiva los conceptos de su propia actividad, estableciendo desde las corrientes semánticas, un lenguaje coherente e inherente a su saber y su hacer.⁸

La naturaleza del objeto de estudio de esta disciplina se encuentra en los fenómenos que deben ser investigados, estos son la persona, el entorno, la salud y el cuidado, formando lo que se ha denominado metaparadigma que tratan de proporcionar una perspectiva universal en su campo de estudio.⁹

3.1 Antecedentes

Debido a que los Diagnósticos de Enfermería constituyen un tema de gran interés y sobre todo de extensa aplicación en la práctica, poco a poco se va ampliando más la investigación al respecto.

En un estudio que se realizó en el Hospital Virgen de la Vega de Salamanca España, sobre “Diagnósticos de Enfermería en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Hemodiálisis”; tuvo como objetivo identificar los Diagnósticos

enfermeros reales y de alto riesgo en estos pacientes, mediante la aplicación del un instrumento de valoración basado en los patrones funcionales de M. Gordón y a partir del cual se establecen Diagnósticos de Enfermería, utilizando para su denominación la Taxonomía NANDA II.¹⁰

Conscientes de que la utilización del Diagnóstico enfermero es piedra angular para el desarrollo profesional de Enfermería, se realizó un estudio titulado: “Servicio Enfermero Ofertado en una Unidad de Hospitalización de Nefrología”, en el servicio Vasco de Salud (Osaxidetza) en España, siendo el objetivo de este describir el trabajo que realizan las enfermeras de Nefrología, a través del análisis de las necesidades alteradas de los pacientes ingresados y de los Diagnósticos de Enfermería planteados durante el año 2002; donde los datos fueron extraídos a través del programa informático de cuidado apoyado en el modelo de Virginia Henderson, en un modelo Biomédico y en el Proceso de Atención de Enfermería.¹¹

En Brasil, en el Hospital Universitario de la Ciudad de Fortaleza–Ceará, se realizó un estudio exploratorio y descriptivo titulado: “Relación entre Diagnósticos Enfermeros y sus Características en Pacientes con Trasplante Renal” de diciembre del 2004 a abril del 2005; en el que el objetivo fue analizar las asociaciones entre los Diagnósticos enfermeros encontrados y las variables tiempo y tipo de diálisis, año de transplante y tipo de donante.¹²

Recordando que la etapa fundamental para la emisión de un Diagnóstico enfermero adecuado es la “Valoración”, es en esta etapa en la que se identifican los factores relacionados y/o los factores de riesgo, así como las características definitorias (si es el caso) que nos llevan a emitir una Etiqueta Diagnóstica específica. Se realizó un estudio al respecto en una Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, con 20 pacientes con Infarto Agudo al Miocardio (IMA). El objetivo principal fue identificar los factores relacionados para Diagnósticos de

Enfermería en estos pacientes y se encontraron 93 factores responsables del establecimiento de varios Diagnósticos de Enfermería.¹³ Lo que interesa destacar de este estudio es la relación entre factores relacionados y el establecimiento de los Diagnósticos de Enfermería.

Como se mencionó al principio, en la literatura existen clasificaciones de Diagnósticos de Enfermería por trastornos de salud, y muchas investigaciones documentales los han retomado. Como por ejemplo, el artículo de revisión titulado: “Proceso de Atención de Enfermería en la Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica”, en el cual se hace una descripción de tal patología y luego se relaciona con el Proceso Enfermero, describiendo para esta enfermedad las siguientes Etiquetas Diagnósticas: Alteración de la perfusión tisular cerebral, Deterioro del intercambio gaseoso, Limpieza ineficaz de la vía aérea, Deterioro de la comunicación verbal, Deterioro de la movilidad física, Alteración de los procesos del pensamiento, Déficit de autocuidado y Alteración de los procesos familiares.¹⁴

Otro antecedente de Diagnósticos enfermeros en pacientes con AVC, es un estudio descriptivo titulado: “Diagnósticos Enfermeros más Frecuentes en Pacientes con Accidente Cerebral Vascul ar (ACV) Incluidos en un Programa de Incapacitados”, en el que su objetivo es conocer los Diagnósticos enfermeros más frecuentes, y la capacidad funcional de los pacientes para desarrollar actividades de la vida diaria; se realizó una recolección retrospectiva de los datos individuales y Diagnósticos enfermeros; utilizando como fuente la historia clínica de los pacientes. Así mismo, se realizó una entrevista con los distintos enfermeros responsables de los pacientes para determinar la capacidad funcional según el índice de Katz.¹⁵

El estudio “Cuidados de Enfermería del Paciente Crítico con Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI); Diagnósticos, Resultados(NOC) e Intervenciones (NIC)” fue de tipo descriptivo y retrospectivo, donde se revisaron un total de 34 gráficas de Enfermería y tuvo por objetivo conocer la incidencia de Diagnósticos enfermeros,

resultados de intervenciones que proporcionan a pacientes con VMNI con el fin de poder utilizar estos datos para protocolizar y estandarizar un plan de cuidados que aumenten y garanticen la rapidez y calidad de los cuidados enfermeros.¹⁶

En el servicio de urgencias del Hospital General Básico de Santa Ana de Motril de junio a noviembre del 2005 se realizó una investigación descriptiva prospectiva titulada “Intervenciones y Diagnósticos de Enfermería en la Unidad de Urgencias del H.G.B Santa Ana Motril “ la recolección de datos se llevó a cabo siguiendo una hoja confeccionada para el estudio basada en el Proceso Enfermero y utilizando para la redacción de diagnósticos la taxonomía NANDA.¹⁷

De acuerdo con la Revista de Enfermería Cardiológica en un trabajo de revisión titulado: “Diagnósticos de Enfermería Frecuentes en el Paciente con Alteraciones del Sistema Cardiovascular”. La autora plantea la importancia de aplicar la calidad al cuidado de Enfermería que se brinda a los pacientes con alteraciones del sistema cardiovascular, y que para hacerlo más efectivo es importante determinar los Diagnósticos de Enfermería frecuentes los cuales menciona en base a los patrones funcionales de M. Gordon, y facilita la planeación, organización y priorización de las actividades a desarrollar.¹⁸

Como vemos, es de gran utilidad clasificar las Etiquetas Diagnósticas dependiendo del tipo de pacientes que se traten en los diferentes servicios de un hospital e incluso en los diferentes niveles de atención.

Por otra parte, en un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en Madrid y titulado: “Diagnósticos Enfermeros Realizados por un Equipo de Soporte Domiciliario en Pacientes Oncológicos en Fase Terminal” se revisaron todas las historias clínicas de pacientes nuevos incluidos al programa de atención domiciliaria durante cinco meses, seleccionando solo a pacientes oncológicos, se revisaron todas las historias clínicas que incluían una valoración de enfermería basada en los patrones de M. Gordon . La codificación diagnóstica se realizó según la Taxonomía NANDA II. De un total de 58 pacientes se detectaron las

siguientes Etiquetas Diagnósticas; Estreñimiento 25%, Dolor agudo 6.3%, Deterioro de la adaptación 4.2%, Deterioro de la deglución 2%, Incontinencia urinaria total y desesperanza. Por último en un 6.3% se detecto Cansancio del rol del cuidador.¹⁹

En un artículo titulado: “Fatiga en el Paciente Oncológico” realizado en Madrid, definen la fatiga en este tipo de pacientes sus causas e intervenciones, ellos mencionan que entre el 40% y el 100% de los pacientes presentan fatiga, lo que nos hace ver que en la ubicación taxonómica esta es una etiqueta con mucha prevalencia. Así mismo señalan los siguientes factores causales; Factores intrínsecos (con mayor frecuencia en mujeres y ancianos), factores relacionados con el órgano afectado (pulmón, páncreas, estomago, linfomas, mielomas y leucemias), tratamiento antineoplásico (quimioterapia, radioterapia y bioterapia), por otra parte indican también factores desencadenantes como: anemia, dolor, alteraciones emocionales, nutrición e inactividad física.²⁰

En un artículo publicado por el Centro Medico Nacional La Raza en la revista de enfermería del IMSS titulado: “ Protocolo de Cuidados de Enfermería en pacientes Gineco – Oncológicas con Quimioterapia Ambulatoria”, se enmarcan las necesidades de atención en la paciente gineco – oncológica con quimioterapia ambulatoria, desde una perspectiva multidimensional de las respuestas humanas, se fundamenta en la experiencia profesional del personal involucrado así como en la documentación relacionada con el tema. En el se hace referencia a las siguientes Etiquetas Diagnósticas utilizadas para el mismo:

- Riesgo de estreñimiento r/c efectos de la quimioterapia en el tubo digestivo.
- Riesgo alteración de la integridad tisular r/c efectos de la quimioterapia.
- Riesgo de intolerancia a la actividad física r/c fatiga, astenia, anemia y depresión.
- Riesgo de trastorno de la imagen corporal r/c efectos secundarios de la quimioterapia.

- Riesgo de deterioro de la interacción social r/c efectos secundarios de quimioterapia.
- Riesgo de sufrimiento espiritual r/c baja autoestima, estrés.
- Riesgo de alteración de la integridad tisular r/c extravasación de los agentes quimioterápicos.
- Riesgo de infección r/c depresión del sistema urinario.
- Riesgo de deterioro de la mucosa oral r/c quimioterapia.
- Riesgo de diarrea r/c efectos secundarios de quimioterapia.
- Riesgo de náusea / vómito r/c efectos secundarios de la quimioterapia.²¹

Se realizó una investigación similar a nuestro estudio titulada: "Etiquetas Diagnósticas Enfermeras de uso preferente en los Pacientes de Cáncer de Mama que reciben Radioterapia externa en el Hospital de Sant Joan" en el que su objetivo principal fue conocer los Diagnósticos enfermeros más frecuentes y su forma de presentarse en pacientes de Cáncer de Mama que reciben radioterapia; con una muestra de 58 pacientes durante marzo 2001, los instrumentos fueron la valoración según los patrones funcionales de M. Gordon y las etiquetas de la NANDA II; en los resultados encontraron 14 Etiquetas Diagnósticas distribuidas en seis patrones de salud. Las dos más frecuentes fueron: Adaptación eficaz con 81.03% y Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 72.41%, las siguientes fueron: Temor 29.31%, Deterioro de la integridad cutánea 27.58%, Trastorno de la imagen corporal 20.69%, Deterioro de la movilidad física 15.52% y Cansancio o fatiga 9.67%. El patrón funcional más afectado fue autopercepción emocional con 47.3%, nutricional-metabólico con 22.37% y actividad-ejercicio 19.74%.²²

El identificar Etiquetas Diagnósticas frecuentes en patologías específicas permiten realizar estudios de mayor alcance como los siguientes: "Disminución del Riesgo de Lesión por Sangrado en el Sitio de Punción al Adulto Sometido a Cateterismo Cardíaco Mediante: Satisfacción del Déficit de Conocimientos e Inmovilidad" el cual es comparativo, transversal, prospectivo y de tipo posprueba, en el que se comprueba que la satisfacción del déficit de conocimientos conlleva a mantener la

inmovilidad voluntaria del miembro pélvico puncionado y disminuye el riesgo de lesión por sangrado cuando no hay mas factores agregados que contribuyan al mismo.²³

En un trabajo de investigación titulado: “Factores Relacionados al Diagnóstico Enfermero, Riesgo de Lesión en el Posoperatorio Inmediato de Revascularización Coronaria” podemos observar como se estudia la segunda parte de la formulación de un Diagnóstico enfermero, que permitió evidenciar factores de riesgo que no incluye la NANDA para el diagnostico riesgo de lesión en el tratamiento de revascularización coronaria siendo este elemental para la intervención de enfermería.²⁴

Ante el resultado de la búsqueda y análisis de la información presentada en este proyecto, se hace evidente que la metodología de frecuencias y porcentajes en este tipo de estudios es optimo para evidenciar la problemática presentada respecto a la identificación de Diagnósticos de Enfermería frecuentemente utilizados en trastornos de salud específicos.

Con lo anterior, podemos inferir con base a la revisión de literatura que para el estudio de frecuencias, es necesario ubicar a los sujetos de estudio en situaciones bien determinadas para orientar una curva de distribución normal en la muestra al especificar las técnicas estadísticas descriptivas entre las que destacan; porcentaje, frecuencia y desviación estándar. Así mismo observamos que los estudios son de tipo descriptivo y en algunos se utilizan pruebas de asociación.

3.2 Atención al paciente Oncológico en el Hospital General de México

El Hospital General de México, coloca en primer lugar de mortalidad a las neoplasias con un registro de 238 defunciones en el sexo femenino y 163 en el masculino con un total de 401 en el 2005, a su vez ocupan el primer lugar por motivo de consulta los problemas neoplásicos con un total de 70,927 consultas brindadas en el año 2006.²⁵

Desde 1920, se comienza a dar atención a pacientes con padecimientos malignos en el servicio de Oncológica, que se ha dedicado al diagnóstico oportuno; así como, al tratamiento adecuado de las enfermedades malignas que afectan cualquier órgano del cuerpo. Este servicio cuenta con las áreas de: cirugía oncológica, radioterapia, quimioterapia, colposcopia, prótesis maxilofacial, clínica de mama, curaciones, inhaloterapia, psico-oncología, mastografía y quirófanos. Se contemplan 83 camas censables y 12 no censables en servicio, con un promedio días / estancia de 6.2 (2004) y 6.0 (2005), un porcentaje de ocupación de 70.39 (2004) y 73.02 (2005).

Entre los tres primeros motivos de consulta del servicio de Oncología en el 2006 se encuentran: enfermedad inflamatoria de cuello uterino con 19,692 (27%), tumor maligno de mama 9,892 (13.95%) y tumor maligno de cuello uterino 8,337 (11.75%) consultas.

Los tres principales diagnósticos de egreso en el 2006 fueron: tumor maligno de cuello de útero con 900 casos, tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama con 503 y tumor maligno de ovario 381 casos. Por otra parte, las principales causas de defunción en el sexo femenino son: en primer lugar tumor maligno de cuello de útero; seguido de tumor maligno de mama y tumor maligno de ovario.²⁶

3.3 El Proceso de Enfermería

El Proceso de Enfermería, es un instrumento que pone de manifiesto la teoría enfermera; de tal modo que sería un instrumento caracterizado por hacer tangible en la realidad los modelos teóricos de la Enfermería.²⁷

Este es el resultado de los esfuerzos de reflexión que distintas teorías comenzaron a realizar a mediados del siglo XX (1950) para sistematizar la calidad de las intervenciones de los profesionales de Enfermería.²⁸

El Proceso de Enfermería, se ha definido según su evolución. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos del proceso rudimentario de cinco fases. En 1967, Yura y Walsh desarrollan el primer texto en donde se describen cuatro fases. A mediados de los 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975), añadieron la fase diagnóstica dando lugar a un proceso de cinco fases. Así el Proceso de Enfermería, es el método sistemático, lógico y flexible, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud.

Actualmente el Proceso de Enfermería está organizado en cinco fases identificables: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.²⁹

3.3.1 Valoración

La Valoración, según W .Iyer (1997); “es la primera fase del Proceso Enfermero, sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con: el

paciente, el sistema, familia o comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del paciente”.

La Valoración, utiliza la técnica de recolección de datos para el Diagnóstico de Enfermería. La identificación de datos pertinentes para el diagnóstico requiere de un marco de referencia teórico, conceptual, único y lógico para la valoración. Este marco de referencia puede ser un modelo de enfermería.³⁰

Las cinco fases clave de la valoración son:

- Recogida de datos.
- Validación de los datos.
- Organización de los datos
- Identificación de patrones / comprobación de las primeras impresiones.
- Informe y anotación de los datos.

3.3.2 Diagnóstico

El Diagnóstico, es la segunda fase del Proceso Enfermero, el cual es un juicio clínico respecto a un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales.³¹ Es un enunciado que describe la respuesta humana de un individuo o grupo, que la enfermera puede identificar legalmente y para el que puede ordenar intervenciones definitivas destinadas a mantener el estado de salud o para reducir, eliminar o prevenir alteraciones.³²

Los diagnósticos se clasifican según sus características y pueden ser de salud, reales o de alto riesgo.

- El Diagnóstico real, describe las respuestas humanas o procesos vitales / estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y

síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

- El Diagnóstico enfermero de riesgo, describe las respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.
- El Diagnóstico enfermero de salud, describe las respuestas humanas a niveles de salud en un individuo, familia o comunidad que están en disposición de mejorar .³³

El Diagnóstico de Enfermería, tiene un componente estructural:

- a) Etiqueta. Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas.
- b) Factores relacionados. Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico, pueden describirse como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes al diagnóstico,
- c) Características definitorias o etiología. Claves observables / inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de salud,
- d) Factores de riesgo. Son aquellos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable y pueden ser factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos.³⁴

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del sujeto de atención, el cual esta

contemplado en la Etiqueta Diagnóstica y la segunda parte describe la etiología o causa del problema, ambas partes se unen con la frase “relacionado con” la cual se indica solo con r/c, por último los signos y síntomas que contribuyen al mismo y se muestra con m/p.

Históricamente, a las enfermeras se les ha enseñado a utilizar los diagnósticos médicos para describir el enfoque de la Enfermería. Actualmente la Enfermería mundial se esfuerza por crear un sistema unificado de terminología que establezca un lenguaje común par valorar datos seleccionados, identificar problemas reales o potenciales y finalmente describirlos y planificar intervenciones.³⁵

3.3.3 Planificación

La Planificación, es la tercera fase del proceso, que esta esencialmente volcada a la acción. La planificación de los cuidados consiste en establecer un plan de acción, en prever las etapas de su realización, las acciones que se han de llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar, en pocas palabras, es pensar y organizar una estrategia de cuidados bien definida.³⁶

Según Iyer (1997) menciona que: “La planificación consta de cuatro pasos que son:

1. Establecimiento de prioridades para los diagnósticos detectados.
2. Fijar resultados con el paciente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
3. Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.

4. Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y registro de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.³⁷

3.3.4 Ejecución

La Ejecución, es el inicio y terminación de las acciones necesarias para corregir resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en el cuidado del paciente. Las intervenciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de salud, por el paciente o por su familia. Incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificara que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.³⁸ Durante esta etapa, es importante recalcar que la intervención de Enfermería debe hacerse con el sustento científico y técnico requeridos.³⁹

3.3.5 Evaluación

La Evaluación, es la última fase del Proceso de Enfermería; se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención.⁴⁰

Existen dos partes en la evaluación: evaluación del logro del objetivo y revaloración del plan de atención. El propósito de la evaluación es decidir si el objetivo del plan de atención se logró, este se evalúa en el momento o en la fecha que se especificó en el plan. La revaloración consiste en cambiar, crear o eliminar Diagnósticos de Enfermería previos, objetivos y acciones con base a nuevos datos del paciente.⁴¹

Metodológicamente el Proceso de Enfermería se separa en cinco fases diferentes pero en la práctica real, es posible que no siempre se termine una fase antes de pasar a la siguiente, ya que este es dinámico, interactivo, flexible y tiene una base teórica que esta sometido a continuos cambios.⁴²

3.4 Estructura de la Taxonomía NANDA II

La NANDA, se formó en 1982 sustituyendo al National Conference Group establecido en 1973. En el 2002, el nombre de la Asociación cambió por el de NANDA internacional para reflejar su expansión por todo el mundo. Hasta la fecha la NANDA a aprobado 167 diagnósticos para su validación clínica y su perfeccionamiento.

La Taxonomía NANDA II, es un lenguaje enfermero reconocido que cumple los criterios establecidos por el Comité for Nursing Practice Information Infraestructura (CNPII) de la American Nurses Association (ANA).⁴³

La utilidad de estar incluido como lenguaje enfermero reconocido, indica que es un sistema de clasificación aceptado como soporte para la práctica de enfermería al proporcionar una terminología clínicamente útil.

La Taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros.

- Un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés”. En el caso de la Taxonomía NANDA, los dominios se basan en los patrones funcionales de salud de M. Gordon, pero fueron modificados por fines prácticos en el año 1998.

- Una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”, en la Taxonomía NANDA una clase es la subclasificación de cada dominio o patrón funcional de salud.
- Un diagnóstico, es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales, que proporcionan la base para la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

Tenemos así que la Taxonomía II cuenta con 13 dominios, 46 clases y 167 diagnósticos.⁴⁴

Según expertos en materia de Diagnósticos de Enfermería estos presentan beneficios de naturaleza científica, al promover la investigación y el desarrollo teórico y de naturaleza práctica, ya que podría ayudar a definir puestos de trabajo; esto nos conduce a reflexionar respecto a su beneficio en el que, el Diagnóstico enfermero propuesto por la NANDA, describe la respuesta humana; por lo que de un lado, identifica a estas como fenómenos de interés y estudio de la Enfermería y por otra parte fundamenta la investigación enfermera en la descripción de lo que observa.⁴⁵

El Proceso de Enfermería, puede ser contemplado como la primera técnica de contrastación que puede llegar a descubrir el grado de certeza de las afirmaciones teóricas enfermeras en cada fenómeno de investigación.⁴⁶

Los expertos están de acuerdo en que tanto en la práctica clínica como en la enseñanza, la aplicación del Proceso Enfermero proporciona las bases para las habilidades de pensamiento crítico requeridas para actuar de forma segura y efectiva. Los planes terapéuticos predeterminados, tan importantes en la actualidad, no sustituyen la necesidad de conocer el Proceso Enfermero. Al contrario, alcanzar los estándares y pensar de modo independiente y proactivo

para asegurar los cuidados competentes requiere hábitos de pensamiento adquiridos a partir de la aplicación de los principios y reglas del Proceso Enfermero.⁴⁷

La ANA reconoce que trabajar para desarrollar un lenguaje enfermero unificado (LEU) es crucial para usar registros computarizados y facilitar la investigación, así mismo reconoce varios lenguajes enfermeros entre ellos: NANDA, NIC, NOC, Perioperative Nursing Date Set (PNDS) y Home Health Care Classification (HHCC) entre otros.

Desarrollar lenguajes enfermeros estandarizados y nombrar y clasificar los diagnósticos, intervenciones y resultados por las enfermeras es un proceso que comporta una especial dificultad. Se tiene un excelente comienzo pero aún queda mucho por hacer. Los líderes de distintas especialidades de Enfermería siguen trabajando para responder a preguntas como: ¿Cuáles son los mejores términos que usar para facilitar la práctica? ya que la terminología y el uso de los Diagnósticos enfermero varia de un centro a otro y de una especialidad a otra por ello la necesidad de buscar expertos y referencias con clasificación por especialidades clínicas para la aplicación óptima de diagnósticos enfermeros.⁴⁸

Por otra parte, las aportaciones científicas al conocimiento enfermero a través del Diagnóstico de Enfermería generan diversas líneas de investigación, ya que una de las propiedades del conocimiento científico es la de precisión en sus afirmaciones; los factores causales del diagnóstico requieren de más investigaciones respecto al modo y el grado de influencia en el efecto o problema detectado, y en las Etiquetas Diagnósticas, es necesario agrupar a cada una de ellas por frecuencias con base a los trastornos que presenta la persona, familia o comunidad y por ello la importancia de realizar investigación en este tema.⁴⁹

3.5 Epidemiología del Cáncer.

El Cáncer, es uno de los principales problemas de salud pública, ya que a pesar de los avances en investigación y tratamiento, anualmente fallecen más de seis millones de personas en el mundo. Esta situación se torna crítica, en México en el por ejemplo, en el 2007 las enfermedades oncológicas son la segunda causa de muerte en población general después de las cardiovasculares, representando gastos millonarios para los institutos de salud que las atienden.⁵⁰

Según estadísticas del INEGI en el 2004, se registraron en México, 473 417 defunciones, 55.3% sucedieron en hombres y 44.7% en mujeres. Los tumores malignos ocupan el tercer lugar en la lista de principales causas de defunción en el país, por cáncer fallecieron 61 248 personas, este volumen representa el 12.9% de las defunciones registradas en el año.

Las defunciones por tumores malignos representan 11.4% del total de fallecimientos en los varones y 14.9% en las mujeres.

En los análisis de la Organización Mundial de la Salud, se indica que desde la edad madura hasta la vejez, una de las primeras causas de muerte en las mujeres es el cáncer, en las mismas, 13.5% corresponden a cáncer en cuello de útero y 13.3% más al de mama, así mismo el de hígado y vías biliares ocasiona 8.1% de las muertes.

De acuerdo con el volumen de su población cuatro entidades representan 37 de cada 100 fallecimientos por tumores malignos; Distrito Federal (11.1), Estado de México (10.5%), Veracruz (8.2%) y Jalisco (7.2%).

Entre los jóvenes de 15 a 29 años ocupa la tercera causa de muerte con 8.5% de los fallecimientos, en varones es la cuarta causa con 6.4% y en mujeres la segunda causa con 13.6% de los decesos en esta edad.

En el grupo de 30 a 64 años ocupa el segundo lugar en defunciones con 16.3%; del cual en los varones ocupa la quinta causa y en las mujeres es la primera causa.

En el grupo de 65 años los tumores malignos con 13.3% ocupan el tercer lugar entre las principales causas de muerte. En los varones ocupa el segundo lugar, 18 de cada 100 defunciones son por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea y 22 de cada 100 por cáncer de próstata. En la población femenina de este rango de edad, es la tercera causa de muerte 12.1% y el cáncer de útero ocupa 10.6% de este total.⁵¹

Por lo antes mencionado y observando el impacto que tiene el Cáncer Cérvico Uterino en la población femenina de México, se considera de gran relevancia realizar la presente investigación sobre Etiquetas Diagnósticas frecuentes aplicables a esta patología.

3.6 Cáncer Cérvico Uterino

El cáncer es un proceso patológico que se inicia cuando una célula anormal se transforma por la mutación genética del ADN. Esta célula forma un clon y comienza a proliferar anormalmente, ignorando las señales de regulación de crecimiento.

Los cánceres tienen la capacidad de diseminar o transferir células de un órgano o zona corporal a otra por invasión (crecimiento de un tumor primario hacia el tejido o estructura que lo rodea) o metástasis (diseminación a sitios distantes por paso directo a cavidades o por circulación linfática o sanguínea).

En la diseminación linfática los émbolos de células tumorales llegan a conductos linfáticos por el líquido intersticial o por invasión que terminan por mezclarse con la linfa, una vez en estos se alojan en los ganglios linfáticos y circulan por el torrente linfático o venoso.

La diseminación hematológica guarda relación directa con la irrigación del tumor, aquellas células malignas que se insertan en el endotelio circulatorio atraen la fibrina, las plaquetas y factores de coagulación para aislarse a sí mismas de la vigilancia inmunitaria; el endotelio se retrae lo que permite a las células malignas entrar en la membrana basal y secretar enzimas para destruir los tejidos adyacentes con lo que ocurre la implantación.

La angiogenesis es la capacidad de las células tumorales para inducir la producción de nuevos capilares en los tejidos a fin de satisfacer sus necesidades de oxígeno y nutrientes. Por esta circulación ocurre metástasis.

En los seres humanos las células malignas son capaces de desarrollarse de manera regular, en condiciones normales, el sistema inmunitario intacto tiene la capacidad de combatir las células cancerosas de diversas formas, pero si a pesar de los mecanismos de este el organismo no reconoce a las células malignas como diferentes de las propias la respuesta inmunitaria no es estimulada y no se activa, entonces estas proliferan y el tumor llega a tener grandes dimensiones.

Los antígenos neoplásicos se combinan con los anticuerpos de los organismos con lo que se escapan a los mecanismos de defensa normales, también son capaces de cambiar su apariencia y producir sustancias que alteran las defensas inmunitarias aumentando la susceptibilidad del sujeto a las infecciones causadas por diversos microorganismos patógenos. Como resultado de la lucha duradera contra antígenos tumorales el cuerpo experimenta disminución del número de linfocitos específicos con lo que queda imposibilitado para producir la respuesta inmunitaria.⁵²

El Cáncer Cérvico Uterino es un tipo frecuente de cáncer en la mujer; que consiste en una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas en los tejidos del cuello uterino. En la población femenina es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años.

El perfil de riesgo en el Cáncer Cérvico Uterino; es la mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual, que no se ha realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente.

Para establecer el diagnóstico del cáncer del cuello del útero se requiere la presencia de células de aspecto maligno en el estudio citológico, imágenes de apariencia maligna en la colposcopia y la confirmación por el estudio histopatológico.⁵³

3.6.1 Clasificación del Cáncer Cérvico Uterino

La federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) realiza una clasificación de extensión del cáncer de cérvix, en el cuadro I se detalla esta clasificación y la correspondencia con la clasificación Tumor Nódulo Metástasis (TNM) recomendada por la Unión Internacional Contra el cáncer (UICC), que valora T como la extensión del tumor primario, la N como el estado de los ganglios linfáticos regionales, y la M como la existencia de metástasis, aunque este es poco empleado para los tumores del tracto genital femenino.⁵⁴

Cuadro I.

Clasificación del Cáncer Cérvico Uterino

FIGO	TNM	DESCRIPCIÓN
0	TiS	Carcinoma in situ
I	T1	Tumor limitado a cérvix
IA	T1a	Carcinoma infiltrante preclínico
IA1	T1a1	Mínima infiltración microscópica del estroma
IA2	T1a2	Invasión de la estroma no superior a 5,0 mm de profundidad y 7,0 mm de extensión
IB	T1b	Tumor mayor que T1a2
IB1	T1b1	Lesión clínicamente visible no superior a 4 cm.
IB2	T1b2	Lesión clínicamente visible superior a 4 cm
II	T2	Carcinoma cervical que se extiende fuera del útero pero sin llegar a la pared pélvica ni al tercio inferior de la vagina
IIA	T2a	Extensión a la vagina sin llegar al tercio inferior
IIB	T2b	Se extiende al parametrio sin llegar a la pared pélvica
III	T3	Lesión hasta la pared pélvica y tercio inferior de la vagina, puede haber hidronefrosis o anulación funcional del riñón
IIIA	T3a	Extensión al tercio inferior de la vagina pero no a pared pélvica.
IIIB	T3b	Extensión a la pared pélvica
IV	T4	Extensión fuera de la pelvis o afecta mucosa de la vejiga o el recto
IVA	T4	Extensión a órganos pélvicos vecinos
IVB	M1	Extensión a órganos distantes

3.6.2 Tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino

Las medidas terapéuticas generalmente están determinadas por la edad y la salud general de la paciente, por la extensión del tumor y por la presencia y naturaleza de cualquier anomalía agravante.⁵⁵ Entre los posibles objetivos del tratamiento se encuentran la erradicación del tumor (cura), prolongación de la supervivencia sin erradicar el tumor (paliación) o alivio de los síntomas relacionados con la enfermedad (control).⁵⁶

Pautas de tratamiento

J. González Merlo y cols. (2000) mencionan los siguientes patrones a seguir en el tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino.

Estadio IA1

Sin afección de los espacios vasculares y con los márgenes del cono diagnóstico libre de enfermedad, el tratamiento de elección es la histerectomía total simple. No es necesaria la linfadenectomía.

Estadio 1A2

El tratamiento de elección es la histerectomía abdominal radical limitada (clase II), que incluye linfadenectomía pélvica. Como alternativa en este tratamiento puede realizarse: Histerectomía vaginal y Radioterapia endocavitaria.

Estadio 1B, IIA

Cirugía. El tratamiento de elección es la histerectomía radical asociada a linfadenectomía paraaórtica o cuando los ganglios pélvicos en el intraoperatorio están afectados.

Radioterapia. Puede utilizarse como tratamiento primario o complementario de la cirugía: La radioterapia radical como tratamiento primario del cáncer cervical, combina la radioterapia externa y la radioterapia endocavitaria o braquiterapia. La radioterapia complementaria a la cirugía puede incrementar la tasa de curación.

Quimioterapia. No existe consenso sobre la conveniencia de introducir la quimioterapia en estos estadios, en algunos casos su asociación simultánea con la radioterapia, mejora la supervivencia al igual que al aplicarla antes de la cirugía.

IIB, III y IVA

El tratamiento de elección es la radioterapia radical, en algunos casos cuando el cáncer cervical, aunque avanzado, está localizado en el centro de la pelvis, puede intentarse exenteración pélvica total, posterior o anterior. La quimioterapia empleada de forma simultánea con la radiación, también se ha recomendado recientemente aunque no se ha demostrado su efectividad significativa.

IVB y Recidivas.

Depende de tres factores: tratamiento primario, extensión de la recidiva y localización de la misma. Si el tratamiento primario fue cirugía, el tratamiento de elección será la radiación. Cuando el tratamiento primario fue la radioterapia la exenteración pélvica total o parcial puede ser aplicada en casos de recidiva de localización central. Debe ser considerado un tratamiento paliativo.

3.6.2.1 Tratamiento Quirúrgico

Histerectomía

El tratamiento quirúrgico del carcinoma cervical puede preservar la función ovárica y prevenir la estenosis vaginal en las mujeres jóvenes. Las paciente

histerectomizadas, pueden ahorrarse las complicaciones vesicales e intestinales inmediatas o a largo plazo por lo que regularmente se operan lesiones de <3-4cm con el objetivo de evitar la radioterapia.⁵⁷

La cirugía en general se limita al tratamiento de los carcinomas en estadios I y IIA. También puede utilizarse en pacientes con recidivas tras tratamientos radioterapéuticos.⁵⁸

Las tasas de sobrevida, en pacientes con microinvasión, tratadas mediante histerectomía total son excelentes. El riesgo de metástasis a los ganglios, se balancea en forma adecuada con la mortalidad tan escasa que se asocia con la histerectomía radical.⁵⁹

Complicaciones

En la etapa del transoperatorio a veces se producen lesiones en los vasos sanguíneos pélvicos, el uréter, la vejiga, el recto o el nervio obturador. La pérdida sanguínea promedio informada suele ser de 800 a 1500 ml. Estas lesiones pueden reconocerse y repararse de inmediato para evitar complicaciones en el posoperatorio inmediato.

En el posoperatorio puede advertirse que la infección urinaria es la complicación más frecuente y se relaciona con la necesidad de drenaje prolongado con un catéter también es más o menos frecuente otra morbilidad febril por causas como infección de la herida o atelectasia.⁶⁰

Las principales complicaciones son la formación de fístulas ureterales y linfquistes, disfunción de la vejiga, pérdida de la sensación de urgencia de evacuar y la incapacidad de evacuar, embolia pulmonar, infección pelviana y hemorragia.⁶¹

3.6.2.2 Tratamiento de Radioterapia

La Radioterapia, consiste en el empleo de radiaciones ionizantes para detener la proliferación celular. En promedio, la mitad de los enfermos de cáncer recibe alguna forma de radiación en algún momento del tratamiento. La radioterapia puede utilizarse; para controlar el cáncer, cuando es imposible extirparlo quirúrgicamente o hay metástasis en ganglios locales o bien como método profiláctico para evitar la infiltración leucémica al encéfalo o médula espinal.⁶²

La Radioterapia es muy efectiva en el tratamiento de todos los estadios del carcinoma cervical. Lo más frecuente es que las pacientes reciban tratamiento con combinaciones de radiación externa e intracavitaria. Existen tres tipos de radioterapia:

- Radioterapia externa. Se utiliza para tratar la pelvis incluidos los agujeros obturadores y los ganglios linfáticos de la cadena iliaca común inferior.
- Radioterapia intracavitaria, en donde un tubo metálico hueco (tandem) se inserta en el canal endocervical y uterino.
- Radioterapia Intersticial, se coloca en la vulva una plantilla y se insertan agujas huecas a través de ella en el tumor y los tejidos circundantes.⁶³

El éxito del tratamiento depende del estado del paciente. La presencia de enfermedades asociadas (Diabetes, hipertensión, arterioesclerosis, la edad avanzada y un estado nutricional deficitario) dificultan la correcta reparación de los tejidos en el área irradiada. Un factor pronostico es la anemia; su corrección es fundamental para asegurar la mejor respuesta a la radioterapia, optimizando los factores de hemoglobina a cifras de 13 – 14 g.⁶⁴

Efectos Secundarios de la Radioterapia.

Surgen reacciones locales agudas cuando se destruyen células normales en el área tratada y la regeneración celular es menor que la aniquilación de las células.

Los tejidos afectados con mayor frecuencia son los que tienen proliferación rápida, como piel, epitelio gastrointestinal y médula ósea. Los cambios cutáneos son; alopecia, eritema y descamación cutánea. Entre los cambios de la mucosa bucal se incluyen; estomatitis, xerostomía, alteraciones y pérdida del gusto y menor salivación. La mucosa de todo el aparato digestivo puede verse afectada y es común que haya irritación esofágica con dolor torácico y disfagia. Surgen también anorexia, náusea, vómito y diarrea cuando se irradia el estómago o colon.

Si se incluye radioterapia en sitios productores de médula ósea pueden surgir anemia, leucopenia y trombocitopenia. En esta situación, el paciente es más susceptible a las infecciones y hemorragias.

3.6.2.3 Tratamiento de Quimioterapia

La Quimioterapia, consiste en la administración de fármacos antineoplásicos que provocan la destrucción de las células tumorales al obstaculizar sus funciones, incluida la división celular.⁶⁵ Se utiliza principalmente en pacientes con neoplasias diseminadas o avanzadas. Cada vez se utiliza más la quimioterapia simultánea con la radioterapia para el tratamiento de los estadios IIB, III y IVA.⁶⁶ Los agentes quimioterapéuticos se clasifican por grupos químicos, cada uno con mecanismos de acción diferente. Entre los grupos se incluyen agentes alquilantes, nitrosoureas, antimetabolitos, antibióticos antitumorales, alcaloides de la pervinca, agentes hormonales y otros.⁶⁷

Efectos Secundarios

La toxicidad relacionada con la quimioterapia puede ser aguda o crónica. Las células con proliferación acelerada (P. Ej. epiteliales, médula ósea, folículos pilosos, espermatozoides) son más susceptibles a las lesiones, en el aparato digestivo la náusea y el vómito son los efectos más comunes y suelen persistir

hasta 24 hrs. después de que se administra el fármaco. Aunque el epitelio que recubre la cavidad oral se renueva con gran rapidez su índice elevado de proliferación lo hace sensible a los efectos secundarios de la quimioterapia y como resultado surge estomatitis y anorexia. El tracto digestivo es susceptible a la mucositis, lo cual produce diarrea. En el sistema hematopoyético casi todos los agentes provocan mielosupresión, con lo que disminuye la producción de elementos sanguíneos (leucopenia, trombocitopenia, anemia) además de agravar el peligro de infecciones y hemorragias. En el sistema renal los agentes quimioterapéuticos dañan los riñones por el efecto directo que tienen durante su excreción y por la acumulación de productos terminales de lisis celular. En el sistema cardiopulmonar se produce fibrosis pulmonar, toxicidad acumulativa irreversible en el corazón. En el sistema reproductor puede ocurrir ovulación anormal, menopausia temprana o esterilidad permanente y a nivel neurológico pueden surgir neuropatías periféricas, pérdida de reflejos tendinosos profundos e íleo paralítico, efectos que son reversibles y desaparecen una vez terminada la quimioterapia.⁶⁸

3.6.3 Alteraciones Frecuentes en Pacientes con Cáncer Cérvico Uterino

Según Suzanne C, Smetzel G y Bare B. (2002) mencionan que las alteraciones más frecuentes en pacientes oncológicos son las siguientes:

Infección

Los factores que predisponen al paciente con cáncer son: pérdida de la integridad de la piel y membranas mucosas, quimioterapia, radioterapia, tumor maligno en la cual las células malignas se infiltran en la medula ósea y bloquean la producción de leucocitos y linfocitos, desnutrición causa daño a la función y producción de células de respuesta inmunitaria, medicamentos (antibióticos, corticoides y antiinflamatorios no esteroideos), sonda urinaria, catéteres intravenosos, otros

procedimientos que requieren penetración corporal (cirugía, paracentesis, endoscopias, drenajes) y edad.

Hemorragia

Los factores predisponentes incluyen supresión de la medula ósea por radiación, quimioterapia y otros fármacos que interfieran con la coagulación. La infiltración de componentes hematopoyéticos por células tumorales en el torrente sanguíneo también disminuye la producción de plaquetas.

Problemas cutáneos

La integridad de piel y tejidos puede verse trastornada por los efectos de la quimioterapia, radioterapia, cirugía y técnicas invasivas para diagnóstico y tratamiento y otros factores como deficiencias nutricionales, incontinencia intestinal y vesical e inmovilidad.

Nutrición

El estado nutricional alterado, la pérdida de peso y la caquexia pueden ser consecuencia de un menor consumo de proteínas y calorías, ser efecto de un tumor local o sistémico, ser un efecto secundario del tratamiento o deberse al estado emocional del paciente. También se identifica la dificultad de masticar o deglutir además de la presencia de náuseas, vómito o diarrea. El deterioro de dicho estado contribuye a la progresión de la enfermedad, a deterioro inmunológico y por lo tanto a un mayor índice de infección. Además de que demora la reparación de tejidos y reduce la capacidad funcional.

Anorexia

En personas con cáncer se encuentran alteraciones del gusto que se manifiesta por la intensificación de sabores salados, ácidos y metálicos, así como, respuestas anormales a sabores dulces y amargos, lo que conduce a un bajo consumo de alimentos que se traduce en desnutrición proteico-calórica. En

algunos casos la persona se siente satisfecha después de ingerir una pequeña cantidad de alimentos, esto es secundario a la disminución de enzimas digestivas, anomalías en el metabolismo de la glucosa y estimulación elevada de los receptores de volumen gástrico que transmiten la sensación de saciedad.

Malabsorción

Muchos pacientes con cáncer no pueden absorber nutrientes mediante el sistema gastrointestinal debido a la actividad tumoral y el tratamiento del cáncer. Los tumores afectan la actividad gastrointestinal de diversas formas; deterioran la producción de enzimas, crean fístulas o secretan hormonas como la gastrina que incrementa la irritación, ocasiona úlceras pépticas y reduce la digestión de grasa y proteínas.

La quimioterapia y la radiación irritan y lesionan células de la mucosa intestinal con lo que inhibe la absorción. La radioterapia puede ocasionar esclerosis y fibrosis en los vasos del intestino impidiendo la absorción.

Caquexia

La caquexia es común en quienes padecen cáncer sobre todo en fases avanzadas en el que el aumento del metabolismo general y de las necesidades de energía del metabolismo anaerobio del tumor, trastornos del metabolismo de la glucosa, competencia de las células tumorales por los nutrimentos, alteraciones del metabolismo de lípidos y demás problemas mencionados provocan este importante problema.

Dolor

El dolor y las molestias dependen de la propio neoplasia, de la presión que ejerce el tumor en tejidos vecinos, de las técnicas diagnósticas o de las diversas modalidades terapéuticas que se usan.

Fatiga

La fatiga aguda se presenta después de una experiencia que demanda mucha energía, sirve como una función protectora, sin embargo la fatiga crónica no funciona así. A menudo es avasalladora, excesiva y no responde al reposo teniendo un efecto serio sobre la calidad de vida.

Imagen corporal

Algunos de los resultados devastadores de las neoplasias y sus tratamientos que amenazan la autoestima y la imagen corporal son: cirugías, alopecia, caquexia, cambios cutáneos, problemas de comunicación y disfunción sexual.

Estomatitis

La estomatitis, es la respuesta inflamatoria de los tejidos bucales, la cual suele aparecer unos cinco a catorce días después de la administración de agentes quimioterapéuticos. Como resultado del desgaste diario normal, las células epiteliales que revisten la cavidad bucal experimentan un recambio muy rápido o se desprenden de forma rutinaria. La quimioterapia y radiación interfieren con la capacidad del cuerpo para reponerlas, por lo que surge la respuesta inflamatoria al aparecer zonas denudadas en la cavidad bucal. La xerostomía inducida por la radiación puede contribuir a la estomatitis. La mielosupresión que resulta de la enfermedad subyacente o de su tratamiento predisponen al paciente a infección y hemorragia bucal. El dolor asociado a esto interfiere de modo considerable en el consumo de alimentos.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para la profesión de Enfermería es necesario contar con un sistema de clasificación diagnóstica, ya que de esta manera se aseguran criterios comunes para un lenguaje enfermero que permita un dominio en la comunicación derivado de las respuestas humanas para una practica con posibilidad de estandarizarse e incluir indicadores.

La Taxonomía NANDA II, es una clasificación de Etiquetas Diagnósticas reconocidas por la ANA para su aplicación, asimismo en cada una de ellas se crean líneas de investigación; sin embargo su aplicación a nivel de la práctica, hoy en día sigue constituyendo un reto, y es necesario agrupar a cada Diagnóstico de Enfermería por frecuencias con base a los trastornos que presenta la persona, familia o comunidad ya que es una forma en que se dividen a nivel hospitalario las especialidades médicas y por ende las de enfermería.

El Hospital General de México, es una de las instituciones en el país que tiene en la actualidad cinco años trabajando en la aplicación formal del Proceso Enfermero a través del diseño y manejo de un instrumento que le permite a la enfermera el registro adecuado de este método en algunos de sus servicios de atención como son: Medicina Interna, Cirugía General, Nefrología y Gineco - Obstetricia.

En el servicio de Oncología aún no se ha creado un instrumento que permita la estandarización en el lenguaje y registro del cuidado de enfermería en el paciente oncológico.

Por lo que es conveniente contar con una agrupación de Etiquetas Diagnósticas en el servicio para su futura aplicación. Por otra parte el realizar un estudio de frecuencias diagnósticas podría coadyuvar a la incorporación del Proceso Enfermero y utilización de un lenguaje común en el profesional de enfermería que contribuya a elevar el nivel de atención brindado.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación

¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE ETIQUETAS DIAGNOSTICAS NANDA QUE PRESENTAN LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS CON DIAGNOSTICO MEDICO DE CANCER CERVICO-UTERINO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO?

5. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Identificar la frecuencia de Etiquetas Diagnósticas NANDA en pacientes hospitalizadas con diagnóstico médico de Cáncer Cérvico Uterino en el servicio de Oncología del Hospital General de México en el periodo de mayo a julio del 2007.

Objetivos Específicos:

- Identificar los dominios NANDA II más afectados en las pacientes con Cáncer Cérvico Uterino.
- Identificar la frecuencia de Etiquetas Diagnósticas NANDA II por tipo de tratamiento medico o quirúrgico.

6. MATERIAL Y METODOS

6.1 Tipo de Estudio

Descriptivo, Transversal, Prolectivo y Exploratorio.

6.2 Población de Estudio

Todas las pacientes hospitalizadas en el servicio de Oncología con diagnóstico medico comprobado de Cáncer Cérvico Uterino del Hospital General de México en el periodo de mayo a julio del 2007.

6.3 Muestra

Muestra finita y por conveniencia

$$n = \frac{Z^2 pq N}{N e^2 + Z^2 pq}$$

Z= 95% (1.96)

N= 900

p= 0.50

q= 0.50

e= 0.10

n = 86

6.4 Criterios de Selección

6.4.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes que se encuentren hospitalizadas en un periodo comprendido del 1 de mayo al 31 de julio del 2007.
- Diagnóstico médico confirmado de Cáncer Cérvico Uterino.
- Pacientes que se encuentren hospitalizadas por más de 12 horas y menos de 48 horas en el servicio de Oncología.
- Consentimiento firmado de la paciente para realizar la valoración.

6.4.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes que reciben atención hospitalaria dentro del servicio mencionado y que se encuentren en el por alguna patología distinta.
- Pacientes con otro tipo de cáncer.

6.4.3 Criterios de Eliminación

- Pacientes que no acepten participar.
- Pacientes que no concluyan la valoración.

6.5 Operacionalización de Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable
Etiquetas Diagnósticas NANDA	Enunciado que identifica el problema o respuesta humana del paciente y que compete al personal de enfermería.	Frecuencia y porcentaje de cada una de ellas.	Dependiente Cualitativa Nominal
Dominio	Un dominio es una esfera de actividad, estudio o interés.	Frecuencia y porcentaje de cada uno de los dominios mas afectados según el total de etiquetas diagnósticas presentadas en cada uno de ellos.	Independiente Cualitativa Nominal

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	
Estadio del cáncer	Fase de desarrollo en la que se encuentra el cáncer.	Frecuencia y porcentaje de cada uno de los estadios: I, IA, IA1, IA2, IB, IB1, IB2, II, IIA, IIB, III, IIIA, IIIB, VIA, IVB.	Independiente Cualitativa Ordinal 1. I 7. IB2 13. IIIB 2. IA 8. II 14. IVA 3. IA1 9. IIA 15. IVB 4. IA2 10. IIB 5. IB 11. III 6. IB1 12. IIIA	
Tratamiento	Opciones terapéuticas que se plantean a los enfermos de cáncer cervicouterino basándose en metas reales y alcanzables, puede ser de cura, prolongación, control o paliación.	Frecuencia y porcentaje de cada uno de los tratamientos.	Cualitativa Nominal 1. Quirúrgico 2. Quimioterapia 3. Radioterapia 4. Control 5. Paliación	

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			
Edad	Tiempo que una persona, ha vivido desde que nació en años.	Números enteros con base a los años cumplidos, agrupados por quinquenios.	Cuantitativa, Intervalar (Por quinquenios) Discontinua
Nivel Educativo	Grado y título recibido según los años cursados de educación formal.	Frecuencia y porcentaje de: analfabeta, primaria, secundaria, superior o más.	Cualitativa Ordinal (1. analfabeta, 2. Primaria, 3. Secundaria, 4. Medio, 5. Superior ó más)

7. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el estudio se utilizará la siguiente metodología:

- Se realizará el estudio en el servicio de Oncología hospitalización del Hospital General de México.
- El periodo comprendido será de Mayo a Julio del 2007.
- Las pacientes seleccionados corresponderán a todas aquellas que ingresen a hospitalización con diagnóstico médico de Cáncer Cérvico Uterino sin importar el motivo de internamiento.
- Pacientes que se encuentren hospitalizadas por más de 12 horas y menos de 48 horas en el servicio de Oncología en el periodo comprendido del 1 de mayo al 31 de julio del 2007.
- Consentimiento firmado por la paciente para realizar la valoración (Anexo2)
- El proceso de selección e inferencia de Etiquetas Diagnósticas se sigue a través de las etapas y guía de valoración basada en los trece dominios que marca la Taxonomía NANDA II, por medio de la construcción y diseño de un instrumento. (Anexo 3)
- Con base a la valoración descrita, en un segundo instrumento con un listado de todas las Etiquetas Diagnósticas, se selecciona la correspondiente al problema detectado, según los trece dominios. Cabe mencionar que dicho instrumento cuenta con solo 121 etiquetas, ya que se omitieron aquellas que por su definición en su eje, unidad de cuidados y edad, no son de utilidad para medir el fenómeno de estudio.(Anexo 4)
- Pasan a revisión a juicio de expertos ambos instrumentos.
- Con base a las recomendaciones (consenso) se realizan ajustes en algunos dominios.
- Se someten a prueba piloto ambos instrumentos para verificar la coherencia interna.
- Terminada la recolección de datos se procederá con la técnica estadística.

7.1 Técnica Estadística

- Terminada la recolección de datos se procederá al proceso estadístico para obtener frecuencias y porcentajes de:
 - Etiqueta Diagnóstica
 - Dominio NANDA más afectado.
 - Etiquetas Diagnóstica por tratamiento médico

- La información se analizará a través de Excel y se presentará utilizando cuadros de referencia por cada análisis de resultados.

- Terminado el proceso estadístico se analizarán los datos obtenidos para establecer los resultados del estudio y conclusiones de acuerdo a los objetivos y pregunta planteada, así como sus perspectivas.

8. Recursos

8.1 Materiales

- Hojas de papel bond con instrumento de investigación impreso.
- Hojas de papel bond con guía de valoración impresa.
- Lápiz, pluma y goma.
- Tablas con clip.
- Computadora personal con los programas Word y Excel de Office y conexión a Internet.

8.2 Humanos

- 1 Asesor.
- 2 Investigadores.

8.3 Consideraciones Ético y Legales para la Investigación

- Declaración de Helsinki sobre ética en la investigación en medicina
- Código de conducta para el personal de salud 2002
- Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud
- Lineamientos de Investigación en el Hospital General de México

9. RESULTADOS

De una muestra de 86 pacientes, fueron eliminadas 6; 3 de ellas no concluyeron la valoración al darse de alta, 2 poco antes de concluir se retractaron de participar y 1 se sintió mal y decidió no continuar. Por lo anterior la muestra solo abarco un total de 80 pacientes.

De un total de 80 pacientes el quinquenio de edad que con mayor frecuencia se presento fue el de 40 a 44 representando el 19%, seguidos por el grupo de 45 a 49 con un 15% y con 13% los quinquenios de 35 a 39 y 50 a 54 años. (Tabla 1) Con respecto a la Escolaridad el 26% es analfabeta, 50% de la población curso la primaria y 19% tiene nivel secundaria. (Tabla 2)

Al analizar el Estadio de Cáncer se identifico que el 21% de las pacientes se encontraba en estadio I, 21% en el IIB y 19% en IB1. (Tabla 3)

En relación con el Tratamiento observamos que desafortunadamente el 26% de las pacientes solo reciben paliación a su enfermedad sin ninguna posibilidad de curación, situación que contrasta con el 49% de las pacientes sometidas a cirugía quienes tienen un mejor pronóstico al encontrarse en estadios tempranos.(Tabla 4)

De las 121 Etiquetas Diagnósticas empleadas para el fenómeno de estudio, se hicieron evidentes 54 de ellas con un promedio de 12 etiquetas por paciente.

En el presente estudio las 10 Etiquetas Diagnósticas NANDA que con mayor frecuencia se presentaron son: Protección inefectiva 80%, Riesgo de infección 69%, Ansiedad 65%, Fatiga 63%, Deterioro del patrón del sueño 58%, Dolor agudo 50%, Temor y Deterioro de la integridad cutánea 45%, Intolerancia a la actividad 43% y Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos 40%. (Tabla 5)

Al ser el dominio una esfera de actividades esencial para el desarrollo de una vida saludable en el ser humano, observamos que en esta población los dominios con mayor afección son: Confort 20%, Actividad – Reposo 16%, Seguridad - Protección 14% y Nutrición 12%; Aunque cabe señalar que esto contrasta con el dominio al que pertenecen las dos etiquetas más frecuentes siendo las dos Etiquetas Diagnósticas más frecuentes: Protección Inefectiva y Riesgo de infección que pertenecen al dominio de Seguridad/Protección el cual no se manifiesta como el mas afectado esto como resultado del número de Etiquetas Diagnósticas que conforma cada dominio. (Tabla 8)

Tratamiento Quirúrgico

En un análisis detallado de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico se identificó que 64% se encontraban en el período posoperatorio y 36% en el preoperatorio. (Tabla 9)

Con respecto al estadio del cáncer 44% de las pacientes se encontraban en el estadio I y 26% en el IB1 (Tabla 10).

De un total de 39 pacientes sometidas a cirugía las Etiquetas Diagnósticas NANDA presentadas fueron: Riesgo de infección 95%, Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, Deterioro de la integridad cutánea y Deterioro de la integridad tisular con 64%, Protección inefectiva 62%, Ansiedad y Deterioro del patrón de

sueño 56%, Dolor agudo 54%, Deterioro para la habilidad de traslación 49%, y Fatiga 46% (Tabla 11). Se hicieron evidentes 51 etiquetas con un promedio de 11 por paciente.

Tratamiento de Radioterapia

Para las 14 pacientes con tratamiento de radioterapia se identifico que 43% representaban el estadio IIB, 21% el IB y IB1 respectivamente y 14% constituían el estadio III. (Tabla 14)

En estas pacientes se manifestó que el 100% presentaron Protección inefectiva, Ansiedad y Fatiga 71%, Deterioro de la integridad cutánea 64%, Deterioro del patrón de sueño y Temor 56%, Dolor agudo y Duelo anticipado 50%, Intolerancia a la actividad 36%, Desesperanza, Riesgo de infección y Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos 29%. (Tabla 15). De las 121 Etiquetas se identificaron 26 como mas frecuentes, en promedio se utilizaron 8 por paciente.

Tratamiento Paliativo

En este tratamiento se registraron 21 pacientes, de las cuales el 29% se encontraba en estadio IVB, 24% en el IIB y 19% en el IIIB. (Tabla 18)

En las 21 pacientes que ingresaron para tratamiento paliativo se reveló la siguiente presencia de etiquetas; Protección inefectiva 100%, Fatiga 86%, Desequilibrio nutricional por defecto 81%, Ansiedad 71%, Intolerancia ala actividad 62%, Deterioro del patrón de sueño e intolerancia a la Actividad 57%, Riesgo de infección y Estreñimiento 52%, Desesperanza y Desempeño inefectivo del rol 48%, Dolor agudo y Deterioro de la habilidad para la traslación 43%. (Tabla 19). En este tratamiento se identificaron como mas frecuentes 30 etiquetas, utilizando un promedio de 14 por paciente.

Tratamiento de control

Solo hubo seis pacientes que ingresaron en este grupo, las cuales eran referidas de otras instituciones para su atención oncológica ya que presentaban hemorragia transvaginal, encontrándose el 33% en estadio IB1, IIB y IIIB. (Tabla 22) Presentándose en ellas en un 100% Protección inefectiva, 83% Ansiedad, 67% Deterioro del patrón del sueño y Fatiga, 50% Dolor Agudo, Desequilibrio nutricional por defecto, Náuseas, Temor, Conocimientos deficientes, Intolerancia a la actividad y Déficit de actividades recreativas. (Tabla 23). En este tratamiento se presentan 10 etiquetas por paciente identificándose 30 como mas frecuentes.

Tabla 1. Edad

Edad	fr	%
20 - 24	1	1
25 - 29	6	8
30 - 34	4	5
35 - 39	10	13
40 - 44	15	19
45 - 49	12	15
50 - 54	10	13
55 - 59	6	8
60 - 64	9	11
65 - 69	2	3
75 - 79	4	5
80 - 84	1	1
Total	80	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnosticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 2. Escolaridad

Escolaridad	fr	%
Analfabeta	21	26
Primaria	40	50
Secundaria	15	19
Medio S	2	3
Superior	2	3
Total	80	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 3. Estadío del Cáncer Cérvico Uterino

Estadio	fr	%
I	17	21
IB	5	6
IB1	15	19
IB2	3	4
IIB	17	21
III	1	1
IIIA	2	3
IIIB	8	10
IVA	4	5
IVB	8	10
Total	80	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 4. Tratamiento

Tratamiento	fr	%
Quirúrgico	39	49
Radioterapia	14	17
Paliación	21	26
Control	6	8
Total	80	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 5. Etiquetas Diagnósticas de alta frecuencia en pacientes con Cáncer
Cérvico Uterino

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Protección inefectiva	64	80
Riesgo de infección	55	69
Ansiedad	52	65
Fatiga	50	63
Deterioro del patrón del sueño	46	58
Dolor agudo	40	50
Temor	36	45
Deterioro de la integridad cutánea	36	45
Intolerancia a la actividad	34	43
Riesgo de desequilibrio de vol Liq	32	40
Desequilibrio nutricional por defecto	30	38
Det. de la habilidad para traslación	29	36
Duelo anticipado	29	36
Deterioro de la integridad tisular	27	34
Riesgo de caída	24	30
Duelo disfuncional	23	29
Déficit de actividades recreativas	22	28
Déficit de autocuidado: baño /higiene	21	26
Estreñimiento	19	24
Deterioro de la dentición	17	21

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 6. Etiquetas Diagnósticas de mediana frecuencia en pacientes con Cáncer Cérvico Uterino

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Deterioro de la movilidad en cama	16	20
Déficit de autocuidado: uso WC	16	20
Desesperanza	16	20
Desempeño inefectivo del rol	15	19
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	14	18
Náuseas	14	18
Deterioro de la eliminación urinaria	12	15
Patón sexual inefectiva	11	14
Riesgo de soledad	10	13
Det. de la movilidad física	9	11
Deterioro de la deambulaci3n	9	11
Cansancio en el desempe1o de rol de cuidador	9	11
Riesgo de d3ficit de volumen de l3quidos	8	10
Deterioro de la degluci3n.	7	9
Impotencia	6	8
Dolor cr3nico	6	6
Conocimientos deficientes: especificar	5	6
Riesgo de intolerancia a la actividad	4	5
Trastorno de la percepci3n sensorial	4	5
Aislamiento social	4	5

Fuente: Instrumento de recolecci3n de datos para identificar Etiquetas Diagn3sticas en pacientes hospitalizadas con C3ncer C3rvico Uterino.

Tabla 7. Etiquetas Diagnósticas de baja frecuencia en pacientes con Cáncer
Cérvico Uterino

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Déficit de autocuidado: alimentación	3	4
Patrón respiratorio ineficaz	3	4
Baja autoestima situacional	3	4
Trastorno de la imagen corporal	3	4
Interrupción de los procesos familiares	3	4
Deterioro de la mucosa oral	3	4
Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo	3	4
Déficit de volumen de líquidos	2	3
Exceso de volumen de líquidos	2	3
Diarrea	2	3
Riesgo de síndrome de desuso	2	3
Det. de la movilidad física en silla de ruedas	2	3
Sufrimiento espiritual	2	3
Incontinencia urinaria	1	1
Incontinencia fecal	1	1
Riesgo de estreñimiento	1	1
Perfusión tisular inefectiva: especificar	1	1
Desatención unilateral	1	1
Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno	1	1
Deterioro de la memoria	1	1
Deterioro de la comunicación verbal	1	1
Ansiedad ante la muerte	1	1
Aflicción crónica	1	1
Afrontamiento inefectivo	1	1
Hipertermia	1	1

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 8. Dominio NANDA frecuente en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino

Dominio	fr	%
Nutrición	79	12
Eliminación	36	3
Actividad Reposo	267	16
Percepción – Cognición	13	2
Autopercepción	42	6
Rol – Relaciones	27	6
Sexualidad	11	7
Afrontamiento – Tolerancia al Estrés	93	8
Principios Vitales	4	1
Seguridad – Protección	241	14
Confort	64	20
Crecimiento – Desarrollo	3	4

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 9. Estado operatorio en la pacientes con tratamiento quirúrgico

Estado Operatorio	fr	%
Preoperatorio	14	36
Postoperatorio	25	64
Total	39	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 10. Estadio del Cáncer Cérvico Uterino en pacientes con tratamiento quirúrgico

Estadio	fr	%
I	17	44
IB	2	5
IB1	10	26
IB2	2	5
IIB	4	10
IIIB	1	3
IVA	1	3
IVB	2	5
Total	39	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino

Tabla 11. Etiquetas Diagnósticas de alta frecuencia en pacientes con tratamiento quirúrgico

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Riesgo de infección	37	95
Riesgo de desequilibrio de Vol Liq	25	64
Deterioro de la integridad cutánea	25	64
Deterioro de la integridad tisular	25	64
Protección inefectiva	24	62
Deterioro del patrón del sueño	22	56
Ansiedad	22	56
Dolor agudo	21	54
Det. de la habilidad para traslación	19	49
Fatiga	18	46
Duelo anticipado	17	44
Temor	16	41
Riesgo de caída	14	36
Intolerancia a la actividad	13	33
Déficit de autocuidado: baño /higiene	12	31
Déficit de actividades recreativas	11	28
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	11	28
Deterioro de la movilidad en cama	9	23
Déficit de autocuidado: uso WC	9	23
Deterioro de la interacción social	8	21
Deterioro de la dentición	8	21

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 12. Etiquetas Diagnósticas de mediana frecuencia en pacientes con tratamiento quirúrgico

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Patón sexual inefectiva	7	18
Náuseas	6	15
Estreñimiento	5	13
Desequilibrio nutricional por defecto	4	10
Desesperanza	4	10
Riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador	4	10
Deterioro de la eliminación urinaria	3	8
Trastorno de la percepción sensorial	3	8
Riesgo de soledad	3	8
Desempeño inefectivo del rol	3	8
Det. de la movilidad física	2	5
Deterioro de la deambulación	2	5
Riesgo de intolerancia a la actividad	2	5
Conocimientos deficientes: especificar	2	5
Impotencia	2	5
Riesgo de impotencia	2	5
Duelo disfuncional	2	5

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 13. Etiquetas Diagnósticas de baja frecuencia en pacientes con tratamiento quirúrgico

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Déficit de autocuidado: alimentación	1	3
Patrón respiratorio ineficaz	1	3
Desatención unilateral	1	3
Baja autoestima situacional	1	3
Trastornó de la imagen corporal	1	3
Interrupción de los procesos familiares	1	3
Aflicción crónica	1	3
Sufrimiento espiritual	1	3
Incumplimiento del tratamiento	1	3
Hipertermia	1	3
Dolor crónico	1	3
Aislamiento social	1	3

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 14. Estadio del Cáncer Cérvico Uterino en pacientes con tratamiento de radioterapia.

Estadio	fr	%
IB	3	21
IB1	3	21
IIB	6	43
IIIB	2	14
Total	14	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 15. Etiquetas Diagnósticas de alta frecuencia en pacientes con tratamiento de radioterapia

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Protección inefectiva	14	100
Ansiedad	10	71
Deterioro de la integridad cutánea	9	64
Deterioro del patrón del sueño	8	57
Temor	8	57
Duelo anticipado	7	50
Dolor agudo	7	50
Desequilibrio nutricional por defecto	6	43

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 16. Etiquetas Diagnósticas de mediana frecuencia en pacientes con tratamiento de radioterapia

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Intolerancia a la actividad	5	36
Riesgo de desequilibrio de Vol Liq	4	29
Desesperanza	4	29
Riesgo de infección	4	29
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	3	21
Deterioro de la eliminación urinaria	3	21
Déficit de actividades recreativas	3	21

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 17. Etiquetas Diagnósticas de baja frecuencia en pacientes con radioterapia

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Deterioro de la deglución.	2	14
Estreñimiento	2	14
Déficit de autocuidado: baño /higiene	2	14
Deterioro de la interacción social	2	14
Patón sexual inefectiva	2	14
Deterioro de la integridad tisular	2	14
Nauseas	2	14
Deterioro de la mucosa oral	1	7
Riesgo de caída	1	7
Deterioro de la dentición	1	7
Aislamiento social	1	7

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 18. Estadio del Cáncer Cérvico Uterino en pacientes con tratamiento paliativo

Estadio	fr	%
IB2	1	5
IIB	5	24
III	1	5
IIIA	2	10
IIIB	4	19
IVA	2	10
IVB	6	29
Total	21	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 19. Etiquetas Diagnósticas de alta frecuencia en pacientes con tratamiento paliativo

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Protección inefectiva	21	100
Fatiga	18	86
Desequilibrio nutricional por defecto	17	81
Ansiedad	15	71
Intolerancia a la actividad	13	62
Deterioro del patrón del sueño	12	57
Estreñimiento	11	52
Riesgo de infección	11	52
Desesperanza	10	48
Desempeño inefectivo del rol	10	48
Det. de la habilidad para traslación	9	43
Dolor agudo	9	43
Temor	8	38
Riesgo de caída	7	33

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 20. Etiquetas Diagnósticas de mediana frecuencia en pacientes con tratamiento paliativo

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Deterioro de la eliminación urinaria	6	29
Deterioro de la movilidad en cama	6	29
Deterioro de la deambulaci3n	6	29
Déficit de autocuidado: baño /higiene	6	29
Deterioro de la degluci3n.	5	24
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	5	24
Det. de la movilidad física	5	24
Déficit de actividades recreativas	5	24
Déficit de autocuidado: uso WC	5	24
Deterioro de la dentici3n	5	24
Dolor cr3nico	5	24
Riesgo de cansancio en el desempe1o de rol de cuidador	4	19
Riesgo de desequilibrio de Vol Liq	3	14
Impotencia	3	14
Náuseas	3	14

Fuente: Instrumento de recolecci3n de datos para identificar Etiquetas Diagn3sticas en pacientes hospitalizadas con C3ncer C3rvico Uterino.

Tabla 21. Etiquetas Diagnósticas de baja frecuencia en pacientes con tratamiento paliativo

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Incontinencia urinaria	1	5
Incontinencia fecal	1	5
Diarrea	1	5
Perfusión tisular inefectiva: especificar	1	5
Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno	1	5
Trastorno de la percepción sensorial (visual, auditiva, gustativa, táctil olfativa)	1	5
Deterioro de la memoria	1	5
Deterioro de la comunicación verbal	1	5
Riesgo de impotencia	1	5
Riesgo de soledad	1	5
Baja autoestima crónica	1	5
Ansiedad ante la muerte	1	5
Afrontamiento inefectivo	1	5
Sufrimiento espiritual	1	5
Incumplimiento del tratamiento	1	5
Aislamiento social	1	5
Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo	1	5

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 22. Estadio del Cáncer Cérvico Uterino en pacientes con tratamiento de control

Estadio	fr	%
IB1	2	33
IIB	2	33
IIIB	2	33
Total	6	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 23. Etiquetas Diagnósticas de alta frecuencia en pacientes con tratamiento de control

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Protección inefectiva	6	100
Ansiedad	5	83
Deterioro del patrón del sueño	4	67
Fatiga	4	67
Desequilibrio nutricional por defecto	3	50
Déficit de actividades recreativas	3	50
Intolerancia a la actividad	3	50
Conocimientos deficientes: especificar	3	50
Temor	3	50
Dolor agudo	3	50
Náuseas	3	50
Desesperanza	2	33
Riesgo de soledad	2	33
Riesgo de infección	2	33
Riesgo de caída	2	33
Deterioro de la dentición	2	33

Fuente: Instrumento de recolección de datos para identificar Etiquetas Diagnósticas en pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla 24. Etiquetas Diagnósticas de baja frecuencia en pacientes con tratamiento de control

Etiqueta Diagnóstica	fr	%
Estreñimiento	1	17
Det. de la movilidad física	1	17
Det. de la habilidad para traslación	1	17
Deterioro de la movilidad en cama	1	17
Deterioro de la deambulaci3n	1	17
Déficit de autocuidado: baño /higiene	1	17
Déficit de autocuidado: uso WC	1	17
Impotencia	1	17
Riesgo de impotencia	1	17
Riego de baja autoestima situacional	1	17
Desempeño inefectivo del rol	1	17
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1	17
Aislamiento social	1	17
Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo	1	17

Fuente: Instrumento de recolecci3n de datos para identificar Etiquetas Diagn3sticas en pacientes hospitalizadas con C3ncer C3rvico Uterino.

DISCUSION

La frecuencia de Etiquetas Diagnósticas en pacientes con Cáncer Cérvico Uterino carece de evidencia científica por lo que este estudio se limita a la identificación y validación de las mismas en este tipo de población en la que las características y el contexto hospitalario son específicas.

Los datos correspondientes a la edad en el presente estudio son similares con lo reportado por el INEGI, ya que en este sentido se reporta que el rango de edad en que se presenta el Cáncer Cérvico Uterino oscila entre los 25 y 64 años de edad sin diferir con los resultados del presente estudio en el que este rango representa un 92% de las pacientes y por quinquenio 19% lo presentan entre los 44 a 49 años.

Los resultados en cuanto al estadio dejan ver claramente que los más frecuentes son el estadio I y IIB con 17pacientes (21%) respectivamente, por otra parte esta frecuencia para el estadio I se relaciona con las pacientes que recibieron Tratamiento quirúrgico, correspondiendo con lo que menciona J. González Merlo y cols. (2000) para el manejo de cáncer in situ.

Al realizar el análisis estadístico de las Etiquetas Diagnosticas por tipo de tratamiento se hace evidente que las siguientes: Protección inefectiva, Riesgo de infección, Ansiedad y Fatiga se presentan en los tres tipos de tratamiento, sin embargo difieren en cuanto a la frecuencia de aparición en cada uno de ellos, esto se relaciona a la diferencia en el tamaño de la población en cada uno de los tratamientos.

Por otra parte aunque el objetivo de este estudio no es identificar el factor relacionado, en nuestra experiencia durante la valoración de las pacientes nos percatamos de que este es el mismo para algunas Etiquetas Diagnósticas, por ejemplo; Protección inefectiva, en el cual los factores relacionados comunes en

las pacientes con tratamiento paliativo y radioterapia son: perfiles hematológicos anormales (anemia) y nutrición inadecuada, ambos marcados por la NANDA. Esto es una descripción de los fenómenos ocurridos durante la investigación que pueden dar pie a futuras investigaciones.

Respecto a los tratamientos, no hubo registro de pacientes con quimioterapia debido a que esta se da de manera ambulatoria al igual que la radioterapia, sin embargo para la clasificación por tipo de tratamiento se incluyeron en esta última aquellas pacientes que ingresaron por efectos secundarios de la misma pese a que en el momento de la valoración no se estaban radiando.

En relación con el tratamiento quirúrgico en 36 pacientes (95%) se presentó la Etiqueta Diagnóstica; Riesgo de infección que surge de los factores relacionados que marca la NANDA: procedimientos invasivos, alteración de las defensas primarias y destrucción tisular entre otras, lo cual coincide con lo reportado por Gerald M. y Walter Jr. (1996) como principal complicación de la histerectomía.

La etiqueta Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos se presenta con una frecuencia de 25 (64%) relacionada estrechamente con lo mencionado por Jhonatan Bereck (2006) en la Histerectomía, ya que es un procedimiento complejo en el que los tejidos extirpados se hayan muy próximos a estructuras vitales y grandes vasos de la pelvis en los que se realiza una delicada disección de la cadena ganglionar y la pérdida sanguínea durante el transoperatorio oscila entre 800 y 1500ml.

La primer Etiqueta Diagnóstica más frecuente en las pacientes de tratamiento paliativo es: Protección inefectiva con 27 (100%), al inferir la misma durante la valoración concuerda con el factor relacionado de la NANDA; nutrición alterada y anemia lo cual fisiopatológicamente Suzanne C, Smetzel G y Bare B. 2002 lo explican con lo siguiente: en estadios avanzados de cáncer las pacientes presentan anorexia, mal absorción y caquexia lo cual se origina de un consumo

nutricional deficiente, aumento del metabolismo general y de las necesidades del tumor, competencia de este por los nutrientes y trastornos del metabolismo de la glucosa y lípidos.

Al realizar un análisis profundo de las Etiquetas Diagnósticas más frecuentes en estas pacientes, observamos que existe una relación mutua entre el factor relacionado y la manifestación de las mismas. Por ejemplo: Fatiga siendo la segunda etiqueta más frecuente coincide con Protección Inefectiva en su factor relacionado anemia y a su vez Fatiga se encuentra como característica definitoria de la antes mencionada. Por otra parte Déficit nutricional por defecto como la tercera etiqueta más frecuente también es factor relacionado para Fatiga.

Cabe señalar que seis de las pacientes fueron hospitalizadas para tratamiento de control por presentar hemorragias masivas, sin embargo el tratamiento oncológico no estaba determinado aunque en estas igualmente se presenta la Etiqueta Protección inefectiva relacionada con la perdida masiva de hemoglobina y otros elementos sanguíneos.

En el tratamiento de radioterapia la etiqueta más frecuente es Protección inefectiva, atribuible al tratamiento como consecuencia de la depresión de la medula ósea por la propia radiación.

La carencia de evidencia científica y la inespecificidad de estudios en pacientes con Cáncer Cérvico Uterino nos delimita a realizar la comparación de los datos obtenidos con las siguientes investigaciones en las cuales las características del tipo de estudio, tamaño de la muestra y características de la población difieren de manera significativa con las de la presente investigación. Sin embargo retomamos en ellas la importancia de la utilización de la taxonomía NANDA como lenguaje universal para la inferencia del Diagnóstico de Enfermería, sin importar la metodología utilizada durante la valoración como es el caso de la siguiente: “Diagnósticos de Enfermería en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con

Hemodiálisis” en el que utilizaron a M. Gordon e infieren diagnósticos NANDA al igual que en el estudio “Servicio enfermero Ofertado en una Unidad de Hospitalización de Nefrología” en el que emplearon a Virginia Henderson, y la investigación “Intervenciones y Diagnósticos de Enfermería en la Unidad de Urgencias del H.G.B Santa Anta Motril” en donde la recolección de datos se llevo a cabo a través de una hoja basada en el Proceso Enfermero.

En el estudio titulado “Diagnósticos Enfermeros Realizados por un equipo de Soporte Domiciliario en Pacientes Oncológicos en Fase Terminal” coincidimos con las Etiquetas Diagnósticas; Estreñimiento, Dolor agudo, Deterioro de la deglución, Desesperanza y Cansancio del rol de cuidador; con variaciones en la frecuencia y porcentaje dado el tamaño de la muestra y las características de los pacientes ya que como se hace referencia al inicio solo el 27% de nuestros pacientes se encontraban con cáncer en estadio avanzado que son con los que más se asemejan estas etiquetas.

En la investigación “Fatiga en el Paciente Oncológico” mencionan que este problema se presenta en ellos en un 40% y 100%, en nuestro estudio corresponden los resultados a un 67% de las pacientes que presenta Fatiga como Etiqueta Diagnóstica NANDA, por otra parte, retomando nuestras valoraciones coincidimos con los factores desencadenantes que menciona el artículo tales como: anemia, dolor, alteraciones emocionales, déficit nutricional e inactividad física.

En el artículo publicado por el Centro Medico Nacional la Raza titulado “Protocolo de Cuidados de Enfermería en Pacientes Gineco-Oncológicas con Quimioterapia Ambulatoria” cuya situación de tratamiento no se presento en nuestra población de estudio sin embargo coincidimos con las siguientes Etiquetas Diagnósticas: Riesgo de Intolerancia a la actividad física, Riesgo de infección y Riesgo de estreñimiento.

Acorde con el estudio titulado “Etiquetas Diagnósticas Enfermeras de uso Preferente en los Pacientes de Cáncer de Mama que reciben Radioterapia Externa en el Hospital de San Joan”, coincidimos con las siguientes etiquetas diagnosticas: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Temor, Deterioro de la integridad cutánea, Trastorno de la imagen corporal, Deterioro de la movilidad física y Fatiga. En cuanto al patrón funcional más afectado que menciona el estudio: Autopercepción, Nutricional-metabólico y Actividad-ejercicio, en nuestra población coinciden con los dominios Nutrición y Actividad -reposo.

Los datos obtenidos en la presente investigación nos permite evidenciar que el servicio de Oncología es muy complejo y por ello la importancia de la profesionalización en el personal de enfermería que detecte e intervenga adecuadamente ante las necesidades específicas de las pacientes con Cáncer Cérvico Uterino.

Con lo anterior se puede inferir que probablemente aun cambiando el escenario y otras características de los estudios que se realizan en las pacientes gineco-oncológicas, las etiquetas diagnósticas presentadas con mayor frecuencia en ellas no se difieran significativamente y esto puede ser atribuible al proceso patológico que las congrega como un grupo en común con características similares aunque la respuesta humana varia en cada una de ellas

CONCLUSIONES

- Las Etiquetas Diagnósticas frecuentes en las pacientes con Cáncer Cérvico Uterino: Protección inefectiva con 64 pacientes (80%), Riesgo de infección 55 (69%), Ansiedad 52 (65%), Fatiga 50 (63%), Deterioro del patrón del sueño 46 (58%), Dolor agudo 40 (50%), Temor y Deterioro de la integridad cutánea 36 (45%), Intolerancia a la actividad 34 (43%) Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos 32 (40%).
- En cuanto a los Dominios que se encontraron con mayor afección se obtuvo la siguiente frecuencia; Confort 20%, Actividad – Reposo 16%, Seguridad - Protección 14%, Nutrición 12%.
- Es probable que el tratamiento no interfiera en la aparición de distintas Etiquetas Diagnósticas ya que se observó que la aparición de las mismas en los distintos tratamientos está dada por el factor relacionado derivado de la fisiopatología del cáncer, aunque no se asegura el fenómeno dado el tamaño muestra poco representativa por cada tratamiento.
- Dada las características de las pacientes se requiere de personal ampliamente profesional y capacitado que sea capaz de identificar y actuar ante las necesidades específicas de cada paciente.
- Los resultados obtenidos en la presente investigación tienen congruencia con lo plasmado bibliográficamente en cuanto a tipo de tratamiento acorde al estadio.

PERSPECTIVAS

- Sería prudente realizar más investigaciones sobre Frecuencia de Etiquetas Diagnósticas de Enfermería en pacientes Gineco-oncológicas para realizar comparaciones en los distintos escenarios de atención.
- Es conveniente realizar estudios independientes por tipo de tratamiento en donde la muestra sea confiable para demostrar la frecuencia de Etiquetas Diagnósticas en cada uno de ellos.
- Se sugiere realizar investigaciones de tipo correlacional para cada una de las Etiquetas Diagnosticas frecuentes, que permita demostrar si el factor relacionado difiere o no según el tipo de tratamiento en esta pacientes.
- Es necesario realizar estudios de frecuencias de Etiquetas Diagnósticas a pacientes con tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia ambulatoria dada la pertinencia por el número tan importante de pacientes que se encuentran recibiendo este tratamiento.
- La identificación de Etiquetas Diagnósticas frecuentes facilitan la creación de indicadores para el cuidado de enfermería así como la estandarización de un lenguaje propio que permita aumentar y crear protocolos de atención específica que posibilite la vinculación NANDA-NIC-NOC (NNN) y con ello continúe la profesionalización de enfermería.
- Así mismo, este estudio sirve de preámbulo para la realización de estudios que incluyan metodologías de mayor alcance como cuasiexperimentales, correlacionales, comparativos o de cohortes; los cuales posibilitan encaminar la investigación de manera específica para la propuesta de nuevos diagnósticos, características definitorias y factores relacionados o de riesgo.

13. ANEXOS

(Anexo 1)

ASPECTOS ETICO LEGALES

Declaración de Helsinki sobre ética en la investigación en medicina

- La Asociación Médica Mundial formuló la declaración de Helsinki como una base de principios éticos cuyo objetivo es proporcionar una guía a médicos y a otros participantes en la investigación médica que se realiza en seres humanos. La investigación médica que involucra seres humanos comprende tanto los estudios del material humano como los datos identificables.
- Es deber del médico promover y preservar la salud del ser humano. El conocimiento y la conciencia del médico están dedicados a cumplir completamente este deber.
- La declaración de Ginebra de la Asociación Médica mundial compromete al médico con los siguientes términos: "La salud de mi paciente será mi primera preocupación" y el Código Internacional de Ética Médica declara que "un médico deberá actuar únicamente de acuerdo con el interés de su paciente cuando proporcione atención médica que pudiera tener el efecto de debilitar su condición física o mental".
- Los avances de la medicina se basan en investigaciones que, en su etapa final, involucran experimentos en seres humanos.
- Cuando se realiza una investigación médica en seres humanos, las consideraciones relacionadas al bienestar del ser humano deben anteponerse a los intereses de la ciencia y de la sociedad.

- El objetivo esencial de la investigación médica realizada en seres humanos es mejorar los métodos profilácticos, diagnósticos y terapéuticos, así como la comprensión de las causas y los mecanismos de las enfermedades. Los métodos profilácticos, diagnósticos y terapéuticos, aun los más aceptados, deberán constantemente ser evaluados por medio de investigaciones sobre su efectividad, eficiencia, accesibilidad y calidad.
- Tanto en la práctica como en la investigación médica, la mayoría de los métodos profilácticos, diagnósticos y terapéuticos involucran riesgos y gastos.
- La investigación médica está sujeta a normas éticas que promueven el respeto, la protección de la salud y de los derechos de todos los seres humanos. Algunas personas participantes en la investigación son más vulnerables y necesitan protección especial. Deben reconocerse las necesidades particulares de las personas desfavorecidas en el aspecto económico y médico. Se requiere también una atención especial para aquellos que no sean capaces de autorizar o negar por sí mismos su consentimiento, para aquellos susceptibles de dar su consentimiento bajo presión, para los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y para aquellos en los cuales la investigación se combina con la atención médica.
- Los investigadores deben conocer las disposiciones éticas, legales y reglamentarias nacionales e internacionales, para realizar investigación en seres humanos. Ninguna disposición nacional de orden ético, legal o reglamentario deberá reducir o eliminar alguna de las medidas protectoras enunciadas en la presente declaración.⁶⁹

Código de conducta para el personal de salud 2002

Estándares de comportamiento

Se trata de las obligaciones morales y de trato social que asume el personal de salud al prestar sus servicios cotidianos y de excepción, comprendidos los siguientes:

1. Estándares de trato profesional

Describen las conductas de los integrantes de los equipos de salud y de sus líderes, ante situaciones cotidianas y de excepción, en la práctica profesional comúnmente aceptada de las ciencias de la salud y esperadas por la población que recibe sus servicios.

2. Estándares de trato social

Se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales.

3. Estándares de conducta laboral

Comprenden los comportamientos esperados de los integrantes de los equipos de salud, de sus líderes naturales o formales y de los directivos en su relación con la institución donde laboran y con sus compañeros de trabajo, a saber:

4. Estándares en la formación y desarrollo de personal y de investigación

Se trata del comportamiento de los miembros de los equipos de salud, relacionado con las actividades de formación de nuevo personal y de actualización para el desarrollo o capacitación para el trabajo, y también de investigación científica para la generación de nuevo conocimiento o mejor comprensión de la realidad circundante.

1. Sólo participarán en actividades educativas de alumnos de escuelas y facultades reconocidas y acreditadas, con las que la institución donde presta sus servicios tenga suscritos convenios.
2. No permitirán, conforme a las normas institucionales y programas académicos, la práctica inexperta o sin supervisión de los alumnos de los diversos grados de los grupos pertenecientes a las diferentes carreras de la salud, bajo su responsabilidad.
3. Podrán compartir su tiempo laboral con el tiempo convenido para actividades docentes o de investigación, para las cuales podrán recibir un nombramiento escolar y remuneración adicional.
4. En todas las actividades de enseñanza o de investigación antepondrán el respeto y el confort de los pacientes, a la ejecución didáctica o de investigación.
5. Imbuirán en los alumnos una actitud de servicio y de trato cordial y respetuoso a los pacientes y sus familiares, a los compañeros, a los superiores y, en general al personal que colabora en las actividades asistenciales, cuidando que la formación que reciban los alumnos sea integral.
6. Los pacientes que participen en el proceso educativo deberán ser informados previamente y solicitada su autorización para tal efecto, sin la cual no podrán ser sujetos de estudio, como tampoco de investigación. Del mismo modo deberán ser informados del nombre de los alumnos y del grado que cursan.
7. El profesor o tutor, o los alumnos mismos, no deberán discutir los casos clínicos frente a los pacientes o el personal administrativo, así como evitar comentarios que puedan dañar la sensibilidad de los propios pacientes o dar lugar a interpretaciones indebidas.

8. La realización de proyectos de investigación siempre será acatando las normas institucionales en la materia, anteponiendo la seguridad de los pacientes y respetando su aceptación o negativa, de participar en el estudio o de abandonarlo, sin que por esto desmerite la calidad de su atención.
9. Es deber del investigador trabajar en una relación creativa y mutuamente respetuosa con los pacientes, de manera que la comunidad obtenga resultados que contribuyan a construir una medicina más eficiente.
10. No se debe inducir el uso de tecnologías, material, equipo y medicamentos que apenas están en estudio y no cabalmente confirmada su utilidad.
11. En investigación clínica es fundamental que el propósito sea el de lograr mejoría o curación de los pacientes y en segundo término contribuir a dilucidar problemas del conocimiento.
12. Los revisores de los protocolos de investigación y artículos para revistas deben respetar la confidencialidad de las nuevas ideas, no debiendo utilizar como suyo aquello de lo que tomaron conocimiento en las revisiones, ni presentar las ideas de otros como propias.
13. La profesión médica es responsable de verificar la seguridad y eficacia de las nuevas tecnologías y tratamientos, siendo dicho conocimiento abierto al escrutinio público.
14. Respetará el consentimiento válidamente informado del paciente para participar en proyectos de investigación, mismo que protege sus derechos y dignidad humana. Bajo los principios de privacidad y autonomía una persona tiene el derecho de autodeterminación sobre su cuerpo.
15. El consentimiento válidamente informado que obtenga el médico de sus pacientes deberá ser por escrito y con testigos, haciendo constar claramente los riesgos a los que se está expuesto, la privacidad y

confidencialidad de los datos del paciente y los beneficios que se esperan obtener, así como su libertad para retirarse del estudio.

16. Se deberá dar a conocer de manera clara y honesta la relación del investigador con el organismo patrocinador de la investigación y los compromisos que se adquieren.

17. En todos los casos la investigación clínica estará sujeta a lo dispuesto en la Ley General de Salud y en la normatividad nacional y convenios internacionales sobre la materia.

18. No se podrán llevar a cabo proyectos de investigación de ningún tipo, sin la aprobación correspondiente de los comités de bioética y de investigación de la unidad de servicios de que se trate. Dichos comités podrán dictaminar, dadas sus atribuciones, sobre el inicio, desarrollo, conclusión o detención de proyectos, con base en el seguimiento de cada protocolo.

19. Estándares sobre las relaciones extrainstitucionales del personal de salud. Relativos a la relación que mantenga el personal que brinda los servicios con organismos académicos o colegios, o bien de investigación o con fabricantes y distribuidores de insumos para la salud.⁷⁰

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud

Título primero

Disposiciones generales

Capítulo único

ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud.

TITULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTICULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I.- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales , en laboratorios o en otros hechos científicos.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que

cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso, su representantes legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.⁷¹

Lineamientos de Investigación en el Hospital General de México

La dirección de Investigación del Hospital General de México además de los lineamientos generales en materia de investigación hace referencia a la utilización de las siguientes cartas para el desarrollo de la misma:

- 1. Carta de presentación del protocolo por el investigador principal.
- 2. Carta de autorización por el jefe de servicio o unidad.
- 3. Documentos especiales para la evaluación de proyectos interinstitucionales o de la industria.
 - a) Carta de información de intención al director general con copia al director de investigación del Hospital General de México firmada por el investigador externo a la institución que funge como responsable del proyecto o responsable de la industria.
 - b) Copia de la carta de invitación al investigador o grupo de investigadores de la institución firmada por el responsable del proyecto o el responsable de la industria.
 - c) Copia de la carta de aceptación del investigador del Hospital General de México.
 - d) Carta de consentimiento informado.⁷²

(Anexo 2)
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE Y/O FAMILIAR _____
PARENTESCO LEGAL _____

Conforme a lo explicado, me comprometo a responder las preguntas que me realicen los investigadores, las cuales serán enfocadas al aspecto físico, social, emocional y espiritual de mi y de mi familia ante el proceso de tratamiento de mi padecimiento, se me realizara una entrevista tanto personal como familiar; con preguntas dirigidas sin presentar riesgos en mi persona o familia, con objeto de que el personal que me entreviste aplique sus conocimientos en cuanto al manejo de Etiquetas Diagnósticas.

Los datos que de mi se obtengan serán manejados confidencialmente

- Tengo derecho de retirarme en el momento que yo lo desee
- Tengo derecho de no contestar las preguntas que no desee
- Tengo derecho a que resuelvan mis dudas

**FIRMA Y NOMBRE
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**NOMBRE Y FIRMA
TESTIGO 1**

**NOMBRE Y FIRMA
TESTIGO**

(Anexo 3)
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Guía de valoración de enfermería basada en los patrones de respuesta humana de la Taxonomía NANDA II para identificar Diagnósticos de Enfermería en las pacientes hospitalizadas con Cáncer Cérvico Uterino.

Nombre: _____ Dx / Estadio: _____
Edad: _____ Nivel educativo: _____ Tratamiento: _____
No de cama: _____ Fecha de elaboración: _____ Hrs. de Hospitalización: _____

1. PROMOCION DE LA SALUD

Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones o estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.

1. ¿ Sabe cuál es el padecimiento por el que esta hospitalizada? _____
2. ¿Algún otra enfermedad que padezca? _____
3. ¿Cumple adecuadamente con su tratamiento?
Si _____ No _____ ¿ Por qué? _____
4. ¿La familia participa activamente en su tratamiento? _____
Si _____ No _____ ¿ Por qué? _____

2. NUTRICION

Actividad de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Peso: _____ Talla: _____
Tipo de dieta: _____
Tipo de alimentación: Enteral _____ Parenteral _____ SNG _____
¿Consume todo la comida que le traen? Si _____ No _____
¿Ingiere algún alimento distinto a la dieta del hospital? _____
¿Tiene falta de apetito? Si _____ No _____
¿Ha perdido peso posterior a su ingreso hospitalario? Si _____ No _____
Problemas de deglución: No _____ Si _____ ¿Cuáles? _____
Estado de la boca: _____
Peristaltismo: _____
Balance de líquidos en el turno: _____ ml
Ingresos: _____ ml
Vía oral: _____ ml Vía Parenteral _____ ml
Egresos: _____ ml
Vómito: Número de veces _____ cantidad _____ ml
Hemorragia: Localización _____ cantidad _____ ml
Drenaje: _____ Tipo: _____ Cantidad _____ ml
Características de la piel: _____ Edema: _____ Anasarca: _____ PVC _____

3. ELIMINACIÓN

Secreción y excreción de los productos corporales de deshecho.

Vesical:

Número de micciones en el turno _____, _____ ml características _____

¿Tiene algún problema para orinar? Dolor: _____ Ardor: _____ Otro _____

Sonda vesical: _____ calibre: _____ fecha de instalación: _____

Fecal:

Número de excreta al día: _____ características: _____

¿Tiene algún problema para evacuar? _____

Estreñimiento: _____ uso de laxantes: _____ enema: _____

Incontinencia: _____ Tipo: _____ Uso de pañal: _____

Ostomía: _____ Tipo _____ Cantidad _____

Otro: _____

Pulmonar:

¿Tiene algún problema para respirar? _____ ¿Cuál? _____

Campos bien ventilados _____ Estertores: _____ Tipo _____ Localización _____

Gasometría arterial: pH _____ pO₂ _____ pCO₂: _____ Sat O₂ _____

4. ACTIVIDAD Y REPOSO

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

¿Durmió bien en la noche? Sí _____ ¿Cuántas horas? _____

No _____ ¿Por qué? _____

¿Necesita ayuda especial o algún medicamento para dormir? _____ ¿Cuál? _____

F.C. _____ x' Fr. _____ x' TA _____ Llenado capilar _____

Tos: _____ Disnea: _____ En reposo _____ En actividad _____

¿Necesita ayuda para moverse en cama: _____

¿Puede caminar? No _____ Sí _____ Sola _____ Con ayuda _____ ¿De qué tipo? _____

No _____ ¿Por qué? _____

¿Puede comer sola? _____ ¿Puede bañarse sola? _____

¿Puede vestirse sola? _____ ¿Puede hacer uso del WC sola? _____

Intolerancia a la actividad

Disminución de la fuerza o resistencia: _____

Fatiga: _____ Desnutrición: _____

Renuencia a iniciar el movimiento: _____

Estado post -operatorio _____

Deterioro de la movilidad física

Deterioro neuromuscular o músculo esquelético: _____

Dolor _____ Ansiedad _____

Estado de depresión: _____ Otro: _____

Apoyo ventilatorio (tipo): _____

Saturación de oxígeno: _____ (En caso de ser necesario valorar)

Actividades de recreación:

Lectura: _____ Música _____ Televisión: _____ Otra: _____

5. PERCEPCIÓN / COGNICIÓN

Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

- ¿Atiende las ordenes, o sugerencias del personal de salud respecto a su enfermedad y tratamiento? _____
- ¿Ha tenido alucinaciones? _____
- Ubicación espacio, lugar y tiempo _____
- Enfermedad neurológica agregada: _____
- ¿Utiliza algún apoyo sensorial? _____
- ¿Tipo de apoyo? _____
- ¿Percibe el sabor de la comida y olor del mismo? _____
- Presenta Parálisis: No; ___ Sí: ___ Total _____ Parcial: _____ Especificar: _____
- ¿Sabe que es el cáncer Cérvico Uterino? _____
- ¿Conoce los factores de riesgo que favorecen la progresión de la enfermedad y sus secuelas? _____
- ¿Qué medidas lleva a cabo para evitar estos riesgos? _____
- ¿Sabe en que consiste el tratamiento medico que le indicaron? _____
- Tipo de comunicación verbal con personal de enfermería:
- Total: _____ Parcial: _____ Nula: _____
- Tipo de comunicación verbal con familiares o visitas:
- Total: _____ Parcial: _____ Nula: _____
- ¿Habla algún dialecto? _____
- ¿Presenta incapacidad para retener información? _____

6. AUTOPERCEPCIÓN

Conciencia del propio ser.

¿Cuándo se entero que tenía cáncer? _____

Desesperanza:

Sentimientos de soledad: _____ Adinamia: _____

Disminución de la verbalización: _____ Menciona no tener fe : _____

Menciona no resistir más _____ Enfermedad crónica terminal: _____

Tratamientos prolongados: _____ Hospitalización prolongada: _____

Autoestima

Pérdida de alguna función o parte corporal: _____ ¿Desde cuándo? _____

Falta de implicación en sus cuidados: _____ ¿Desde cuándo? _____

Ha manifestado negación al tratamiento: _____ hospitalización: _____

Alteración de la imagen corporal _____

Deterioro funcional (especificar) _____

Impotencia

¿Manifiesta vergüenza o culpa? _____

¿Se siente incapaz de afrontar los acontecimientos? _____

¿Le molesta que le ayuden a realizar actividades? _____

Ha tenido problemas en sus relaciones interpersonales: _____

Depresión por el deterioro físico a pesar del tratamiento: _____

7. ROL / RELACIONES

Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.

Estado civil: _____ ¿A qué se dedicaba? _____

¿Aún puede desarrollar actividades acorde a su rol familiar? _____

Personas que dependen del paciente: _____

¿Quién lo cuida? _____

Cuidador único: _____ Varios: _____ Horas de permanencia: _____

Respuesta del cuidador con el paciente:

Bueno: _____ Regular: _____ Agresiva: _____

Respuesta del paciente con el cuidador:

Bueno: _____ Regular: _____ Agresiva: _____

Ha tenido problemas en sus relaciones interpersonales: _____

8. SEXUALIDAD

Identidad sexual, función y reproducción

Vida sexual activa: si _____ no: _____

Miedo a las relaciones sexuales: _____ Dolor a las relaciones sexuales: _____

Causa que impida desarrollar esta faceta de la vida / especificar: _____

9. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Forma de hacer frente a los acontecimientos y procesos vitales.

Paciente local: _____ Foráneo: _____ Estado: _____ Acompañado: _____ ¿De quien? _____

Temor: _____ a Hospitalización: _____ Procedimientos: _____

Ansiedad

Vigilancia Continua de su entorno: _____ Agitación: _____

Aflicción: _____ Movimientos de manos y pies: _____

Insomnio: _____ Inquietud: _____ Irritabilidad: _____

Incertidumbre: _____ Voz temblorosa: _____

Sensación de orinar cuando se enfrenta nuevas situaciones: _____

Tristeza: _____ Nerviosismo: _____

Presencia de tic nervioso: _____

Duelo Disfuncional / Crónico: _____

10. PRINCIPIOS VITALES

Principios que subyacen en las creencias, pensamientos y conductas sobre actos, costumbres o instituciones contemplados como verdaderos poseedores de un valor intrínseco.

Es creyente: _____ Religión: _____
¿Sabe rezar o realiza algún rito que aumente su fe? _____
¿Reza en el hospital? Si ___ Solo: ___ Acompañado: _____
No ___ ¿Siente la necesidad de hacerlo? _____
¿Recibe la visita de algún guía religioso o espiritual? _____
¿Lee libros relacionados? _____

11. SEGURIDAD / PROTECCIÓN

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

Catéteres:
Tipo de catéter _____ Fecha de instalación: _____ # veces recolocado _____
Tipo de catéter _____ Fecha de instalación: _____ # veces recolocado _____
Número de punciones para toma de laboratorio _____
Sonda Foley ___ Fecha de instalación: _____ # veces recolocado _____
SNG _____ Fecha de instalación: _____ # veces recolocado _____
Lesión Física:
Estado preoperatorio: _____
Caídas previas: _____ Convulsiones: _____ Hipotensión: _____
Pisos resbaladizos: _____ Cama alta: _____ Iluminación inadecuada: _____
Pasillos obstruidos: ___ Debilidad: ___ Mala visión: ___ Equilibrio inadecuado: ___
Fatiga: _____ Reposo prolongado en cama: _____
Lesiones en la piel (ulceras, quemaduras): _____ Ubicación: _____
Insuficiencia periférica: _____ Insuficiencia arterial: _____ Diabetes: _____
Alergias. _____
Efectos colaterales de medicamentos: _____
Uso de sedantes: _____ Vasodilatadores: _____
Antihipertensivos: _____ Hipoglucemiantes: _____
Fenotiazidas: _____ Psicotrópicos: _____
Enfermedad inmunosupresora: _____ Tratamiento: _____
Hemoglobina: _____ Hematocrito: _____
Leucocitos: _____ Neutrófilos: _____
Plaquetas: _____ Transfusiones: _____
Falta de alguna pieza dentaria: _____ Temperatura: _____

12. CONFORT

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Dolor:_____ Escala numérica:_____

Localización:_____ Tiempo de Inicio:_____

Náuseas:_____ Vómito:_____

Disnea:_____ Diaforesis:_____

Indicación de aislamiento:_____

¿Se siente sola?_____

¿Acuden sus familiares, amigos o conocidos a visitarla?_____

¿Conversa con su compañera de habitación?_____

¿Habla algún dialecto o idioma que le imposibilite conversar fácilmente?_____

13. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo con la edad.

¿Tiene falta de apetito?_____

¿Cuántas comidas realiza al día?_____¿Consume todo lo que le traen?_____

¿Ha perdido peso posterior a su ingreso hospitalario?

¿Aun se ocupa de su autocuidado; le importa su higiene y aspecto físico?_____

¿Manifiesta pérdida de interés por su estado de salud? _____

Dependencia innecesaria de enfermería:_____ ó familiar:_____

(Anexo 4)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Instrumento para Registro de Etiquetas Diagnósticas NANDA

Nombre: _____ Estado: _____ Folio _____
Edad: _____ Nivel educativo: _____ Tratamiento: _____

Instrucciones de llenado: Marca con una X las Etiquetas Diagnósticas que de acuerdo a la valoración, detecte en el paciente elegido.

Etiqueta Diagnóstica	si	no
1. PROMOCION DE LA SALUD		
Manejo efectivo del régimen terapéutico		
Manejo inefectivo del régimen terapéutico		
Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar		
Conducta generadora de salud		
Mantenimiento inefectivo de la Salud		
Total		
2. NUTRICION		
Deterioro de la deglución.		
Desequilibrio nutricional por defecto		
Desequilibrio nutricional por exceso		
Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso		
Déficit de volumen de líquidos		
Riesgo de déficit de volumen de líquidos		
Exceso de volumen de líquidos		
Riesgo de desequilibrio de vol Liq		
Total		
3. ELIMINACIÓN		
<i>Sistema Urinario</i>		
Deterioro de la eliminación urinaria		
Retención urinaria		
Incontinencia urinaria		
Incontinencia urinaria total		
Incontinencia urinaria de estrés		
Incontinencia urinaria de urgencia		
Incontinencia urinaria refleja		
Riesgo de incontinencia urinaria		
<i>Sistema Gastrointestinal</i>		
Diarrea		
Estreñimiento		
Incontinencia fecal		
Riesgo de estreñimiento		
Estreñimiento subjetivo		
<i>Sistema Pulmonar</i>		
Deterioro del intercambio gaseoso		
Total		

4. ACTIVIDAD Y REPOSO	si	no
<i>Reposo / sueño</i>		
Deterioro del patrón del sueño		
Derivación del sueño		
<i>Actividad / ejercicio</i>		
Riesgo de síndrome de desuso		
Det. de la movilidad física		
Det. de la movilidad física en silla de ruedas		
Det. de la habilidad para traslación		
Deterioro de la movilidad en cama		
Deterioro de la deambulacion		
Déficit de actividades recreativas		
Déficit de autocuidado: baño /higiene		
Déficit de autocuidado: alimentación		
Déficit de autocuidado: uso WC		
Retrazo en la recuperación quirúrgica		
<i>Equilibrio de la energía</i>		
Fatiga		
<i>Respuesta cardiovascular</i>		
Disminución del gasto cardíaco		
Deterioro de respiración espontánea		
Patrón respiratorio ineficaz		
Intolerancia a la actividad		
Riesgo de intolerancia a la actividad		
Respuesta disfuncional al destete del ventilador		
Perfusión tisular inefectiva: especificar		
Total		
5. PERCEPCIÓN COGNICIÓN		
<i>Atención</i>		
Desatención unilateral		
<i>Orientación</i>		
Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno		
Trastorno de la percepción sensorial (visual, auditiva, gustativa, táctil olfativa)		

	si	no
<i>Cognición</i>		
Conocimientos deficientes: especificar		
Confusión aguda		
Confusión crónica		
Deterioro de la memoria		
Comunicación		
Deterioro de la comunicación verbal		
Total		
6. AUTOPERCEPCIÓN		
<i>Autoconcepto</i>		
Trastorno de la identidad personal		
Impotencia		
Riesgo de impotencia		
Desesperanza		
Riesgo de soledad		
<i>Autoestima</i>		
Baja autoestima crónica		
Baja autoestima situacional		
Riesgo de baja autoestima situacional		
<i>Imagen corporal</i>		
Trastorno de la imagen corporal		
Total		
7. ROL / RELACIONES		
<i>Rol del cuidador</i>		
Cansancio en el desempeño de rol de cuidador		
Riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador		
<i>Relaciones familiares</i>		
Interrupción de los procesos familiares		
Proceso familiares disfuncionales : alcoholismo		
<i>Desempeño del rol</i>		
Desempeño inefectivo del rol		
Deterioro de la interacción social		
Total		
8. SEXUALIDAD		
Función sexual		
Disfunción sexual		
Patón sexual inefectiva		
Total		
9. AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS		
<i>Respuesta postraumática</i>		
Síndrome de estrés por traslado		
Temor		
Ansiedad		
Riesgo de síndrome de estrés por traslado		
Ansiedad ante la muerte		
Aflicción crónica		

Elaboró: _____

	si	no
Duelo anticipado		
Duelo disfuncional		
Afrontamiento Familiar Incapacitante		
Afrontamiento inefectivo		
Afrontamiento defensivo		
Estrés Neurocompartamental		
Disreflexia autónoma		
Riesgo de Disreflexia autónoma		
Total		
10. PRINCIPIOS VITALES		
Sufrimiento espiritual		
Riesgo de sufrimiento espiritual		
Conflicto de decisiones : especificar		
Incumplimiento del tratamiento		
Total		
11. SEGURIDAD / PROTECCION		
<i>Infección</i>		
Riesgo de infección		
<i>Lesión física</i>		
Deterioro de la mucosa oral		
Riesgo de lesión		
Riesgo de lesión perioperatoria		
Riesgo de caída		
Deterioro de la integridad cutánea		
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea		
Deterioro de la integridad tisular		
Deterioro de la dentición		
Riesgo de asfixia		
Riesgo de aspiración		
Limpieza ineficaz de vías aéreas		
Riesgo de disfunción neurovascular periférica		
Protección inefectiva		
Riesgo de violencia dirigida a otros		
Riesgo de violencia autodirigida		
<i>Procesos defensivos</i>		
Respuesta alérgica al látex		
<i>Termorregulación</i>		
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal		
Termorregulación inefectiva		
Hipotermia		
Hipertermia		
Total		
12. CONFORT		
Dolor agudo		
Dolor crónico		
Nauseas		
Aislamiento social		
Total		
13. CRECIMIENTO Y DESARROLLO		
Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo		
Total		

(Anexo 5)

CRONOGRAMA

Actividades	Responsables	MESES							
		Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Estructurar protocolo	Investigadores y asesor	X	X						
Diseño del instrumento	Investigadores y asesor		X						
Elaboración marco teórico	Investigadores		X						
Presentar proyecto de investigación en la FES Zaragoza	Investigadores			X					
Aplicación de instrumento Recolección de datos (valoración y dx)	Investigadores				X	X	X		
Tabulación de datos	Investigadores							X	
Análisis de resultados	Investigadores y asesor							X	
Reporte de investigación	Investigadores								X

14. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Hernández J, Moral P, Esteban M. Fundamentos de la Enfermería Teoría y método. 2ª ed. Madrid: Editorial McGraw Hill Interamericana; 2003. p.74.
- ² Estadísticas a Propósito del Día Mundial del Cáncer. 2007;[3 páginas]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/C/estadisticas/2007/cancer07.pdf>. Consultado Febrero 10, 2007.
- ³ Cuaderno Estadístico Enero – Diciembre 2006. Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos. 2006; [634 páginas]. Disponible en: <http://www.hgm.gob>. Consultado Marzo 8, 2007.
- ⁴ Suzanne C, Smetzel G, Bare B. Tratado de Enfermería Medico Quirúrgica de Brunner y Suddarth. 9ª ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 301 (Vol. I).
- ⁵ Cidoncha M, Maria A, Diez S. Servicio Enfermero Ofertado en una Unidad de Hospitalización de Nefrología. Revista de la Sociedad Español de Enfermería. [Seriada en línea] 2004; 7(3): [7 páginas]. Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139. Consultado marzo 8, 2007.
- ⁶ Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Editorial Rol; 1989. p. 305.
- ⁷ Iyer P. W. Taptich B, Bernocchi D. Proceso y Diagnóstico de enfermería. 3ª ed. México: Editorial McGraw Hill Interamericana; 1997. p. 2.
- ⁸ Hernández J, Moral P, Esteban M. Fundamentos de la Enfermería Teoría y método. 2ª ed. Madrid: Editorial McGraw Hill Interamericana; 2003. p. 61.
- ⁹ *Ibid.* p. 72.
- ¹⁰ Gelache B. Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Rev. Soc. Esp. Enfermería Nefrológica [Seriada en línea] 2004; 7 (3): [6 Páginas]. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139 Consultado Febrero 22, 2007.
- ¹¹ Cidoncha M, Maria A, Diez S. Servicio Enfermero Ofertado en una Unidad de Hospitalización de Nefrología. Revista de la Sociedad Español de Enfermería. [Seriada en línea] 2004; 7(3): [7 páginas]. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139. Consultado Febrero 22, 2007.
- ¹² Brandão L, Galdino J, Cavalcante V, López V. Relación entre Diagnósticos Enfermeros y sus Características, en Pacientes con Trasplante Renal. Master Tempus Vitalis. Revista Electrónica Internacional de Cuidados. [Seriada en línea] 2006; 6(1): [7 Páginas]. Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/index1.htm>. Consultado Febrero 22, 2007.
- ¹³ Palva GS y cols. Factores Relacionados Para Diagnósticos De Enfermería en Pacientes con Infarto Agudo al Miocardio. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico [Seriada en línea] 2005; 13 (1-2): [7 Páginas]. Disponible en: http://medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2005/e-en05-1_2/em-en051_2g.htm. Consultado Febrero 9, 2007.

- ¹⁴ Vázquez RM. Proceso de Atención de Enfermería en la Enfermedad Vascular Cerebral Isquemia. Revista mexicana de enfermería cardiológico [Seriada en línea] 2002; 10 (1): [5 Páginas]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2002/e-en02-1/em-en021e.htm>. Consultado Febrero 9, 2007.
- ¹⁵ Fernández Roman, Diagnósticos Enfermeros más Frecuentes en Pacientes con Accidente Cerebral Vascular (ACV) Incluidos en un Programa de Incapacitados. Revista electrónica index. Informe [Seriada en línea] [2 Páginas]. Disponible en: <http://www.aeev.net/index.php?html=404.htm&prordocument=e> consultada el 18 de febrero 2007,
- ¹⁶ Lorente C, Castillo J, Puertas I y Muñoz M.A.. Cuidados de enfermería del Paciente Crítico con VMNI diagnósticos, resultados (NOC) e intervenciones (NIC). Revista electrónica internacional para el cuidado del paciente crítica [Seriada en línea] 2003; 3 (3); [7 Páginas] Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n8/r188articulo.php> - 28k. Consultado Enero 28, 2007.
- ¹⁷ Molina B, José A , et al. Intervenciones y Diagnósticos de Enfermería en la Unidad de Urgencias del H.G.B. Santa Ana, Motril. Revista de la Sociedad española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. [Seriada en línea] Septiembre 2006; [4 Páginas] Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2006/septiembre/sumario.htm> - 15k. Consultado Marzo 8, 2007.
- ¹⁸ Ariza OC. Diagnósticos de Enfermería Frecuentes en el Paciente con Alteraciones del Sistema Cardiovascular. Revista mexicana de enfermería cardiológico. [Seriada en línea] 2003; 2(2) [5 Páginas]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2003/e-en03-2/em-en032f.htm>. Consultado Marzo 8, 2007
- ¹⁹ Martínez Cervantes, et al. Diagnósticos Enfermeros Realizados por un Equipo de Soporte de Atención domiciliaria en pacientes oncológicos en fase terminal. Revista de Medicina Paliativa. [Seriada en línea] 2005; 12(3) [5 Páginas]. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1354203> - 11k. Consultado Marzo 13, 2007.
- ²⁰ Morales P. Fatiga crónica en el paciente oncológico. Revista de Investigación en Enfermería. [Seriada en línea] 2004; 9(1) [5 Páginas]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.org/protocolos_obj.cfm?. Consultado Marzo 4, 2007.
- ²¹ Hernández Mazill, Linda, et al. Protocolo de Cuidados de Enfermería en Pacientes Gineco-Oncológicas con quimioterapia. Revista de enfermería IMSS [Seriada en línea] 2005; 13(1) [6 Páginas]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/E71C55DD-F7FE-4BA1-BE13-E44AC40F27F4/0/2005re0113protocolo.pdf>. Consultado Febrero 17, 2007.
- ²² Ramis E. Etiquetas Diagnósticas de uso preferente en los pacientes con Cáncer de mama que reciben Radioterapia Externa en el Hospital Sant Joan. Revista de la Sociedad Científica Española de Licenciados en Enfermería [Cartel]. [Seriada en línea] 200. Disponible en: http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/poster_3.htm - 23k. Consultado Febrero 17, 2007.
- ²³ Rivas EJG y cols. Disminución del riesgo de lesión por sangrado en el sitio de punción al adulto sometido a cateterismo cardíaco mediante: satisfacción del déficit de conocimiento e inmovilidad. Revista mexicana de enfermería cardiológico [Seriada en línea] 2006; 7 (14): [7 Páginas]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2002/e-en02-1/em-en021e.htm>. Consultado ,Abril 10 2007.
- ²⁴ Rivas EJG. Factores relacionados al diagnóstico enfermero, riesgo de lesión en el postoperatorio inmediato de revascularización coronaria. Revista mexicana de enfermería cardiológico [Seriada en

línea] 1999; 14 (2): [5 Páginas]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2002/e-en02-1/em-en021e.htm>. Consultado, Abril 10 2007.

²⁵ Cuaderno Estadístico Enero – Diciembre 2006. Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos. 2006; [634 páginas]. Disponible en: <http://www.hgm.gob>. Consultado Marzo 8, 2007.

²⁶ *Ibíd.*

²⁷ Hernández J, Moral P., p. 61.

²⁸ *Ibíd.* p. 147.

²⁹ Iyer P. W. Taptich B, Bernocchi D., p. 9-11.

³⁰ Moran V, Mendoza A. Proceso de Enfermería. Modelo sobre Interacción Terapéutica y uso de Lenguajes NANDA, CIE Y CRE. 2ª ed. México: Editorial Trillas; 2006. p. 75.

³¹ NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. España; Editorial Elsevier; 2003.p. 271.

³² Carpenito L J. Diagnósticos de Enfermería Aplicación a la Practica Clínica. 5ª ed. Madrid: Editorial; McGraww-Hill Interamericana; 1995. p. 5.

³³ NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. España; Editorial Elsevier; 2003.p. 271.

³⁴ *Ibíd.* p. 271.

³⁵ Carpenito L J., p. 3-4.

³⁶ Margot D. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. 2ª. ed. México: Editorial; McGrawHill Interamericana; 1999. p. 182.

³⁷ Iyer P W. Taptich B, Bernocchi D. p. 13.

³⁸ *Ibíd.* p. 13.

³⁹ Moran V, Mendoza A., p.80.

⁴⁰ W. Iyer Patricia, J. Taptich Barbara, Bernocchi – Losey Donna., p. 13.

⁴¹ Murray M, Ellen L. Proceso de atención de enfermería. México: Editorial; Manual moderno; 1993. p. 83-85.

⁴² W. Iyer Patricia, J. Taptich Barbara, Bernocchi – Losey Donna., p. 14.

⁴³ NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. España; Editorial Elsevier; 2003.p.227.

⁴⁴ *Ibíd.* p. 274-277.

⁴⁵ Hernández J, Moral P, p.156.

⁴⁶ *Ibíd.* p.161.

- ⁴⁷ Alfaro R. Aplicación del Proceso Enfermero. 5ª ed. Editorial Masson; 2005. p. 4.
- ⁴⁸ *Ibíd.* p.85.
- ⁴⁹ Hernández J, Moral P, p.156
- ⁵⁰ Estadísticas a Propósito del Día Mundial del Cáncer. 2007;[3 páginas]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/C/estadisticas/2007/cancer07.pdf>. Consultado Febrero 10, 2007.
- ⁵¹ *Ibíd.*
- ⁵² Suzanne C, Smetzel G, Bare B. Tratado de Enfermería Medico Quirúrgica de Brunner y Suddarth. 9ª ed. Editorial McGraww-Hill Interamericana; 2002. p. 304-308 (Vol I).
- ⁵³ Norma Oficial Mexicana. NOM – 014 SSA2 – 1994 Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del cáncer Cervico Uterino; [26 páginas]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>. Consultado Marzo 25, 2007.
- ⁵⁴ Gonzalez J Merlo y cols. Ginecología Oncológica. 2ª. Ed. Editorial Barcelona; 2000. p.146.
- ⁵⁵ Philip J. DiSarei T. Ginecología Oncológica. 3ª ed. Editorial Panamericana; 1992. p. 67.
- ⁵⁶ Suzanne C, Smetzel G, Bare B. p. 311.
- ⁵⁷ Gerald M, Walter Jr. Oncológica Clínica. Manual de la American Cancer Society. 2ª ed. Editorial American Cancer Society Organización Panamericana de la Salud; 1996. p. 468.
- ⁵⁸ *Ibíd.* p. 468.
- ⁵⁹ Barber H. Oncología Ginecológica. 2ª ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1992. p. 266.
- ⁶⁰ Berek Jonathan, Neville F. Hacker. Ginecología Oncológica Práctica. 4ª ed. Editorial McGrawHill; 2006. p. 358.
- ⁶¹ Philip J. DiSarei T. p. 74-75.
- ⁶² Suzanne C. Smetzel G. Bare Brenda. p. 311.
- ⁶³ Gerald M, Walter Jr. Oncológica Clínica. p. 468–469.
- ⁶⁴ Gonzalez J Merlo y cols. Ginecología Oncológica. 2ª. Ed. Editorial Barcelona; 2000. p.157.
- ⁶⁵ Suzanne C. Smetzel. G. Bare Brenda. p. 315.
- ⁶⁶ Gerald M, Walter Jr., p. 470.
- ⁶⁷ Barber H. p. 465.
- ⁶⁸ Suzanne C. Smetzel G. Bare Brenda. p. 317-320.
- ⁶⁹ Declaración de Helsinki. [En línea]. 1993; [12 Páginas]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsink.htm>. Consultado Febrero17, 2007.

⁷⁰ Código de conducta para el personal de salud [En línea] 2002; [20Páginas]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/dirgss/codigo/ccps2002.html>. Consultado Febrero 17, 2007.

⁷¹ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [En línea]; 2002; [26 Páginas]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. Consultado Marzo 28, 2007.

⁷² Lineamientos para la Investigación. Dirección General de Enseñanza e Investigación. Hospital General de México, O.D. 2007. ¹ Estadísticas a Propósito del Día Mundial del Cáncer. 2007;[3 páginas]. Disponible en:<http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/C/estadisticas/2007/cancer07.pdf>. Consultado Febrero 10, 2007.