



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

CENTRO UNIVERSITARIO DE MÉRIDA

ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

**PLAN DE CUIDADOS A UNA PACIENTE
PALIATIVA CON CÁNCER DE OVARIO Y
METÁSTASIS**

AUTOR/A: Rocío Barroso Polo

Mérida, Mayo 2023



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

CENTRO UNIVERSITARIO DE MÉRIDA

ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

**PLAN DE CUIDADOS A UNA PACIENTE
PALIATIVA CON CÁNCER DE OVARIO Y
METÁSTASIS**

Autor/a: Rocío Barroso Polo

Tutor/a: María Yolanda Castaño Blanco

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
 - 2.1. CONSIDERACIONES GENERALES
 - 2.2. EPIDEMIOLOGÍA
 - 2.3. ETIOLOGÍA
 - 2.4. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES
 - 2.5. CLÍNICA
 - 2.6. DIAGNÓSTICO
 - 2.7. TRATAMIENTO
 - 2.8. PRONÓSTICO
 - 2.9. COMPLICACIONES
3. OBJETIVOS
 - 3.1. OBJETIVO GENERAL
 - 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
4. METODOLOGÍA
5. DESARROLLO
 - 5.1. DATOS DEL PACIENTE
 - 5.1.1. TRATAMIENTO
 - 5.1.2. EVOLUCIÓN
 - 5.2. VALORACIÓN
 - 5.3. FASE DE DIAGNÓSTICO
 - 5.4. FASE DE PLANIFICACIÓN
 - 5.5. FASE DE EJECUCIÓN
 - 5.6. FASE DE EVALUACIÓN
6. RESULTADOS
7. CONCLUSIÓN
8. BIBLIOGRAFÍA
9. ANEXOS
 - 9.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. RESUMEN

El cáncer de ovario es un tumor que se forma en los tejidos de un ovario. El riesgo de padecerlo a lo largo de la vida es de un 1,7%, oscilando entre un 10-40% si existe predisposición familiar, y, en algún momento de su vida, cerca del 1,2 % de las mujeres de la población general acaban padeciendo este tipo de cáncer.

La paciente objeto de estudio, experimenta problemas relacionados con efectos secundarios del tratamiento quimioterápico, como anorexia, estreñimiento, fatiga, insomnio, ansiedad, desesperanza, baja autoestima y trastorno de la imagen corporal.

El objetivo principal del presente trabajo fue realizar un plan de cuidados individualizado para una paciente con cáncer de ovario avanzado, en estadio IV con metástasis hepática. Para ello se realizó una valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, detección de diagnósticos de enfermería utilizando "North American Nursing Diagnosis Association" (NANDA), y la elaboración y ejecución de un plan de cuidados individualizado con la finalidad de mejorar y solucionar los problemas detectados en la paciente. Para esto último, se utilizó la clasificación de objetivos de enfermería "Nursing Outcomes Classification" (NOC) y las intervenciones de enfermería "Nursing Interventions Classification" (NIC).

Tras analizar los resultados, podemos afirmar que, tras llevar a cabo el plan de cuidados, los indicadores han mejorado tras las intervenciones realizadas, alcanzando la máxima puntuación en prácticamente todos los objetivos planteados, y en el resto han sido conseguidos parcialmente. Por lo tanto, podemos concluir que el plan de cuidados ha sido efectivo y ha mejorado la calidad de vida de la paciente.

Palabras clave:

Cáncer de ovario, Metástasis, Ascitis, Epidemiología, Factores protectores, Mutación.

ABSTRACT

Ovarian cancer is a tumor that forms in the tissues of an ovary. The lifetime risk of developing it is 1.7%, ranging from 10-40% if there is a family predisposition, and, at some point in their lives, about 1.2% of women in the general population end up suffering from this type of cancer.

The patient under study experiences problems related to the side effects of chemotherapy treatment, such as anorexia, constipation, fatigue, insomnia, anxiety, hopelessness, low self-esteem and body image disorder.

The main objective of this study was to develop an individualized care plan for a patient with advanced stage IV ovarian cancer with liver metastasis. For this purpose, an assessment by Marjory Gordon's functional patterns, detection of nursing diagnoses using the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), and the development and implementation of an individualized care plan were carried out with the aim of improving and solving the problems detected in the patient. For the latter, the Nursing Outcomes Classification (NOC) and Nursing Interventions Classification (NIC) were used.

After analyzing the results, we can affirm that, after carrying out the care plan, the indicators have improved following the interventions carried out, reaching the maximum score in practically all the objectives proposed, and in the rest they have been partially achieved. Therefore, we can conclude that the care plan has been effective and has improved the patient's quality of life.

Keywords:

Ovarian cancer, Metastasis, Ascites, Epidemiology, Protective factors, Mutation.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. CONSIDERACIONES GENERALES

El cáncer es una enfermedad que produce un crecimiento descontrolado de las células de cualquier parte del cuerpo, ya sea de manera localizada, provocando un carcinoma “in situ” o bien puede propagarse provocando metástasis. En concreto, el cáncer de ovario es un tumor que se forma en los tejidos de un ovario, que son un par de glándulas reproductivas femeninas que producen óvulos y hormonas femeninas (1).

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

Se ha observado que en los países industrializados se registran mayor número de casos, siendo Europa seguido de Asia y América, las zonas donde la incidencia es más alta, y Oceanía, la que posee la menor incidencia de los cánceres ováricos del mundo.

En Europa, las áreas con mayor número de casos son Europa del este y del norte. En este continente, se ha registrado una disminución de la incidencia y mortalidad por este tipo de cáncer en el siglo XX, aunque sigue siendo el continente en el que aparecen más casos nuevos cada año.

En España se ha observado un incremento paulatino a lo largo del siglo XXI tanto en la incidencia como en las defunciones anuales por esta causa. Dentro del país, la mayor incidencia se registra en el País Vasco e Islas Canarias. En España, se diagnostican cerca de 3000 casos anuales, de los cuales el 94.21% aparecen en mujeres mayores de 50 años, con una tasa de mortalidad del 54%, resultando en 125.000 muertes anuales en todo el mundo (2).

Debido a su prevalencia y a su letalidad este tipo de cáncer es una de las neoplasias más relevante en la mujer, y causa en España alrededor de 1.800 muertes al año (1). Se considera una neoplasia poco habitual, que representa el 4 % de todos los cánceres que puede sufrir la mujer, y el 20% de los cánceres genitales (3). Se estima que cerca del 1,2% de las mujeres tendrán cáncer de ovario en algún momento en la vida (4).

En 2021, se registró en los últimos años, un 1,6% de nuevos casos y un 1,9% de nuevos fallecimientos como resultados de esta patología (1).

2.3. ETIOLOGÍA

El riesgo de padecer un cáncer de ovario a lo largo de la vida es de un 1,7%, oscilando entre un 10-40% si existe predisposición familiar (5). Se barajan múltiples opciones que

permitan justificar el origen de este tipo de cáncer, pero todavía no ha sido dilucidado (6). Entre el 5 y el 10% de las causas de este cáncer, se corresponde con los factores hereditarios y genéticos, incluidos los antecedentes familiares o personales de cáncer de mama u ovario, así como las mutaciones hereditarias (en los genes BRCA1, BRCA2 y otros genes de susceptibilidad al cáncer) (1).

Dentro de las causas genéticas se encuentran las mutaciones del gen BRCA que involucra alrededor de 10% de los casos de cáncer de ovario. En las familias con antecedentes de cáncer de ovario o de mama, aproximadamente el 90% de los casos de cáncer de ovario se deben a las mutaciones BRCA. El riesgo de padecer cáncer de ovario es del 39% al 44% en las personas que portan mutaciones BRCA1 y del 11% al 17% en las que portan mutaciones BRCA2 (1,4).

La probabilidad de sufrir una mutación hereditaria en BRCA1 o en BRCA2 varía según la población. Aunque, en la población general, la prevalencia es de alrededor del 0,2 % al 0,3 %. Alrededor del 2,0 % de quienes tienen ascendencia judía asquenazí portan una variante dañina en uno de estos dos genes, y estas variantes suelen ser una de tres variantes específicas llamadas mutaciones fundadoras. Otras poblaciones que también tienen mutaciones fundadoras son: las noruegas, holandesas e islandesas (4).

2.4. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

Algunos de los factores de riesgo para este tipo de cáncer son:

- Factores hereditarios y antecedentes familiares: Las mujeres con familiares que han padecido cáncer de ovario, tienen una mayor probabilidad de desarrollar el mismo, que aumentará en relación al número de familiares que hayan sufrido la enfermedad.
- Ovulación: A mayor número de ciclos menstruales completos, y por tanto mayor número de ovulaciones, el riesgo de padecer cáncer de ovario aumentará. Por tanto, mujeres cuya menarquia se produce a una edad temprana, y aquellas que presentan una menopausia tardía, tienen mayor riesgo de padecer este tipo de cáncer.
- Las terapias basadas en reemplazo hormonal: Tras 5 años de estar tomando este tratamiento, se incrementa la probabilidad de sufrir cáncer de ovario en un 50%; sin embargo, esta probabilidad comienza a disminuir tras el abandono de la medicación, manteniendo aun así niveles moderados de riesgo.
- Alimentación: Diferentes estudios demuestran que el bajo consumo de vitamina D, favorece la aparición de cáncer de ovario, y que la toma de suplementos de dicha

vitamina podría revertir dicho efecto e incluso podría llegar a prevenirlo. El consumo de carne y grasas, parecen tener un efecto negativo, incrementando el riesgo.

- Endometriosis: El riesgo de desarrollar tumores de ovario de tipo epitelial es de casi el doble en mujeres con endometriosis, dándose por lo general en mujeres jóvenes y con mejor pronóstico, frente a las que no sufren endometriosis.
- Etnia: Se considera que tener orígenes de determinadas localizaciones o etnias como holandés, judío, francocanadiense, islandés, noreuropeo y norteamericano puede estar vinculado con el incremento de riesgo de padecer cáncer de ovario.
- Tabaco: Fumar se ha relacionado con el cáncer de ovario de tipo mucinoso, pero no con ningún otro, por tanto, tiene poca relevancia en esta enfermedad.

Estos factores de riesgo se pueden dividir en dos grandes grupos: Modificables y no modificables. Los factores no modificables, son los que presentan mayor repercusión en el desarrollo del cáncer de ovario. Algunos de estos factores son: Antecedentes familiares, las mutaciones genéticas, la etnia o raza y la endometriosis; los cuales dificultan la prevención de este tipo de cáncer, unido a su sintomatología tan inespecífica (7).

También existen factores protectores como pueden ser:

- Los diferentes medios o situaciones que limiten, reduzcan o impidan la ovulación, disminuyendo por ende, el riesgo de padecer cáncer de ovario, como puede ser:
 - El uso de anticonceptivos orales.
 - El embarazo.
 - La lactancia.
 - Menopausia precoz (7).
- La ooforectomía unilateral.
- La salpingooforectomía unilateral.
- La oclusión tubárica bilateral (8).

2.5. CLÍNICA

Los síntomas suelen ser inespecíficos, y se presentan casi siempre en etapas avanzadas de la enfermedad. La clínica suele comenzar de manera insidiosa con molestias abdominales inespecíficas, siendo los síntomas al debut: Distensión abdominal, ya sea por grandes masas o por ascitis, náuseas, anorexia, saciedad precoz con pérdida de peso, estreñimiento, en el caso de diseminación a nivel intestinal y síntomas urinarios que se presentan al menos 3 meses antes del diagnóstico (5, 9).

Los tumores ováricos malignos, se originan de tres tipos de células: epiteliales, germinales y células del estroma ovárico. El 90% de los tumores de ovario son de origen epitelial, y se

desarrollan principalmente en mujeres posmenopáusicas. Es la forma más frecuente de los 3 tipos histológicos y una de las principales causas de muerte por cáncer. La incidencia de este tipo de estirpe aumenta con la edad, y a diferencia del de las células germinales y del estroma, es rara su aparición antes de los 40 años. Entre el 5 y 6% son tumores de estroma del cordón sexual y menos del 3% son tumores de células germinales (1, 10).

2.6. DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de este tipo de cáncer se utilizan las siguientes pruebas de imagen:

- Ultrasonido (US): Se utilizan tanto el ultrasonido transabdominal (UTA) como el transvaginal (UTV). Sin embargo, gracias a una mejor resolución, el transvaginal ha demostrado superioridad a la hora de estudiar y caracterizar las masas anexiales (1).

Morfológicamente, se debe considerar el diagnóstico de malignidad cuando en el ultrasonido se observa: una masa sólida irregular, una masa quística multilocular irregular, la presencia de ascitis, nódulos peritoneales u otra evidencia de metástasis, y por último la presencia de componente sólido o proyecciones papilares dentro de la pared del quiste, siendo estos últimos, los indicadores más sugestivos de malignidad (9).

- Tomografía computarizada (TC): Método de elección para estadificar el cáncer de ovario. Tiene una precisión superior al 90%, sin embargo, la sensibilidad varía en los distintos sitios anatómicos; su mayor limitación es la incapacidad de detectar con certeza la pared intestinal e implantes peritoneales o mesentéricos pequeños (< 5 mm) especialmente en presencia de ascitis.
- Resonancia magnética (RM): Se ha utilizado como método de resolución de problemas en la caracterización de masas con resultado indeterminado en el US o TC. La RM tiene una precisión del 83-91% a la hora de diferenciar entre lesiones benignas y malignas, y su precisión en estadiaje es considerablemente alta. Además, al tener mayor resolución para los tejidos blandos, permite detectar con mayor facilidad la invasión a órganos pélvicos.

Además de estas pruebas de imagen, se realizan pruebas de laboratorios en las que se debe obtener un conteo sanguíneo completo, que incluya calcio (para evaluar los síndromes paraneoplásicos), pruebas de función hepática y biomarcadores séricos, si se sospecha cáncer de ovario, como el CA-125, que se encuentra elevado en aproximadamente el 80% de los cánceres de ovario epiteliales en general, pero solo en el 50% de los cánceres de ovario epitelial en estadio temprano se encontraría elevado.

Además, el CA-125 también se puede elevar en situaciones benignas, como la endometriosis y los fibromas. El valor predictivo positivo y la especificidad de CA-125 es más alta en mujeres posmenopáusicas que en mujeres premenopáusicas, en parte por la mayor probabilidad de cáncer y la menor prevalencia de lesiones benignas tras la menopausia.

Existen otros biomarcadores séricos, como la proteína 4 del epidídimo humano (HE4), que es una glicoproteína expresada en aproximadamente un tercio de los cánceres de ovario que carecen de CA-125. Esta proteína es usada principalmente para evaluar la progresión de la enfermedad y controlar su recurrencia. Si el nivel sérico de CA -125 se eleva por encima de 200 U por ml (200 kU por L) en una mujer premenopáusica o cualquier elevación en una mujer posmenopáusica, además hay existencia de masas pélvicas nodulares o fijas y evidencia de metástasis o ascitis inexplicada, se deben realizar pruebas multitemáticas y considerar realizar salpingectomía (1).

Una vez diagnosticado el cáncer, se puede clasificar en cuatro estadios:

- Estadio I: Afectación ovárica.
 - I a: Cápsula ovárica íntegra y libre de tumor en la superficie, sin ascitis. Afectación tumoral de un único ovario.
 - I b: Igual, pero con afectación ovárica bilateral.
 - I c: Afectación de uno o ambos ovarios, con cápsula rota y tumor en la superficie. Lavado peritoneal positivo o ascitis tumoral.
- Estadio II: Afectación pélvica.
 - II a: Afecta útero o trompa.
 - II b: Afecta a otros tejidos pélvicos.
 - II c: Afectación pélvica con cápsula rota, tumor en la superficie del ovario y ascitis tumoral o lavado peritoneal positivo.
- Estadio III: Afectación de la superficie peritoneal incluyendo intestino delgado, cápsula hepática y epiplón; adenopatías inguinales o retroperitoneales.
 - III a: El peritoneo abdominal se encuentra afectado microscópicamente.
 - III b: Implantes peritoneales < 2 cm.
 - III c: Implantes peritoneales > 2 cm o adenopatías inguino retroperitoneales.
- Estadio IV: Presencia de metástasis, incluyendo las del parénquima hepático y el derrame pleural citológicamente positivo (3).

2.7. TRATAMIENTO

En general, el tratamiento del cáncer de ovario es local y podría no afectar al resto del cuerpo. El diagnóstico definitivo requiere que mediante anatomía patológica se confirme que se trata de un cáncer de ovario, y entonces se aplicaría la cirugía como tratamiento inicial (1).

El procedimiento quirúrgico consiste en realizar una laparotomía media-amplia, supra-umbilical, que permita inspeccionar toda la cavidad abdominal incluyendo ambas cúpulas diafragmáticas y el retroperitoneo. Se procede a realizar un lavado de la cavidad peritoneal y posterior envío de muestras del líquido resultante para citología. Se realizará una cuidadosa inspección intraabdominal y palpación de todas las superficies peritoneales y mesentéricas, sobre todo para evaluar las características morfológicas de malignidad. Después se debe proceder a la resección del ovario del que deriva la masa anexial, intentando evitar rotura del mismo. Tras la confirmación intraoperatoria de malignidad, se procederá según los deseos de paridad de la paciente o el estadio de la enfermedad:

- Si la paciente es postmenopáusica o ha cumplido sus deseos de maternidad se realiza el procedimiento quirúrgico completo, que consiste en anexectomía bilateral, histerectomía, ooforectomía, junto con apendicectomía, y toma de biopsias múltiples a nivel peritoneal, así como realización de linfadenectomía de ganglios paraaórticos y pélvicos. De la misma forma, si se observa cualquier nódulo sospechoso, o afectación intestinal, se debe proceder a resección de la misma o del máximo posible, con la finalidad de no dejar enfermedad residual.
- Si la paciente no ha visto cumplidos sus deseos de maternidad y el tumor está limitado a un ovario y tiene un grado histológico bien diferenciado, se puede proceder a dejar el ovario contralateral y el útero y realizar el resto del procedimiento exploratorio.
- En el caso de que la situación clínica de la paciente o la extensión de la enfermedad haga totalmente irreseccable la misma en un primer momento, se debe proceder a la toma de citologías y biopsias que permitan la confirmación histológica de la neoplasia. Posteriormente, tras someter a la paciente a tratamiento citostático, se puede proceder a una "cirugía de intervalo", en un segundo tiempo, con la finalidad de intentar una cirugía de citorreducción óptima que mejore el pronóstico. Sin embargo, el pronóstico de las pacientes sometidas a estas cirugías de intervalo es peor que el obtenido tras una cirugía de citorreducción primaria (5).

Junto a las terapias localizadas de cirugía y radioterapia, el cáncer de ovario puede requerir medicamentos que incluyen quimioterapia (paclitaxel unido a albúmina, altretamina, capecitabina, etopósido, melfalán, entre otros), terapia hormonal (tamoxifeno, inhibidores de la arotomasa, entre otros) y terapia dirigida (bevacizumab, inhibidores de PARP, entre otros).

La cirugía, se usa para estadificación y citorreducción, pero es potencialmente curativa en enfermedades confinadas a los ovarios (1).

La quimioterapia adyuvante (cisplatino y ciclofosfamida) post quirúrgica se recomienda para la enfermedad en estadio tardío y los casos en estadio II, aunque generalmente no se indica para la enfermedad confinada a los ovarios. La quimioterapia combinada postquirúrgica intraperitoneal e intravenosa, en particular, hace que la tasa de supervivencia media aumente en 12 meses en comparación con la quimioterapia intravenosa en exclusiva, y es el estándar actual de tratamiento para los tumores en etapa tardía. La quimioterapia neoadyuvante (prequirúrgica), no tiene ventaja sobre el inicio post quirúrgico de la quimioterapia. La evidencia no respalda la quimioterapia de rutina de mantenimiento después del ciclo primario (1, 3).

Tras 6 ciclos de quimioterapia, se debe llevar a cabo una segunda laparotomía para averiguar el estado real de la enfermedad. Este proceso se conoce como "second look" si la primera eliminó por completo el tumor, o cirugía de rescate si todavía existen restos de tumor (3).

2.8. PRONÓSTICO

El cáncer de ovario es la segunda neoplasia maligna más frecuente después del cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años; el sexto tumor más frecuente en la mujer y el que tiene el peor pronóstico, siendo tres veces más letal que el cáncer de mama.

Menos de la mitad de los pacientes sobreviven más de 5 años (1, 6) ya que en el 66 % de los casos este tipo de cáncer se diagnostica en estadio avanzado, siendo común el diagnóstico en estadios III y IV, debido a su difícil diagnóstico precoz, representa la cuarta causa de muerte en la mujer; por delante del cáncer de mama, intestino grueso y pulmón. Por otro lado, el 60% de las mujeres con este tipo de cáncer presentan enfermedad metastásica al momento del diagnóstico y, aproximadamente, el 25 % de las muertes por cáncer de ovario son mujeres de entre 35-54 años (1, 3).

En el estadio I, la supervivencia puede superar el 90 % a los 5 años, en estadio II es de aproximadamente el 70- 80 %; en estadio III la supervivencia a largo plazo se encuentra entre el 20-30 % y se aproxima al 5 % en estadio IV (3).

Debido a que la mayoría de las ocasiones el cáncer de ovario se diagnostica ya en estadios avanzados, sólo el 48,6% de las mujeres con cáncer de ovario sobrevive durante cinco años a partir de la fecha de diagnóstico.

2.9. COMPLICACIONES

2.9.1. ASCITIS

En el cáncer de ovario, la ascitis maligna afecta aproximadamente al 10% de las pacientes que presentan una recurrencia y está asociada a los síntomas antes citados. Asimismo, puede haber un incremento del perímetro abdominal y aumento de peso cuando existen grandes cantidades de líquido en la cavidad abdominal. Si esta cantidad es pequeña, en general, no se presenta ninguno de estos síntomas.

En el carcinoma ovárico, la presencia y la cantidad de fluido peritoneal tiene importancia para establecer el estadio de la enfermedad y el pronóstico, ya que grandes cantidades de este son signos de una carcinomatosis que pudiera reflejar el estadio final de la enfermedad, lo cual permite solo opciones terapéuticas paliativas (11).

2.9.2. METÁSTASIS

El hallazgo de metástasis a distancia en el cáncer de ovario, tanto a la hora del diagnóstico como durante el seguimiento, se halla en el 18% de las pacientes. Los lugares más comunes en los que se pueden encontrar metástasis a distancia son: pleura, pulmón, hígado y los nodos linfáticos, aunque hay otras presentaciones poco comunes como puede ser la metástasis en piel (12).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Elaborar un plan de cuidados individualizado a una paciente paliativa, que padece cáncer de ovario con metástasis, utilizando para ello la taxonomía NANDA, NOC Y NIC para mejorar su calidad de vida.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una revisión bibliográfica, destacando los factores más relevantes del cáncer de ovario.
- Poner en marcha el plan de cuidados y conseguir mejorar la autoestima y la vida diaria de la paciente.

4. METODOLOGÍA

Para la realización de la revisión bibliográfica, se han consultado varias bases de datos (Dialnet, SciELO, Google académico) y diferentes páginas oficiales, como el Instituto Nacional del Cáncer, utilizando las palabras clave: Cáncer de ovario, metástasis, ascitis, epidemiología, factores protectores y mutación; y el operador booleano: and. Todas las palabras clave utilizadas en la búsqueda, están registradas en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). La mayoría de los artículos utilizados en este trabajo son artículos publicados en los últimos 10 años.

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos de acceso gratuito.
- Artículos en español.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos de pago.
- Artículos que no estén escritos en español.
- Casos clínicos.

SCIELO		
PALABRAS CLAVE	RESULTADOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
CÁNCER DE OVARIO	227	2

DIALNET		
PALABRAS CLAVE	RESULTADOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
CÁNCER DE OVARIO	996	1

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER		
PALABRAS CLAVE	RESULTADOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
CÁNCER DE OVARIO AND MUTACIÓN	1.178	1

GOOGLE ACADEMICO		
PALABRAS CLAVE	RESULTADOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
CÁNCER DE OVARIO	41.500	4
CÁNCER DE OVARIO AND METÁSTASIS	19.900	1
CÁNCER DE OVARIO AND ASCITIS	4.990	1
CÁNCER DE OVARIO AND EPIDEMIOLOGIA	17.800	1
CÁNCER DE OVARIO Y FACTORES PROTECTORES	13.200	1

Además, se consultó la taxonomía NANDA, NOC y NIC, para la elaboración del plan de cuidados.

VALORACIÓN

Es la primera fase de un plan de cuidados. En esta fase se recopilan todos los datos del paciente y se organizan siguiendo los once patrones de Marjory Gordon. Estos datos son los que utilizaron para identificar los problemas del paciente en las siguientes fases.

Por otra parte, previo a la recogida de datos necesarios para esta valoración se ha utilizado un modelo de consentimiento informado (Anexo 1) firmado por el paciente para garantizar la autorización del mismo a utilizar sus datos en este trabajo.

FASE DE DIAGNÓSTICO

En esta fase se nombran todos los diagnósticos enfermeros identificados en la fase anterior. Para redactar los diagnósticos se utiliza la siguiente estructura:

- Nombre del diagnóstico r/c factores relacionados m/p características definitorias
- En caso de un diagnóstico de riesgo, la estructura cambia, puesto que no existen características definitorias (nombre del diagnóstico r/c factores relacionados).

Para la redacción de estos diagnósticos se utilizó la taxonomía de la NANDA que es una red mundial de enfermeras cuyo propósito es definir, promover y seguir trabajando en la

terminología que refleja juicios clínicos de las enfermeras, también conocidos como diagnósticos de enfermería.

FASE DE PLANIFICACIÓN

Esta tercera fase consiste en la elaboración de estrategias y actividades para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinar resultados e intervenciones enfermeras. Consta de tres partes:

- Establecer prioridades: De los problemas identificados, rara vez se pueden abordar todos a la vez, por lo que es necesario valorar cuáles de ellos necesitan una atención inmediata y cuáles pueden ser tratados posteriormente. En este proceso hay que tener en cuenta también las prioridades del paciente.
- Formulación de resultados: Se formulan aquellos resultados que se esperan de la atención enfermera, lo que se quiere lograr con la persona. Para ello, se utiliza el NOC, que se trata de una organización sistemática de resultados sensibles a las intervenciones de la enfermería, permitiendo evaluar la calidad de los cuidados proporcionados y medir los resultados obtenidos en los pacientes tras recibir los cuidados enfermeros.
- Determinación de las intervenciones enfermeras: En esta etapa se describen las intervenciones que se van a realizar con el paciente para conseguir los objetivos establecidos y conseguir resolver los diagnósticos. Para ello, se utiliza el NIC, que describirá las intervenciones realizadas por las enfermeras para la consecución de los resultados.

FASE DE EJECUCIÓN

Esta es la cuarta fase del plan de cuidados, en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

FASE DE EVALUACIÓN

Esta es la última fase del plan de cuidados, y en ella se evalúan y comparan los resultados obtenidos y los resultados que fueron marcados en la fase de planificación. Esto sirve para valorar si el plan de cuidados ha sido eficaz.

5. DESARROLLO

5.1. DATOS DEL PACIENTE

El paciente al que se le va a realizar el plan de cuidados individualizado es una mujer de 50 años. No presenta alergias conocidas, ni hábitos tóxicos: no fuma ni toma drogas y solo bebe de manera ocasional.

Antecedentes familiares: Su padre padeció cáncer de esófago, su abuela paterna cáncer de mama y su abuelo materno cáncer de pulmón.

Antecedentes quirúrgicos: Se le han realizado tres paracentesis evacuadoras.

5.1.1. TRATAMIENTO

- Tramadol + paracetamol.
- Lorazepam.
- Quimioterapia intravenosa (cisplatino) cada 21 días.
- Inyección de anticuerpos (bevacizumab), una vez al día durante tres días antes de las sesiones de quimioterapia.

5.1.2. EVOLUCIÓN

Mujer de 50 años que empieza a sentir que se llena muy rápido, vomita todo y tiene el vientre cada vez más hinchado (ascitis). Tras unas semanas decide ir a su médico de familia que le realiza una analítica de sangre y otra de heces. Tras los resultados se le recetó antibiótico durante una semana para *Helicobacter pylori*.

A los tres días del inicio del tratamiento, acude a urgencias del centro de salud porque se sentía peor y más hinchada. El médico no le realiza ninguna exploración y le indica que es muy pronto, que el tratamiento todavía no ha hecho efecto y que siga con el mismo, durante el tiempo que se le había pautado.

Tras dos días más de tratamiento, al ver que seguía sin funcionar, cada vez se sentía peor y con dolores, acude a urgencias del hospital, donde le realizaron una analítica y le volvieron a decir que siguiera con el tratamiento.

Tras acabar el tratamiento, volvió a urgencias del hospital, se le volvió a realizar otra analítica y esta vez se le derivó a ginecología debido al hallazgo elevado de los niveles de CA125.

El ginecólogo le realiza un ultrasonido y le informa que tiene un quiste en el ovario derecho pero que no se observa bien por la cantidad de líquido por lo que le realiza una petición de un TC para dentro de cinco días.

Tres días antes del TC, vuelve al hospital porque tiene mucho dolor, la barriga y las piernas están inflamadas y no puede dormir. El ginecólogo la revisa y le dice que tiene un cáncer en el ovario de 8 cm, pero que había que esperar al TC para proporcionar más información.

Tras la realización del TC, se observa que el cáncer se encuentra en estadio IV y que hay metástasis hepáticas. Además, le solicitan una biopsia para dentro de 10 días, para decidir si el tumor del ovario es subsidiario de cirugía.

Se le realizan 3 paracentesis evacuadoras a lo largo del proceso. La primera, en esa misma cita cuando la paciente le indica que sigue con mucho dolor y que cada vez se siente más incómoda por el líquido, por lo que la ingresan y le extraen 3-4 litros del líquido. La segunda, tras cinco días, se le extraen otros 2 litros. La tercera, en la realización de la biopsia, en la que se le extraen 6 litros. Además de estas tres veces, tras la realización de la biopsia, se vacía sola por la abertura de uno de los puntos.

A las tres semanas de la realización de la biopsia, se le informa de que el cáncer tiene operación y la derivan al oncólogo.

Al día siguiente, el oncólogo le informa de que el cáncer no tiene operación porque, además de tener afectado por completo el hígado, también tiene afectado el bazo, por lo que la única opción era el tratamiento paliativo.

Un día después, la paciente empieza la primera sesión de quimioterapia intravenosa con cisplatino. En total recibirá seis sesiones de quimioterapia intravenosa cada 21 días, antes de cada sesión, durante dos días, la paciente tiene que administrarse una inyección de anticuerpos, una vez al día, para disminuir los efectos adversos.

Al acabar los seis ciclos, será reevaluada, para ver si hay que seguir con el mismo tratamiento o se realizan cambios en este.

5.2. VALORACIÓN

PATRÓN 1: Percepción-manejo de la salud.

La salud de la paciente ha sido generalmente buena hasta la llegada del cáncer. Realiza ejercicio, yoga para mantenerse lo mejor posible. También realiza autoexploración mamaria durante la ducha.

No tiene hábitos tóxicos: no fuma ni toma drogas y solo ocasionalmente. Nunca ha sufrido ningún accidente.

Se le han realizado tres paracentesis evacuadoras como tratamiento de la ascitis. La paciente declara que le es fácil seguir las recomendaciones del personal sanitario y colabora en ellas. Su calendario vacunal está actualizado y recientemente ha recibido la 4ª dosis de la vacuna del COVID y de la gripe. Toma tramadol + paracetamol para el dolor, lorazepam para el insomnio y quimioterapia intravenosa (cisplatino) cada 21 días.

PATRÓN 2: Nutricional-metabólico.

Peso: 55 kg, Talla: 1,58 m, IMC: 22.

La paciente refiere que siente asco hacia la comida. Intenta comer, pero refiere saciedad temprana. La mayoría de las veces vomita lo que come. No ingiere suplementos alimenticios. La ingesta de líquidos es normal, aproximadamente de 1,5 litros al día. El método de cocinado habitual es a la plancha. Ha sufrido una pérdida de peso de 17 kilogramos desde el inicio de la enfermedad. Tiene alteraciones en la piel debido a la quimioterapia, sintiéndola más sensible. En varias ocasiones ha padecido candidiasis oral.

PATRÓN 3: Eliminación.

Tiene alteración en el tránsito intestinal. Refiere estreñimiento. A veces ha tenido que hacer uso de laxantes o enemas para combatir el estreñimiento. Por otro lado, respecto al patrón urinario, este es normal: no tiene problemas de incontinencia, refiere una periodicidad miccional de unas 5 veces al día, no necesita levantarse por las noches para orinar y las características de esta son normales. La cantidad y olor del sudor también son normales.

PATRÓN 4: Actividad-ejercicio.

Intenta caminar por lo menos un par de días por semana, pero se cansa rápido. Realiza yoga y meditación en casa. Ha empezado con clases de canto. Al quinto día de recibir las sesiones de quimioterapia refiere importante astenia que no le permite moverse y falta de interés por las cosas que antes le importaban, pero pasados unos días su estado mejora. En cuanto a sus constantes, sus valores son normales: TA: 125/78 mmHg, FC: 67 lpm y Sat O2: 98%.

PATRÓN 5: Sueño-reposo.

Toma Lorazepam para dormir, lo que le ayuda a eliminar los despertares nocturnos, pero sigue teniendo problemas para conciliar el sueño por el nerviosismo y pensamientos

negativos antes de dormir. Tiene pesadillas, sobre todo cuando está más nerviosa. Se despierta temprano, sobre las 08:30h. Ocasionalmente duerme la siesta.

PATRÓN 6: Cognitivo-perceptivo.

La paciente tiene presbicia y usa gafas solo para leer, pero el resto de los sentidos se encuentran íntegros. Tiene problemas para concentrarse lo que hace que le cueste tomar decisiones. Refiere que tiene dolor en la zona lumbar derecha, el cual controla bien con la medicación (tramadol junto con paracetamol). Se encuentra orientada en persona, tiempo y espacio, y su nivel de consciencia es bueno.

PATRÓN 7: Autopercepción-autoconcepto.

No se siente bien con su cuerpo, debido a los cambios que ha sufrido por la quimioterapia: Pérdida de peso, pelo, cejas y pestañas. Indica que: "Se mira al espejo y no se reconoce". Tiene un estado anímico irritable, sobre todo consigo misma. Tiene miedo en cuanto a la progresión de la enfermedad. También sufre ansiedad. Pocas veces ha perdido la esperanza, y actualmente se siente capaz de controlar las cosas en su vida.

PATRÓN 8: Rol-relaciones.

Vive con su familia, su marido y sus hijos. Su hijo estaba fuera de casa estudiando, pero al recibir la noticia, volvió a casa y solo se ausenta para acudir a los exámenes. La paciente se siente arropada tanto por su familia como por sus amigos. Trabajaba de dependienta, pero ahora está de baja por enfermedad.

PATRÓN 9: Sexualidad-reproducción.

Tuvo la menarquia con 12 años. Actualmente no mantiene relaciones sexuales. Utiliza DIU de cobre desde hace 7 años. Su fórmula obstétrica es G3P2A1C0. Su última menstruación fue justo antes de iniciar la quimioterapia.

PATRÓN 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés.

Ha sufrido crisis de ansiedad en las que no ha parado de llorar. Se encuentra tensa la mayor parte del tiempo. Cuando ha tenido grandes problemas los ha enfrentado gracias al apoyo de su familia y amigos.

PATRÓN 11: Valores-creencias.

No tiene planes de futuro, quiere vivir el presente. No cree en Dios, cita que "Mi religión es mi familia y mis amigos. Es en lo que verdaderamente creo".

5.3. FASE DE DIAGNÓSTICO.

PATRÓN 1: Percepción-manejo de la salud.

DOMINIO: 11 Seguridad/Protección.

CLASE: 1 Infección.

[00004] Riesgo de infección r/c Malnutrición, Afección crónica, Inmunosupresión.

DEFINICIÓN: Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

PATRÓN 2: Nutricional-metabólico.

DOMINIO: 2 Nutrición.

CLASE: 1 Ingestión.

[00002] Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/c aversión hacia los alimentos, saciedad inmediata con la ingesta de alimentos m/p estreñimiento y pérdida de peso.

DEFINICIÓN: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

PATRÓN 3: Eliminación.

DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio.

CLASE: 2 Función gastrointestinal.

[00011] Estreñimiento r/c ingesta insuficiente de fibra m/p heces duras y evidencia de síntomas en los criterios estandarizados de diagnóstico.

DEFINICIÓN: Evacuación de heces infrecuente o con dificultad.

PATRÓN 4: Actividad-ejercicio.

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo.

CLASE: 3 Equilibrio de la energía.

[00093] Fatiga r/c quimioterapia, malnutrición m/p cansancio, resistencia física insuficiente, expresa falta de energía y dificultad para mantener la actividad física habitual.

DEFINICIÓN: Sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual.

PATRÓN 5: Sueño-reposo.

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo.

CLASE: 1 Sueño/Reposo.

[00095] Insomnio r/c ansiedad, temor m/p expresa insatisfacción con el sueño.

DEFINICIÓN: Incapacidad para iniciar o mantener el sueño que perjudica el funcionamiento.

PATRÓN 7: Auto percepción-autoconcepto.

DOMINIO: 6 Auto percepción.

CLASE: 3 Imagen corporal.

[00118] Trastorno de la imagen corporal r/c baja autoestima m/p percepciones que reflejan una visión alterada del aspecto del propio cuerpo y centra la atención en el aspecto anterior.

DEFINICIÓN: Confusión en la imagen mental del yo físico.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.

CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento.

[00146] Ansiedad r/c estresores, situación no familiar m/p llanto, expresa ansiedad sobre los cambios en los episodios vitales, expresa miedo intenso, insomnio, estado de ánimo irritable y expresa tensión.

DEFINICIÓN: Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia.

DOMINIO: 6 Auto percepción.

CLASE: 2 Autoestima.

[00120] Baja autoestima situacional r/c trastorno de la imagen corporal m/p verbalizaciones de negación de sí mismo e insomnio.

DEFINICIÓN: Cambio de una percepción positiva a una percepción negativa sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo.

DOMINIO: 6 Autopercepción.

CLASE: 1 Autoconcepto.

[00124] Desesperanza r/c temor, síntomas de enfermedad grave incontrolada m/p expresa sensación de un futuro incierto, expresa expectativas negativas sobre el futuro.

DEFINICIÓN: Sentimiento de que uno mismo no experimentará emociones positivas, o una mejora en su estado.

5.4. FASE DE PLANIFICACIÓN.

DIAGNÓSTICO: [00004] Riesgo de infección.

- NOC: [1908] Detección del riesgo.
 - **DOMINIO:** 4 Conocimiento y conducta de salud.
 - **CLASE:** T Control del riesgo.
 - **DEFINICIÓN:** Acciones personales para identificar las amenazas contra la salud personal.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[190801] Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos	3	5
[190802] Identifica los posibles riesgos para la salud	3	5

- NOC: [0702] Estado inmune.
 - **DOMINIO:** 2 Salud fisiológica.
 - **CLASE:** H Respuesta inmune.
 - **DEFINICIÓN:** Resistencia natural y adquirida adecuadamente centrada contra antígenos internos y externos.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[70202] Tumores	1	2
[70212] Títulos de anticuerpos	3	5

- NIC: [5602] Enseñanza: Proceso de enfermedad.

- **DOMINIO: 3** Conductual.
- **CLASE: S** Educación de los pacientes.
 - **DEFINICIÓN:** Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

ACTIVIDADES:
Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda.
Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.
Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda.
Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, según corresponda.
Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.

- NIC: [5606] Enseñanza: Individual.
 - **DOMINIO: 3** Conductual.
 - **CLASE: S** Educación de los pacientes.
 - **DEFINICIÓN:** Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.

ACTIVIDADES:
Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.
Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.
Corregir las malas interpretaciones de la información, según corresponda.
Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes.

- NIC: [2240] Manejo de la quimioterapia.
 - **DOMINIO: 2** Fisiológico: Complejo.
 - **CLASE: H** Control de fármacos.
 - **DEFINICIÓN:** Ayudar al paciente y a la familia a comprender la acción y minimizar los efectos secundarios de los agentes antineoplásicos.

ACTIVIDADES:
Monitorizar la presencia de los efectos secundarios y tóxicos del tratamiento.
Instruir al paciente y a la familia sobre los modos de prevención de infecciones, tales como evitar las multitudes y poner en práctica buenas técnicas de higiene y lavado de manos.
Administrar seis comidas de pequeña cantidad al día, según tolerancia.
Instruir al paciente para que evite comidas calientes y picantes.
Ayudar al paciente a controlar la fatiga con la planificación de períodos de descanso frecuentes, distanciar las actividades y limitar las demandas diarias, según corresponda.

DIAGNÓSTICO: [00002] Desequilibrio nutricional.

- NOC: [1014] Apetito.
 - **DOMINIO: 2** Salud fisiológica.
 - **CLASE: K** Digestión y Nutrición.
 - **DEFINICIÓN:** Deseos de comer.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[101401] Deseo de comer	2	5
[101406] Ingesta de alimentos	2	5

- NIC: [1120] Terapia nutricional.
 - **DOMINIO: 1** Fisiológico: Básico.
 - **CLASE: D** Apoyo nutricional.
 - **DEFINICIÓN:** Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está desnutrido o con alto riesgo de desnutrición.

ACTIVIDADES:
Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos, según corresponda.
Estructurar el entorno para crear una atmósfera agradable y relajante.
Presentar los alimentos de una manera atractiva, agradable, teniendo en cuenta el color, textura y variedad.

DIAGNÓSTICO: [00011] Estreñimiento.

- NOC: [0501] Eliminación intestinal.

- **DOMINIO: 2** Salud fisiológica.
- **CLASE: F** Eliminación.
 - **DEFINICIÓN:** Formación y evacuación de heces.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[50105] Heces blandas y formadas	3	5
[50110] Estreñimiento	2	4
[50112] Facilidad de eliminación de las heces	2	4
[50121] Eliminación fecal sin ayuda	4	5

- NIC: [0450] Manejo del estreñimiento/Impactación fecal.
 - **DOMINIO: 1** Fisiológico: Básico.
 - **CLASE: B** Control de la eliminación.
 - **DEFINICIÓN:** Prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal.

ACTIVIDADES:
Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.
Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda.

DIAGNÓSTICO: [00093] Fatiga.

- NOC: [0007] Nivel de fatiga.
 - **DOMINIO: 1** Salud funcional.
 - **CLASE: A** Mantenimiento de la energía.
 - **DEFINICIÓN:** Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[701] Agotamiento	2	4
[706] Alteración de la concentración	4	5

- NOC: [0008] Fatiga: Efectos nocivos.
 - **DOMINIO: 1** Salud funcional.
 - **CLASE: A** Mantenimiento de la energía.
 - **DEFINICIÓN:** Gravedad de los efectos observados o expresados de la fatiga crónica en el funcionamiento diario.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[803] Disminución de la energía	2	4
[810] Deterioro de la actividad física	2	4

- NOC: [1633] Participación en el ejercicio.
 - **DOMINIO: 4** Conocimiento y conducta de salud.
 - **CLASE: Q** Conducta de salud.
 - **DEFINICIÓN:** Acciones personales para llevar a cabo un régimen autoplanificado, estructurado y repetitivo para mantener o elevar el nivel de condición física y la salud.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[163301] Planifica el ejercicio adecuado con el profesional sanitario antes de comenzar el ejercicio	1	4
[163308] Participa en ejercicio con regularidad	3	5

- NIC: [0180] Manejo de la energía.
 - **DOMINIO: 1** Fisiológico: Básico.
 - **CLASE: A** Control de actividad y ejercicio.
 - **DEFINICIÓN:** Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

ACTIVIDADES:
Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía.
Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.
Recomendar la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energéticos del paciente.

- NIC: [4310] Terapia de actividad.
 - **DOMINIO: 3** Conductual.
 - **CLASE: O** Terapia conductual.
 - **DEFINICIÓN:** Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.

ACTIVIDADES:
Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.
Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer más que en las debilidades.
Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo.

DIAGNÓSTICO: [00095] Insomnio.

- NOC: [1211] Nivel de ansiedad.
 - **DOMINIO: 3** Salud psicosocial.
 - **CLASE: M** Bienestar psicológico.
 - **DEFINICIÓN:** Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[121110] Explosiones de ira	4	5
[121129] Trastorno del sueño	3	5
[121133] Nerviosismo	3	5
[121136] Culpabilidad	4	5

- NIC: [1850] Mejorar el sueño.
 - **DOMINIO: 1** Fisiológico: Básico.
 - **CLASE: F** Facilitación del autocuidado.
 - **DEFINICIÓN:** Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

ACTIVIDADES:
Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

DIAGNÓSTICO: [00118] Trastorno de la imagen corporal y [00120] Baja autoestima situacional.

- NOC: [1205] Autoestima.
 - **DOMINIO: 3** Salud psicosocial.
 - **CLASE: M** Bienestar psicológico.
 - **DEFINICIÓN:** Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[120501] Verbalizaciones de autoaceptación	3	5

- NOC: [1200] Imagen corporal.
 - **DOMINIO: 3** Salud psicosocial.
 - **CLASE: M** Bienestar psicológico.
 - **DEFINICIÓN:** Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[120005] Satisfacción con el aspecto corporal	2	4
[120007] Adaptación a cambios en el aspecto físico	2	4

- NIC: [5220] Mejora de la imagen corporal.
 - **DOMINIO: 3** Conductual.
 - **CLASE: R** Ayuda para el afrontamiento.
 - **DEFINICIÓN:** Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

ACTIVIDADES:
Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda.
Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica.
Identificar los medios de disminución del efecto causado por cualquier desfiguración mediante ropa, pelucas o cosméticos, según corresponda.
Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.

- NIC: [5400] Potenciación de la autoestima.
 - **DOMINIO: 3** Conductual.
 - **CLASE: R** Ayuda para el afrontamiento.
 - **DEFINICIÓN:** Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.

ACTIVIDADES:
Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.

Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.
Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.

DIAGNÓSTICO: [00146] Ansiedad.

- NOC: [1211] Nivel de ansiedad.
 - **DOMINIO: 3** Salud psicosocial.
 - **CLASE: M** Bienestar psicológico.
 - **DEFINICIÓN:** Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[121110] Explosiones de ira	4	5
[121129] Trastorno del sueño	3	5
[121133] Nerviosismo	3	5
[121136] Culpabilidad	4	5

- NIC: [5270] Apoyo emocional.
 - **DOMINIO: 3** Conductual.
 - **CLASE: R** Ayuda para el afrontamiento.
 - **DEFINICIÓN:** Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

ACTIVIDADES:
Comentar la experiencia emocional con el paciente.
Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

DIAGNÓSTICO: [00124] Desesperanza.

- NOC: [1404] Autocontrol del miedo.
 - **DOMINIO: 3** Salud psicosocial.
 - **CLASE: O** Autocontrol.
 - **DEFINICIÓN:** Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[140420] Obtiene información para reducir el miedo	2	4

- NOC: [3102] Autocontrol: enfermedad crónica.
 - **DOMINIO: 4** Conocimiento y conducta de salud.
 - **CLASE: FF** Gestión de la salud.
 - **DEFINICIÓN:** Acciones personales para manejar una enfermedad crónica y su tratamiento, y para evitar la progresión de la enfermedad y las complicaciones.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[310202] Busca información acerca de la enfermedad	3	5

- NOC: [1201] Esperanza.
 - **DOMINIO: 3** Salud psicosocial.
 - **CLASE: M** Bienestar psicológico.
 - **DEFINICIÓN:** Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.

Indicadores:	Valoración inicial	Puntuación esperada
[120101] Expresión de una orientación futura positiva	2	4

- NIC: [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad.
 - **DOMINIO: 3** Conductual.
 - **CLASE: S** Educación de los pacientes.
 - **DEFINICIÓN:** Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

ACTIVIDADES:
Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda.
Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.

Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda.
Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, según corresponda.
Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.

- NIC: [5606] Enseñanza: individual.
 - **DOMINIO: 3** Conductual.
 - **CLASE: S** Educación de los pacientes.
 - **DEFINICIÓN:** Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.

ACTIVIDADES:
Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.
Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.
Corregir las malas interpretaciones de la información, según corresponda.
Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes.

5.5. FASE DE EJECUCIÓN.

Se realizan las intervenciones descritas en la fase anterior junto a la paciente a lo largo de 6 semanas.

5.6. FASE DE EVALUACIÓN.

Para evaluar la eficacia de los objetivos propuestos, se comparó la puntuación inicial de los resultados del paciente con la final tras trabajar con la paciente durante 6 semanas, realizando una valoración cada 2 semanas.

DIAGNÓSTICO: [00004] Riesgo de infección.

NOC: [1908] Detección del riesgo.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[190801] Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos	3	5	5	5
[190802] Identifica los posibles riesgos para la salud	3	5	5	5

NOC: [0702] Estado inmune.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[70202] Tumores	1	3	3	3
[70212] Títulos de anticuerpos	3	5	5	5

DIAGNÓSTICO: [00002] Desequilibrio nutricional.

NOC: [1014] Apetito.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[101401] Deseo de comer	2	4	4	5
[101406] Ingesta de alimentos	2	4	4	5

DIAGNÓSTICO: [00011] Estreñimiento.

NOC: [0501] Eliminación intestinal.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[50105] Heces blandas y formadas	3	4	5	5
[50110] Estreñimiento	2	4	5	5
[50112] Facilidad de eliminación de las heces	2	4	5	5

[50121] Eliminación fecal sin ayuda	4	5	5	5
-------------------------------------	---	---	---	---

DIAGNÓSTICO: [00093] Fatiga.

NOC: [0007] Nivel de fatiga.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[701] Agotamiento	2	2	2	2
[706] Alteración de la concentración	4	4	4	4

NOC: [0008] Fatiga: Efectos nocivos.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[803] Disminución de la energía	2	2	2	2
[810] Deterioro de la actividad física	2	2	2	2

NOC: [1633] Participación en el ejercicio.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[163301] Planifica el ejercicio adecuado con el profesional sanitario antes de comenzar el ejercicio	1	4	4	4
[163308] Participa en ejercicio con regularidad	3	3	3	3

DIAGNÓSTICO: [00095] Insomnio.

NOC: [1211] Nivel de ansiedad.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[121110] Explosiones de ira	4	5	5	5
[121129] Trastorno del sueño	3	4	5	5
[121133] Nerviosismo	3	4	4	4
[121136] Culpabilidad	4	4	4	4

DIAGNÓSTICO: [00118] Trastorno de la imagen corporal y [00120] Baja autoestima situacional.

NOC: [1205] Autoestima.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[120501] Verbalizaciones de autoaceptación	3	4	5	5

NOC: [1200] Imagen corporal.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[120005] Satisfacción con el aspecto corporal	2	4	4	5
[120007] Adaptación a cambios en el aspecto físico	2	4	4	5

DIAGNÓSTICO: [00146] Ansiedad.

NOC: [1211] Nivel de ansiedad.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[121110] Explosiones de ira	4	5	5	5
[121129] Trastorno del sueño	3	4	5	5
[121133] Nerviosismo	3	4	4	4

[121136] Culpabilidad	4	4	4	4
-----------------------	---	---	---	---

DIAGNÓSTICO: [00124] Desesperanza.

NOC: [1404] Autocontrol del miedo.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[140420] Obtiene información para reducir el miedo	2	4	5	5

NOC: [3102] Autocontrol: Enfermedad crónica.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[310202] Busca información acerca de la enfermedad	3	4	5	5

NOC: [1201] Esperanza.

Indicadores:	Valoración inicial	1ª Valoración	2ª Valoración	3ª Valoración
[120101] Expresión de una orientación futura positiva	2	3	4	4

6. RESULTADOS

Tras analizar los resultados, contrastando las puntuaciones obtenidas en los indicadores relacionados con los distintos problemas de salud, podemos decir que la mayoría de las intervenciones seleccionadas han sido efectivas, en mayor o menor medida. Aunque en algún diagnóstico como “Fatiga”, sigue manteniendo la misma puntuación que tenía en la valoración inicial, en otros se ha producido una mejoría desde la evaluación inicial, incluso llegando a obtener la máxima puntuación en prácticamente todos los objetivos planteados, resolviéndose por completo diagnósticos.

Respecto al diagnóstico “Ansiedad”, las intervenciones realizadas han conseguido mejorar el nivel de esta, pero sigue existiendo algún grado de esta, por lo que consideramos que el objetivo se ha conseguido parcialmente.

En cuanto al diagnóstico “Desesperanza”, ha disminuido la frecuencia de los pensamientos y las expresiones negativas del futuro, pero sigue teniéndolos solo en los momentos en los que sufre de ansiedad, por lo que las intervenciones realizadas han sido parcialmente efectivas.

Para resolver estos dos problemas la paciente seguirá visitando al psicólogo.

Por otro lado, respecto al diagnóstico “Fatiga”, cabe destacar, que no hubo cambios en la puntuación de los indicadores, manteniéndose en las 3 valoraciones las mismas cifras que la puntuación inicial, debido a que la paciente si se involucró en la planificación del ejercicio con el personal de enfermería, pero no ha realizado las actividades recomendadas.

Por último, el resto de los problemas han sido resueltos por completo.

7. CONCLUSIÓN.

Por un lado, tras realizar la revisión bibliográfica, he llegado a la conclusión de que los factores más relevantes del cáncer de ovario son su sintomatología inespecífica y su inicio insidioso, ya que estos factores son los que hacen que esta enfermedad se diagnostique, en la mayoría de los casos, en estadios avanzados. Además, este diagnóstico tardío es el que hace que la mortalidad sea tan elevada.

Por otro lado, según nuestro plan de cuidados, podemos afirmar que, en lo que respecta a los cuidados realizados al paciente, los indicadores han mejorado tras las intervenciones realizadas, alcanzando la máxima puntuación en prácticamente todos los objetivos planteados, y en el resto han sido conseguidos parcialmente.

La autoestima del paciente ha mejorado considerablemente. Ha dejado de sentirse mal con su nuevo aspecto y ha aceptado su cambio físico. Hablar con el personal sanitario sobre estos cambios, y buscar remedios en conjunto que potenciaran sus puntos fuertes la han ayudado a sentirse mejor con su cuerpo.

Por lo tanto y como conclusión final, podemos decir que el plan de cuidados ha sido efectivo y ha mejorado la calidad de vida de la paciente.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Oviedo AA, Vanega GP. Cáncer de ovario. Rev méd. sinerg. 2021;6(7): e690-e690.
- 2- Poncio P. Evolución epidemiológica del cáncer de ovario en España y el resto de Europa: revisión bibliográfica. UVA. 2019 [citado 15 de enero de 2023]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/40949>.
- 3- Ortega JA. Cáncer de ovario. Radiobiol. 2001; 1(1): 4-6 [citado 15 de enero de 2023]. Disponible en: [http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/Radiobiologia/Revista/Numeros/RB1\(2001\)4-6.pdf](http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/Radiobiologia/Revista/Numeros/RB1(2001)4-6.pdf)
- 4- Mutaciones en el gen BRCA: el riesgo de cáncer y las pruebas genéticas - NCI [Internet]. 2021 [citado 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica/hoja-informativa-brca>
- 5- Marrero RD. Cáncer de ovario. Factores pronósticos - ProQuest [Internet]. 2010 [citado 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/785771ecd5c359ed894bddf8be3c1cd5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- 6- Novoa-Vargas A. Historia natural del cáncer de ovario. Ginecol Obstet Mex. 2014;82(09):613-22.
- 7- Barranco IB, Giménez LM, Zapater BL, Aguilar RM, López AV. Cáncer de ovario: Principales factores de riesgo. Rev. sanit. Investig. 2021;2(5): 175 [citado 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cancer-de-ovario-principales-factores-de-riesgo/>
- 8- Ruvalcaba-Limon E, Silva-García A, Aranda-Flores C, Quijano-Castro O, Bañuelos-Flores J, Montalvo-Esquivel G, et al. Cuarto Consenso Nacional de Cáncer de Ovario. Factores de riesgo, factores protectores y etapificación. Gac Mex Oncol. 2018;17:7.
- 9- Cortés A, Ibáñez M, Hernández A, García MA. Cáncer de Ovario: Tamizaje y diagnóstico imagenológico. Med Leg Costa Rica. 2020;37(1):54-61.
- 10- Gaona R. El cáncer de ovario, el asalto del homicida invisible. Rev. Fac. Med. (México). 2014;57(1): 24-30.
- 11- Arechavaleta-Velasco F, Olivares A, Díaz-Cueto L. Ascitis en cáncer de ovario y la ley de starling. REB. 2022;41(3): 85-95.

12- Benedetto JT, Ivankovic V, Clemente Arab E, Peñaloza P, Falcón C, Aguilera B, & Celis M. Metástasis Cutáneas en Cáncer de Ovario. Rev Chil Dermatol. 2009; 25: 360-3. [citado 15 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.sochiderm.org/web/revista/25_4/7.pdf

9. ANEXOS

9.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se solicita su consentimiento para exponer su caso en un Trabajo de Fin de Grado de Enfermería. El trabajo consiste en la elaboración de un plan de cuidados individualizado y focalizado a través del proceso de atención de enfermería.

Los datos obtenidos en este estudio, serán utilizados única y exclusivamente con fines científicos y se tratarán de forma anónima de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y el RO 1720/2007 del 21 de Diciembre por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la LOPD.

Yo, (solo iniciales) _____ con DNI: _____

Autorizo a _____ a utilizar mi caso para la elaboración del plan de cuidados y me comprometo a participar con ella en la realización del mismo.

En _____, a _____ de _____ de 2023.

Firmado: