

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Cáncer de ovario, tratamiento y cuidados de
Enfermería. A propósito de un caso.

Autora: Alba Sánchez González.

Directora: Dña. M^a Belén Soto Castellón

Murcia, a 13 de Mayo de 2019.

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Cáncer de ovario, tratamiento y cuidados de
Enfermería. A propósito de un caso.

Autora: Alba Sánchez González.

Directora: Dña. M^a Belén Soto Castellón

Murcia, a 13 de Mayo de 2019.

**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO:2018/2019	
Apellidos: Sánchez González		Nombre: Alba	
DNI: 49275101Q	Titulación: Grado en Enfermería		
Título del trabajo: Cáncer de ovario, tratamiento y cuidados de Enfermería. A propósito de un caso.			

El Prof/a. Dña. M^a Belén Soto Castellón como Director(s)/Tutor(s)⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 13 de Mayo de 2019

Fdo.: Dña. M^a Belén Soto Castellón

⁽¹⁾ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS.

Agradecer en primer lugar a mis padres toda la paciencia y esfuerzo que han dedicado para cuidarme y educarme, para que hoy día pueda ser quien soy. A mi madre, mi guerrera, por ser una luchadora y un ejemplo a seguir de fortaleza y alegría, por ganar todas las batallas que la vida le ha impuesto, por ella y por los suyos. Gracias a mi padre, por estar ahí siempre, ayudándome y aconsejándome para tomar las mejores decisiones, otro grandísimo ejemplo a seguir, de responsabilidad y humildad.

Gracias a mi hermano porque me ha animado a ser lo que soy y a ser un buen ejemplo a seguir para él.

A Nerea Soriano, compañera y amiga que la Universidad y esta maravillosa carrera me regaló, muchas gracias por decidir compartir conmigo esta experiencia y las que nos quedan. No dudo que sin ti, no hubiera sido lo mismo.

A otra grandísima persona María Teresa, por preocuparse siempre por mí y permanecer a mi lado, gracias amiga por animarme en esos momentos de agobio con el TFG.

A mi tutora de TFG María Belén Soto Castellón, porque a pesar de las circunstancias, ha hecho todo lo posible por ayudarme. Gracias.

Y por último agradecer a todo el profesorado y personal sanitario (tutores de Practicum) por hacerme crecer tanto personal como profesionalmente, ya que gracias a ellos seré y seremos grandes enfermeros.

ÍNDICE

FIGURAS	XV
CUADROS	XV
INDICE DE ABREVIATURAS	XVII
RESUMEN	XIX
ABSTRACT	XXI
1. INTRODUCCIÓN	23
2. OBJETIVOS	25
2.1. Objetivo General	25
2.2. Objetivos Específicos	25
3. MARCO TEÓRICO	27
3.1. Cáncer de Ovario	27
3.1.1. Concepto y Fisiopatología.	27
3.1.2. Epidemiología	28
3.1.3. Etiología	29
3.1.4. Clasificación y Estadios	31
3.1.4. Clínica y Sintomatología	32
3.2. Diagnóstico del Cáncer de Ovario	32
3.2.1. Marcadores tumorales	33
3.2.2. Pruebas de imagen	34
3.2.3. Medicina Nuclear	35
3.2.4. Laparoscopia diagnóstica	36
3.4. Tratamiento del Cáncer de Ovario	36
3.4.1. Fase preoperatoria	36
3.4.2. Fase quirúrgica	37
3.4.2.1. Histerectomía	37
3.4.2.2. Citorreducción con administración de quimioterapia Intraperitoneal Intraoperatoria Hipertérmica (HIPEC). Protocolo Sugarbaker	38
3.5. Habilidades de Enfermería en el manejo de la Ansiedad Oncológica	42
3.6. Sofrología	43
3.6.1. ¿Qué es la Sofrología?	43
3.6.2. Aplicación del método sofrónico en el manejo de la ansiedad	44

4. METODOLOGÍA	47
4.1. Diseño del estudio	47
4.2. Sujeto del estudio	47
4.3. Ámbito y Periodo del estudio	47
4.4. Procedimiento de Recogida de Información	48
4.5. Procesamiento de los datos	49
5. RESULTADOS	51
5.1. Introducción del caso	51
5.2. Valoración	52
5.3. Diagnósticos de Enfermería	55
5.3.1. Priorización del diagnóstico principal, mediante una red de razonamiento crítico, basado en el modelo Área	58
5.3.2. Justificación del diagnóstico principal	59
5.4. Problema de colaboración y Riesgo de complicación	60
5.4.1. Priorización del Riesgo de complicación principal, mediante una red de razonamiento crítico, basado en el modelo Área	62
5.4.2. Justificación del Riesgo de complicación principal	63
5.5. Planificación	63
5.5.1. Planificación del Diagnóstico principal	63
5.5.1.1. Resultados (NOC)	64
5.5.1.2. Intervenciones (NIC)	66
5.5.2. Planificación del Riesgo de complicación principal	67
5.5.2.1. Resultados (NOC)	68
5.5.2.2. Intervenciones (NIC)	69
5.6. Ejecución	72
5.7. Evaluación	75
5.7.1. Evaluación del resultado del diagnóstico principal	75
5.7.2. Evaluación del resultado del Riesgo de complicación principal	77
6. DISCUSIÓN	79
7. CONCLUSIONES	83
8. BIBLIOGRAFÍA	85
9. ANEXOS	93
9.1. Anexo 1. Consentimiento Informado HIPEC	93
9.2. Anexo 2. Sesión Clínica Sofrología	95

FIGURAS

Figura 1. Representación gráfica de la incidencia/mortalidad del cáncer a nivel mundial en el sexo femenino	29
Figura 2. Clasificación del grado de citorreducción	39
Figura 3. Bomba de perfusión de HIPEC. Fuente de elaboración propia	41
Figura 4. Priorización del Diagnóstico de Enfermería principal	58
Figura 5. Priorización del Riesgo de Complicación principal	62
Figura 6. Consentimiento informado para intervención quirúrgica más HIPEC Fuente de elaboración propia	93
Figura 7. Consentimiento informado para intervención quirúrgica más HIPEC. Fuente de elaboración propia	94

CUADROS

Cuadro 1. Puntuación del NOC del diagnóstico principal. Fuente de elaboración propia	65
Cuadro 2. Indicadores del objetivo del diagnóstico principal. Fuente de elaboración propia	65
Cuadro 3. Puntuación del NOC del riesgo de complicación principal. Fuente de elaboración propia	69
Cuadro 4. Indicadores del objetivo del riesgo de complicación. Fuente de elaboración propia	69
Cuadro 5. Evaluación del NOC del diagnóstico principal. Fuente de elaboración propia	75
Cuadro 6. Evaluación de los indicadores del NOC del diagnóstico principal. Fuente de elaboración propia	76
Cuadro 7. Evaluación de los indicadores del NOC del riesgo de complicación principal. Fuente de elaboración propia	77
Cuadro 8. Evaluación del NOC del riesgo de complicación principal. Fuente de elaboración propia	78

INDICE DE ABREVIATURAS.

- ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.
- DX: Diagnostico
- DxE: Diagnostico de enfermería.
- FC: Frecuencia cardiaca.
- FR: Frecuencia respiratoria.
- G: gramos.
- H: horas.
- HIPEC: Qumioterapia Intraperitoneal Intraoperatoria Hipertermica.
- I.M: Vía intramuscular.
- I.V: Vía intravenosa.
- IVE: Interrupción voluntaria del embarazo.
- Kg: Kilogramos.
- Lpm: Latidos por minuto.
- Mg: miligramos.
- Ml: mililitros.
- mmHg: Milímetros de mercurio.
- PC: Problema de colaboración.
- PE: Proceso Enfermero.
- PET: Tomografía por emisión de positrones.
- RC: Riesgo de complicación.
- RNM: Resonancia Magnética.
- Rpm: Respiraciones por minuto.
- SatO2: Saturación de oxígeno.
- SC: Vía subcutánea.
- T.A: Tensión arterial.
- TAC: Tomografía axial computerizada.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de ovario es considerado la neoplasia maligna más frecuente en la mujer tras el cáncer de mama, siendo la 5º causa de muerte en Europa. La incidencia en España ha ido aumentando en los últimos 10 años, existiendo 9,9 casos por cada 100.000 mujeres. El tratamiento de elección es la histerectomía, aunque en presencia de carcinomatosis peritoneal secundaria, se opta por la citorreducción + HIPEC. **Objetivo general:** Describir los cuidados de enfermería en una paciente oncológica intervenida de Neo de Ovario. **Metodología:** Se ha realizado un estudio cualitativo, tipo estudio de caso, en el que la paciente seleccionada es una mujer de 40 años. El periodo en el que se realizó el estudio abarca desde el 12 de Noviembre de 2018, con la elaboración del plan de cuidados, hasta el 9 de Mayo de 2019. **Resultados:** Se identificó como diagnóstico de Enfermería principal: (00146) Ansiedad r/c diagnóstico de cáncer y efectos de la quimioterapia m/p preocupación, inquietud, náuseas e insomnio. **Discusión:** Encontramos evidencia científica en la que, en su gran mayoría, los autores coinciden con los resultados y las conclusiones obtenidas en nuestro estudio. Un diagnóstico en un estadio avanzado de carcinomatosis peritoneal, en el que la ecografía transvaginal fue de gran utilidad para ello, se le realiza histerectomía con citorreducción máxima, más quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC), aumentando su supervivencia y donde el papel de enfermería fue fundamental para disminuir su ansiedad y temor. **Conclusiones:** El cáncer de ovario es la 2º neoplasia más frecuente en la mujer y se da comúnmente entre los 40 y 70 años de edad. Los marcadores tumorales son útiles para el diagnóstico precoz, pero no de forma aislada. El tratamiento con HIPEC se ha concluido que es agresivo, pero ha aumentado considerablemente la supervivencia tras su aplicación. La técnica sofrónica utilizada es fundamental para el buen manejo del dolor y la ansiedad de la paciente, acercándonos a la parte social del trabajo propio de enfermería.

Descriptor: cáncer, cáncer de ovario, etiología, epidemiología, clínica, diagnóstico del cáncer de ovario, tratamiento, carcinomatosis peritoneal, quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica, cuidados de enfermería, sofrología.

ABSTRACT

Introduction: Ovarian cancer is considered the most frequent malignancy in women after breast cancer, being the 5th cause of death in Europe. The incidence in Spain has been increasing over the last 10 years, there being 9.9 cases per 100,000 women. The treatment of choice is hysterectomy, although in the presence of secondary peritoneal carcinomatosis, cytoreduction + HIPEC is chosen. **Course objective:** To describe the nursing care in an oncology patient operated on by ovarian cancer. **Methodology:** A qualitative study was carried out, a case study type, in which the selected patient is a woman of 40 years. The period in which the study was conducted covers from November 12, 2018, with the production of the care plan, until May 9, 2019. **Results:** The principal Nursing diagnosis was identified as: (00146) Anxiety r / c cancer diagnosis and effects of chemotherapy m / p fear (concern) restlessness, nausea and insomnia. **Discussion:** We found scientific evidence which for the most part the authors agreed with the results and conclusions obtained in our study. A diagnosis in an advanced stage of peritoneal carcinomatosis, in which the transvaginal ultrasound was very useful, a hysterectomy was performed with maximum debulking, more intraperitoneal intra-operative hyperthermic chemotherapy (HIPEC), increasing survival and where the role of nursing was fundamental to reduce anxiety and fear. **Conclusions:** Ovarian cancer is the 2nd most frequent neoplasm in women and occurs commonly between 40 and 70 years of age. Tumour markers are useful for early diagnosis, but not in isolation. Treatment with HIPEC has been concluded to be aggressive, but survival has increased considerably after its application. The Sofronic technique is essential for good management of pain and anxiety of the patient, approaching the social work part of nursing.

Descriptors: cancer, ovarian cancer, etiology, epidemiology, clinical, diagnosis of ovarian cancer, treatment, peritoneal carcinomatosis, hyperthermic intraperitoneal intra-operative chemotherapy, nursing care, soffronic.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), define “Tumor maligno”, “Neoplasia maligna” o “Cáncer”, como una serie de transformaciones mediante las cuales, las células normales, se convierten en células tumorales. Este proceso se lleva a cabo en diferentes etapas, evolucionando desde una lesión precancerosa, a un tumor maligno. El cáncer es considerado la segunda causa de defunción a nivel mundial.

Marzo-Castillejo et al. (2016), afirman que en España se da más en hombres (13,4%), que en mujeres (9,8%), por lo que, tanto en España como en la Región de Murcia, el Cáncer es la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres.

Atendiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), en la aparición del cáncer intervienen dos factores:

- Factores Intrínsecos: Aquellos que son genéticos.
- Factores Extrínsecos: Carcinógenos físicos (radiaciones), químicos (humos, como por ejemplo el del tabaco y gases contaminantes) y biológicos (Bacterias, virus, como Hepatitis o Virus de Papiloma Humano, causantes del 25% de muertes por cáncer, etc.)

También, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), se debe destacar los cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos principales que serían: un elevado índice de masa corporal, baja ingesta de verduras y frutas, sedentarismo o bajo nivel de actividad física, alcoholismo y tabaquismo (causante de un 22% de muertes por cáncer).

González-Martín (2015), afirma que “el Cáncer de Ovario es considerado la neoplasia maligna más frecuente en la mujer posteriormente al cáncer de mama, la 5º causa de muerte por cáncer femenino en Europa y la 1º por etiología ginecológica”. Su incidencia en España, ha aumentado en los últimos 10 años, siendo de 9,9 casos por cada 100.000 mujeres.

Según la American Cancer Society (2016), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), afirma que la mayoría de las mujeres son diagnosticadas en estadios avanzados de la enfermedad (estadios III y IV) e incluso con principios de metástasis, debido a la falta de técnicas de diagnóstico precoz.

El Cáncer de Ovario, sostiene Manterola (2016), es uno de los principales causantes de Carcinomatosis Peritoneal (CP), debido a que suele producirse por la evolución de tumores ginecológicos o gastrointestinales, pudiendo estar asociados a metástasis o no. La CP engloba aquellas diseminaciones tumorales que comprometen de manera localizada o masiva la serosa peritoneal y/o estructuras cercanas.

Según Manterola (2016) tras años de investigación se ha conseguido implantar un tratamiento complementario a la cirugía (Histerectomía o citorreducción), para este tipo de cáncer denominado Quimioterapia Intraperitoneal Intraoperatoria Hipertérmica (HIPEC), por lo que, el personal de enfermería debería de conocer y estar cualificado en esta técnica y protocolo de administración.

Cabe destacar que en las pacientes oncológicas a pesar de los cambios físicos, también hay otros que son fundamentales como los psicológicos y cognitivos.

Ramírez, De la Cruz, Verduzco, Esqueda & Luciano (2019) sostienen que es posible que una persona diagnosticada de cáncer, desarrolle en el transcurso de la enfermedad síntomas depresivos o de ansiedad, por lo que hay que detectar estos procesos y tratarlos de forma adecuada para evitar complicaciones. De ahí la importancia del papel de enfermería, ya que, las enfermeras/os son quienes permanecen más tiempo junto a los pacientes y por lo tanto deben conocer las características bio-psico-sociales del cáncer, así como las habilidades para tratar y cuidar al paciente oncológico.

Una técnica explicada por González de Pablo (2016) es el método sofrónico, desarrollado por el Doctor en Neuropsiquiatría Alfonso Caycedo en 1960, para el manejo de la ansiedad y el dolor y su novedosa aplicación por el personal de enfermería.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Describir los cuidados de Enfermería en una paciente oncológica, intervenida de Neo de Ovario.

2.2. Objetivos Específicos

- Definir qué es el Cáncer de Ovario, su etiología y clínica.
- Identificar los métodos diagnósticos del cáncer de ovario.
- Describir el tratamiento quirúrgico y el uso de HIPEC (quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica) en carcinomatosis peritoneal secundaria al cáncer de ovario.
- Conocer la Sofrología como una técnica útil dentro de las habilidades propias de la Enfermería, centrada en el manejo de la ansiedad tanto en el pre como en el postoperatorio.
- Elaborar un Plan de Cuidados en base a la taxonomía NANDA, NOC, NIC a una paciente intervenida de Neo de ovario bilateral (carcinomatosis peritoneal ovárica).

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Cáncer de Ovario

3.1.1. Concepto y Fisiopatología

El Cáncer, según Vargas-Hernández, Vargas-Aguilar, Aboharp-Hasan & Sosa-Durán (2017) es producido cuando comienzan a reproducirse de forma descontrolada células anormales del organismo, las cuales pueden propagarse a otras áreas y tejidos del cuerpo (infiltración), provocando lo que se conoce como “Tumor” o “Cáncer”. El Cáncer de Ovario, como su propio nombre indica, se origina y localiza en las gónadas femeninas, los ovarios, localizados a ambos lados del útero, donde se producen y segregan los gametos femeninos denominados óvulos, que son útiles para que se lleve a cabo la reproducción, sintetizando también diferentes hormonas como son el estrógeno y la progesterona.

Indican Ipiña et al. (2007) que el compromiso bilateral, hace referencia a aquel cuya afectación abarca a ambos ovarios, pudiendo ser consecuencia de la diseminación local, recidiva o metástasis de un tumor contralateral primitivo.

La American Cancer Society (2016) sostiene que los ovarios se constituyen principalmente por tres tipos de células, de las cuales, cada una de ellas, puede evolucionar a un tipo u otro de tumor:

- En primer lugar, se encuentran las células epiteliales, causantes del Cáncer de Ovario Epitelial (EOC). Son aquellas células que recubren los ovarios y surge de la invaginación del epitelio superficial del ovario que pasa por una fase denominada metaplasia, para su conversión en EOC. Por esto, se considera de origen primario, a pesar de ser el más frecuente y el que más muertes provoca.
- En segundo lugar y de origen primario, están los tumores de células germinales, estas células se encuentran localizadas en el interior de los ovarios y son aquellas que producen los óvulos.
- Por último, se encuentran los tumores de estroma, también considerados de origen primario. Son desarrollados por las células

localizadas en el tejido que sostiene el ovario y también fabrican hormonas (estrógenos y progesterona).

La American Cancer Society (2016) afirma que gran parte de estos tumores no se manifiestan de forma maligna y no se diseminan fuera del ovario, pero aquellas neoplasias malignas de ovario o los tumores de bajo grado de malignidad, pueden difundirse por el organismo, provocando lo que se conoce como “Metástasis” lo que puede conllevar a la muerte de la paciente.

3.1.1.1 *Epidemiología*

El cáncer de ovario según indica Alarcón Bermeo & Flores López (2018) representa entre un 4-5% de los tumores femeninos, siendo considerado la sexta neoplasia más común en las mujeres del mundo, y la segunda más frecuente en países desarrollados (50% de casos), ya que en primer lugar encontramos el cáncer de mama. Estos valores se atribuyen, en su gran mayoría a la baja natalidad de dichos países. En los países en vías de desarrollo, está clasificado como la tercera malignidad ginecológica, puesto que la primera es el cáncer de cérvix.

En España, sostienen Alarcón Bermeo & Flores López (2018) que la incidencia es considerada alta, ya que son diagnosticados 9,9 casos nuevos por cada 100.000 mujeres, al año y va en aumento a partir de los 60 años.

La Asociación Española Contra el Cáncer (2018), indica que la edad promedio en la que se diagnostica el Cáncer de ovario, está entre los 40 y 70 años, aunque hay mujeres que son diagnosticadas con edades inferiores a los 30 años, por lo que en la mayoría de los casos es debido a un síndrome de cáncer de ovario hereditario.

La Asociación Española Contra el Cáncer (2018) también hace referencia a que debido a la inexistencia de métodos efectivos y eficaces que ayuden al diagnóstico precoz, el 75% de los casos son hallados en fases avanzadas.

➤ Supervivencia y Mortalidad:

La Asociación Española Contra el Cáncer (2018) afirma que en Europa la supervivencia se encuentra aproximadamente en un 37%, por lo que en España es superior a la media europea. Sin tener en cuenta factores como la

edad, tipo de tumor o fase en la que se encuentra la enfermedad, en España alrededor del 44% de las mujeres que padecen cáncer de ovario consiguen sobrevivir sin recaídas, más de 5 años, por lo que la supervivencia se considera favorable en un 90% de los casos.

Según la Asociación Española Contra el Cáncer (2018), cerca de 125.000 fallecimientos a nivel mundial, fueron provocados por el cáncer de ovario, situándose como la octava causa de defunción por cáncer en el sexo femenino. Es la quinta causa de muerte por cáncer femenino en Europa.

La mortalidad en España, indica La Asociación Española Contra el Cáncer (2018), que se considera moderada, ya que, se producen 4,3 fallecimientos por cada 100.000 mujeres anualmente. En España la edad media de defunción por neoplasia de ovario es de 67,7 años.

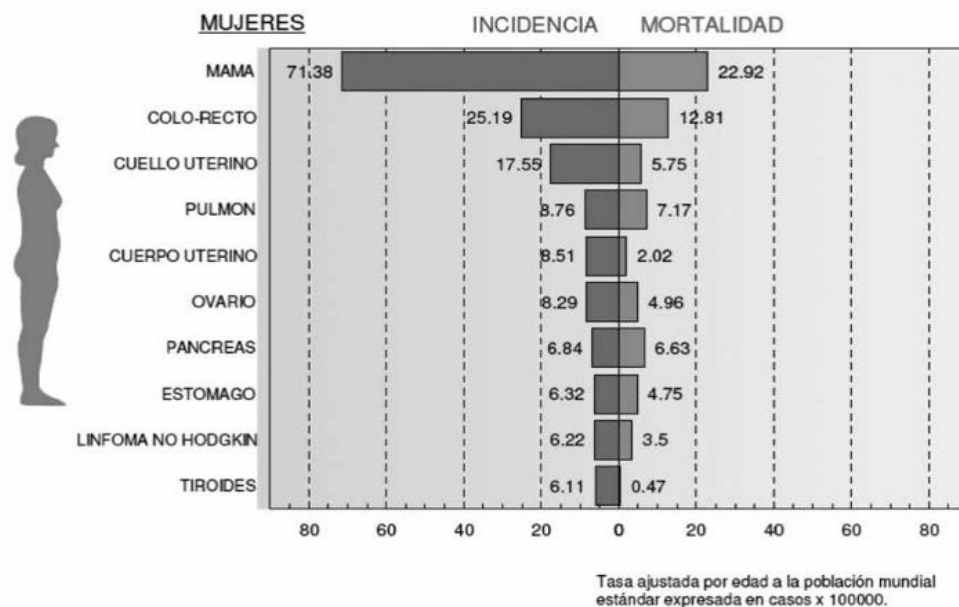


Figura 1. Representación gráfica de la incidencia/ mortalidad del cáncer a nivel mundial en el sexo femenino. Extraído de Taranto (2016)

3.1.2. Etiología

Actualmente la evidencia científica sostiene la gran importancia tanto de los factores protectores como de aquellos que son de riesgo.

En cuanto a la herencia, Taranto (2016) afirma que las alteraciones que conllevan a la aparición de un tumor de ovario, son producidas durante la

mitosis de la célula, pero no se transmiten de padres a hijos, ya que, para que así fuera debería existir una predisposición, o ser susceptible a la mutación.

El epitelio que reviste el ovario, según Taranto (2016), pasa con cada ovulación, por una fase de “disrupción-reparación”, es en este proceso cuando aumenta el riesgo de que se produzcan mutaciones en genes como BCRA1, BCRA2 y los genes de reparación del desemparejamiento (asociados con el síndrome de Lynch o cáncer colorrectal hereditario), que darán lugar a diferentes alteraciones en los mecanismos de control que regulan la replicación de las células, originando así, un cáncer de ovario. Por lo que condiciones como el embarazo o el uso de anticonceptivos orales, cuya finalidad es la “no ovulación”, disminuirán la probabilidad de padecer cáncer de ovario. Por el contrario, la nuliparidad e infertilidad, aumentarían la probabilidad de padecerlo.

La obesidad y el sobrepeso, sostienen Fonseca & Farías (2016) que son patologías que se dan cada vez más tanto en países desarrollados, como en aquellos en vías de desarrollo, ejerciendo efectos sobre los procesos fisiológicos del cuerpo, convirtiéndose en una enfermedad que favorece la aparición de cáncer de ovario y otros tipos de neoplasias malignas. Es por esto que, un IMC>30, tras los 48 años de edad, se convierte en un factor predisponente a padecer dicha patología.

Hay otros factores de riesgo no hereditarios según Novoa-Vargas (2014) entre los que se encuentran:

- Edad igual o superior a 40 años.
- Menarquia temprana y menopausia tardía.
- Permanecer en tratamiento prolongado por motivos de esterilidad.
- Síndrome de Ovario Poliquístico.
- Tabaquismo y alcoholismo.
- Antecedentes personales de cáncer de mama, endometrio o cáncer de colon.

En cuanto al pronóstico, Novoa-Vargas (2014) indica que, el diagnóstico en estadios tempranos de la enfermedad, es bueno, permaneciendo libre de recidivas en los 5 años posteriores, en el 80% de los casos. Sin embargo la mayor parte de casos son diagnosticados en estadios avanzados, existiendo mayor riesgo de metástasis y como consecuente una mayor mortalidad.

3.1.3. Clasificación y estadios

Según Lander et al. (2014), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FASGO) clasifica el Cáncer de Ovario en cuatro estadios:

- Estadio I: La diseminación del tumor se limita a un ovario.
 - IA: El tumor se localiza en un ovario, sin afectación de la superficie externa de este, ni de la capsula, tampoco hay presencia de ascitis con células malignas.
 - IB: El tumor se encuentra localizado en ambos ovarios pero sin compromiso de la superficie de este, ni de la capsula, tampoco encontramos presencia de ascitis con células malignas.
 - IC: El tumor esta en uno o ambos ovarios, pero en este caso si se encuentra afectada la superficie y capsula de uno o de ambos, hay presencia de ascitis con células malignas y lavado peritoneal positivo, es decir, presencia de células malignas en zona peritoneal.
- Estadio II: El tumor se localiza en uno o en los dos ovarios y se extiende hacia la pelvis.
 - IIA: El tumor se ha esparcido, afectando el útero, e incluso las trompas de Falopio.
 - IIB: Las células tumorales se han diseminado hacia otros tejidos pélvicos.
 - IIC: Tumor que se encuentra en estadio IIA o IIB, que aparte de encontrarse en una o ambas superficies ováricas, puede presentar rotura de la capsula, ascitis con células malignas e incluso lavado peritoneal positivo.
- Estadio III: el tumor afecta indiferentemente a uno o ambos ovarios, pudiendo encontrar implantes fuera del peritoneo (exterior de la pelvis) e incluso en ganglios linfáticos.
 - IIIA: El tumor que se limita a la superficie de la zona peritoneal abdominal, sin comprometer los ganglios linfáticos.
 - IIIB: Tumor que afecta a la zona peritoneal, pero los implantes no son mayores a 2cm de diámetro y ganglios linfáticos negativos.

- IIIC: En este estadio, el tumor se encuentra en la zona peritoneal, con implantes que superan los 2cm de diámetro y hay presencia de afectación de los ganglios linfáticos.
- Estadio IV: Se caracteriza, porque en este estadio ya hay presencia de metástasis en otros tejidos más distantes. Si hubiera derrame pleural, saldría positivo en una citología, demostrando la existencia de células tumorales en el líquido.

3.1.4. Clínica y sintomatología

El Cáncer de Ovario, según alerta Estudillo (2014) es conocido como “El asesino silencioso”, ya que la clínica es inespecífica, es por ellos que el porcentaje de mujeres diagnosticadas en un estadio avanzado de la enfermedad, es tan elevado. En estos casos el tumor ya se ha diseminado al exterior de la pelvis, por lo que aparecen síntomas como dolor en la zona del abdomen, polaquiuria (aumento en la frecuencia miccional), fuerte estreñimiento y astenia (debilidad o fatiga generalizada).

Indica Estudillo (2014) que un estudio realizado en los Estados Unidos y Canadá, concluyó que una muestra de mujeres diagnosticadas de cáncer de ovario avanzado, referían una serie de síntomas comunes, antes de visitar a su médico, entre los que destacaban: dolor pélvico o abdominal e inflamación con pérdida de peso, hinchazón o sensación rápida de llenura al comer, polaquiuria o sensación de tener que ir al baño con frecuencia, cansancio, dificultad para realizar la digestión y cambios en los periodos menstruales. Estos síntomas no son comunes a los ginecológicos por lo que lamentablemente, muchos médicos asociaban estos síntomas a otro tipo de patología, retrasando así el diagnóstico precoz, que es la clave en esta enfermedad.

3.2. Diagnóstico

Para un correcto diagnóstico del cáncer de ovario, es fundamental tras la realización de una adecuada anamnesis, llevada a cabo por un oncólogo, hacer una exploración física, realizando tacto recto-vaginal.

En la evaluación inicial de estas pacientes en las que se sospecha de cáncer de ovario, posterior a la anamnesis y al examen físico, se realizará un análisis en los que se valoraran los marcadores tumorales, complementándose con estudios de imagen y radiológicos.

3.2.1. Marcadores tumorales

Hermida et al. (2016) sostienen que los marcadores tumorales son aquellas sustancias segregadas por células malignas o cualquier otra célula, para alertar la existencia de cáncer u otra patología benigna en el cuerpo. Pueden ser encontradas tanto en sangre, como en orina, líquido ascítico o líquido pleural, en pacientes con neoplasia. Son utilizados para la detección precoz del cáncer, pero no de forma aislada, ya que, el uso de los marcadores tumorales queda limitado, debido a que no todos los pacientes manifiestan una elevación de un marcador, en presencia del mismo tumor e incluso en patologías no neoplásicas, pueden aparecer alterados. También son útiles para el pronóstico antes del tratamiento (para conocer el estadio de la enfermedad) y para comprobar la respuesta y tolerancia a este.

Según Hermida et al. (2016) el marcador CA 125 es diferencial del cáncer de ovario. Es una glucoproteína de alto peso molecular, que aparece alterada en presencia de este tipo de cáncer. Sus valores normales son aquellos por debajo de 35 U/ml, ya que valores más altos serían anormales. Es utilizado como un indicador del pronóstico, puesto que da información sobre la respuesta al tratamiento tanto quirúrgico como el relacionado con la quimioterapia y también nos informa sobre la aparición de recidivas. En el 85% de los casos de cáncer de ovario, aparece elevado.

Existen otros marcadores como afirman Hermida et al. (2016) que aparecen elevados en gran parte de las neoplasias diagnosticadas, entre ellas el cáncer de ovario, que son:

- CA 15.3: Es empleado en el control de la terapia en pacientes con estadios avanzados del cáncer. Su valor normal se encuentra por debajo de 35 U/ml.

- CA19.9: Es segregado en los distintos epitelios. Su valor normal es indiferente al sexo (hombre o mujer) o si es fumador o no y se encuentra por debajo de 40 U/ml.
- CEA: Es conocido como antígeno carcinoembrionario, se asocia a cáncer del tracto gastrointestinal. Sus valores normales se encuentran por debajo de 2,5 ng/ml y en pacientes fumadores, inferior a 5 ng/ml.

3.2.2. Pruebas de imagen

➤ Ecografía

Pons, García, Cruzata, Navarro & Fernández (2012) afirman que en esta técnica se hace uso de ondas electromagnéticas o ecos, que son transmitidas hacia la zona a explorar, de tal forma que quedan registradas, permitiendo la exploración de órganos y tejidos internos.

Según Pons et al. (2012) la ecografía puede realizarse de manera transabdominal y transvaginal, siendo esta última la de elección en muchos casos, ya que es más específica en la detección del cáncer de ovario. No precisa preparación previa de las pacientes y ofrece mejor calidad de imagen con respecto a la abdominal.

Pons et al. (2012) sostienen que la ecografía nos permite confirmar la existencia o no de tumor en la zona pélvica, su localización (ya sea ovario, útero o trompa de Falopio) y hace posible distinguir si el tumor es de origen benigno o maligno, además da la oportunidad de realizar un seguimiento de la evolución tumoral de ovarios benigna (quistes, endometriosis, ovario poliquístico, etc.).

Pons et al. (2012) sostienen que un tumor se considera maligno cuando los bordes son irregulares o los límites se ven mal definidos, también cuando son bilaterales y en presencia de líquido ascítico, el tamaño no debería considerarse un criterio para confirmar la benignidad o malignidad, pero si se podría conocer el ritmo de crecimiento mediante la realización y seguimiento de ecografías sucesivas.

➤ Tomografía Axial Computarizada (TAC)

La tomografía axial computarizada, según Paz (2018) es una técnica que hace uso de los rayos x para originar imágenes en cortes tanto axiales, como sagitales y coronales. Es una prueba que tiene gran validez en la detección de masas tumorales en la zona abdominal y peritoneal, permitiendo determinar la presencia de ascitis.

En caso de sospecha de cáncer de ovario, Paz (2018) indica que se realizaría un TAC taraco-abdominal-pélvico, puesto que se considera que tiene gran rentabilidad para el diagnóstico de metástasis en el sistema linfático y órganos sólidos.

➤ Resonancia Magnética Nuclear (RMN)

Le Roch et al. (2015) sostienen que la RMN, se basa en un procedimiento en el que, se obtiene una imagen que procede de la interacción entre el campo magnético creado por la máquina y los átomos de hidrogeno que contiene el cuerpo. Es una prueba de utilidad para conocer el estadio en el que se encuentra el cáncer y su grado de metástasis.

3.2.3. Medicina Nuclear

Espallardo (2017) refiere que son consideradas pruebas funcionales, cuya dificultad para el diagnóstico, se encuentra en la diferenciación de falsos positivos.

➤ PET

El PET o tomografía por emisión de positrones tiene una especificidad parecida a la del TAC. Valdivia, López, Vargas-Rodríguez & González (2016) afirman que es una prueba que hace uso de fármacos radiactivos, para la emisión de imágenes, es decir, un isotopo radiactivo queda unido a una molécula ya sea inorgánica u orgánica, que se dirige a un tejido determinado, o bien, se une a un proceso fisiológico o metabólico del organismo. Es de gran utilidad para conocer la presencia de implantes en la zona peritoneal y posibles recidivas, también permite analizar y cuantificar los procesos tanto bioquímicos como fisiológicos, en vivo.

➤ PET-TAC

Esta técnica asocia como su propio nombre indica, la tomografía axial computarizada con la tomografía por emisión de positrones. Rodríguez (2017) afirma que de esta forma se unifican las ventajas del TAC, tanto anatómicas como aquellas descriptivas, con la ventaja funcional del PET.

Según Rodríguez (2017) en un estudio realizado por Shen y Cols se obtuvo que la prueba PET-TAC, junto con un correcto análisis de los marcadores tumorales, disminuyen los falsos positivos y negativos, de tal forma que esta prueba se convierte en un método muy eficaz para el diagnóstico de las diferentes neoplasias, entre ellas la de ovario.

3.2.4. Laparoscopia diagnóstica

Es una prueba invasiva, que se realiza bajo anestesia general. Se lleva a cabo introduciendo unas sondas conocidas como trocar, en las incisiones que realiza el cirujano en el área abdominal, de tal forma que con el paso de dióxido de carbono, se expande el área, facilitando la visualización. Zevallos (2018) afirma que la laparoscopia exploradora o diagnóstica permite visualizar de una manera directa la enfermedad pudiendo observar la existencia o no de afectación peritoneal y en caso afirmativo, poder valorar el grado de extensión. Entre otras ventajas se encuentra, la posibilidad de realizar biopsias, para confirmar y comprobar la naturaleza de la lesión, ya que la extracción de muestras de tejido, para su posterior analización, es de gran utilidad en el diagnóstico del cáncer. Como desventaja indica el acceso ilimitado a algunas áreas o zonas del cuerpo.

3.3. Tratamiento

3.3.1. Fase preoperatorio

Las pacientes ingresan el mismo día de la cirugía y es aquí donde el papel de la enfermería es fundamental, para calmar la ansiedad que causa esta situación, por lo que se considera de suma importancia abordar tanto el estado físico, como el psicológico.

Una vez que la paciente se ha instalado es recibida por el enfermero/a, para realizar una valoración mediante el uso de la historia clínica de la paciente, comprobando sus alergias, toma de constantes y establecimiento del plan de cuidados.

Terminada la valoración y tras recibir la paciente la información necesaria, se procede a firmar el consentimiento informado.

Cabrera & Rivera (2016) sostienen que posteriormente se debe llevar a cabo el protocolo de ayuda parcial, para poder disminuir la ansiedad, controlando los estímulos ambientales e intentando favorecer el patrón 5 de sueño-descanso descrito en los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Además se debe de realizar acompañamiento de la paciente, proporcionando información clara, ya que, los pacientes oncológicos también muestran ansiedad por el tratamiento antineoplásico que será administrado posteriormente.

A continuación, según De Castro, Turrini & de Brito (2017) se lleva a cabo la preparación de la paciente para la intervención, realizando en primer lugar una correcta limpieza del colon, administrando unos sobres evacuantes e inmediatamente una profilaxis antibiótica, seguidamente se comprobaba si la paciente ha permanecido en dieta absoluta, se revisará si contiene maquillaje o esmaltes que puedan provocar contaminación, y de ser así se retirará, y por último se realizara un sondaje vesical.

3.3.2. Fase quirúrgica

3.3.2.1. Histerectomía

Sardiñas (2015) afirma que es una de las técnicas más usadas en el tratamiento de patologías uterinas, pudiéndose realizar de forma abdominal, vaginal y laparoscópica, siendo esta última la de elección en neoplasias de ovario, endometrio y cérvix de grado I y otras enfermedades benignas como endometriosis y miomatosis, también se emplea en caso de estar contraindicada la histerectomía abdominal. En ocasiones en las que hay pacientes que se encuentran es estadios avanzados (estadio III y IV) con diseminación de fondo de saco de Douglas o principios de metástasis, la

histerectomía se realiza vía abdominal, ya que también permite la realización de salpingooforectomía y anexectomía. Cabe destacar que debe ser valorada la existencia de carcinomatosis peritoneal secundaria, pues en este caso se realizaría complementariamente una citorreducción con administración posterior de HIPEC (quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica).

3.3.2.2. *Citorreducción con administración de Quimioterapia Intraperitoneal Intraoperatoria Hipertérmica (HIPEC). Protocolo Sugarbaker.*

Manterola (2016) sostiene que en el caso de haber existencia de Carcinomatosis Peritoneal (CP), en primer lugar se realizaría una laparoscopia abdominal de exploración, para poder comprobar el grado de extensión del tumor.

Según Manterola (2016) la CP hace unos años era considerada un estadio terminal de una neoplasia maligna, ya que el único tratamiento que se podía ofrecer era cirugía paliativa o administración de quimioterapia, con el fin de evitar un mayor grado de extensión.

Medina et al. (2018) sostienen que en 1981, el reconocido Dr. Paul Sugarbaker, consideró la citorreducción máxima, consistente en la extirpación de toda célula tumoral macroscópica, combinada con la administración de quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (41-43°C), como tratamiento alternativo, ya que aumentando la temperatura de la quimioterapia, se conseguiría destruir aquellas células microscópicas. Debido a sus favorables resultados, este protocolo fue extendido por toda Europa, llegando a España, con lo que se ha podido salvar a muchas personas con dicha patología que era considerada paliativa.

Las indicaciones para poder llevar a cabo una citorreducción con administración de HIPEC, según indica Medina et al. (2018) son las siguientes:

1. Edad inferior a 70 años, aunque en pacientes más mayores y con buen estado general (ASA 1 ó 2) también se puede realizar si es fundamental para su salud.
2. Esperanza de vida superior a 14 semanas.
3. Tumor resecable según los datos clínicos.
4. No padecer insuficiencia renal, hepática o respiratoria.

5. En caso de estar recibiendo quimioterapia previa a la intervención, debe de ser suspendida un mes antes de la cirugía.
6. Consentimiento informado firmado.

El protocolo se lleva a cabo en tres fases: Citorreducción, HIPEC y la Fase Final.

➤ Fase de Citorreducción

Según Medina et al. (2018) erradicar el tejido tumoral es el objetivo principal de la cirugía, por lo que se intenta eliminar toda célula maligna visible al ojo humano, para que posteriormente pueda actuar la quimioterapia y acabar con aquellas células microscópicas residuales. Se lleva a cabo mediante peritonectomías, resección de vísceras afectadas y electroevaporación.

Medina et al. (2018) sostienen que Sugarbaker clasificó la estadificación de la CP en "CC Scores" considerando que se podía realizar una citorreducción completa cuando la célula tumoral tuviera un tamaño inferior a 0.25 cm (CC0-CC1), para que de este modo sea eficaz la aplicación posterior de quimioterapia hipertérmica. En aquellos casos en los que el implante sea mayor a 0.25 cm la citorreducción se podría realizar con fines paliativos obteniendo grandes beneficios con respecto a otro tratamiento, pero se vería limitada la aplicación de quimioterapia hipertérmica.

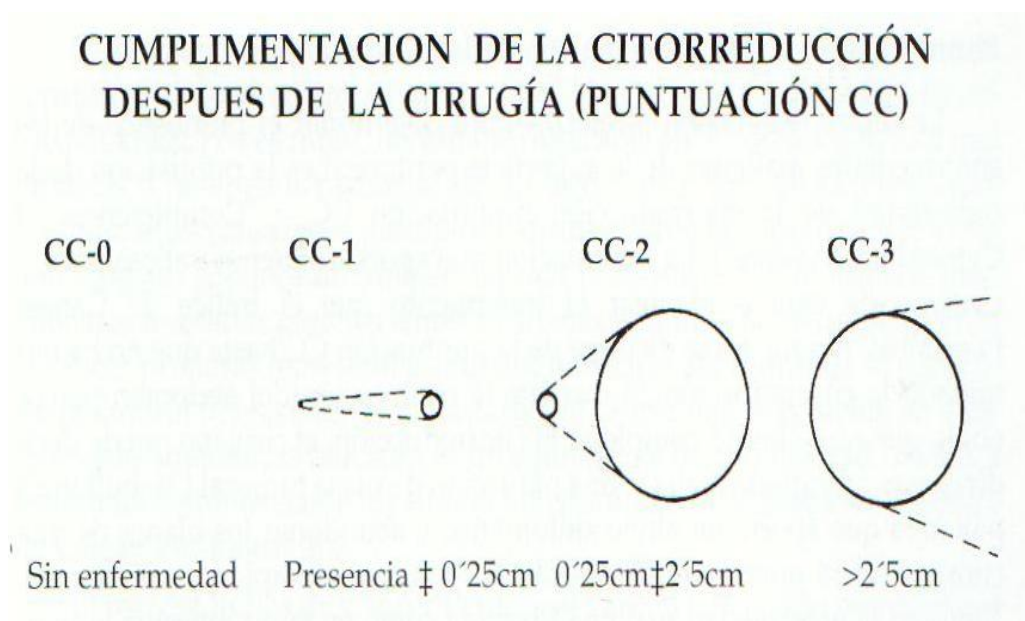


Figura 2. Clasificación del grado de citorreducción. Extraído de Medina et al. (2018).

Medina et al. (2018) indica que para la intervención la posición de la paciente debe ser en decúbito supino. Inicialmente se realiza una incisión en el abdomen (desde el pubis hasta el esternón) para tener un mejor acceso y visibilidad.

- Citorreducción por electroevaporación:

Alvarado, Feriozzi, Giménez, Peralta & Ramírez (2017) indican que este tipo de citorreducción se lleva a cabo cuando hay existencia de “Miliares”, que son aquellos pequeños implantes que se localizan de forma aislada en las vísceras (pared del estómago, intestino delgado, etc). Son eliminados mediante ablación, utilizando laser de argón o Tissuelink, que emplean electrofrecuencia a alto voltaje.

Alvarado et al. (2017) afirman que se debe de tener máxima precaución con este técnica, para evitar dañar los tejidos sanos al intentar extirpar los implantes tumorales (miliares).

➤ Fase de Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica

Según Carrillo, Nava, Romero & Cádiz (2014) en los estudios farmacocinéticos realizados en pacientes con cáncer de ovarios, tratados con quimioterapia intraperitoneal, se ha demostrado que los fármacos citostáticos, son capaces de mantener un elevado gradiente de concentración, por lo que atraviesan de forma gradual la barrera plasmática del peritoneo, permitiendo obtener una alta concentración de citostático en la zona abdominal, limitando la absorción a la circulación sistémica.

Afirman Carrillo et al. (2014), que las células tumorales residuales han de ser de un tamaño inferior a 3mm, para que la quimioterapia intraperitoneal sea efectiva.

La Fase de Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica Vargas, sostienen Quijano, Rocha & Vargas (2017) que es el proceso que consiste en la administración de quimioterapia combinada con solución caliente líquida, en la cavidad abdominal, mediante una bomba de perfusión. Esta bomba controla en todo momento la temperatura de la solución quimioterápica hasta alcanzar una temperatura de 43°C, temperatura a la cual se destruyen las células tumorales circundantes, ya que las células sanas resisten hasta 45°C de temperatura. También mantiene controlada la presión, el flujo de la perfusión y las constantes monitorizadas de la paciente.



Figura 3. Bomba de perfusión de HIPEC. Fuente de elaboración propia.

Según Vargas et al. (2017) el tipo y estadio del tumor, determinara el tiempo de perfusión de HIPEC y el tipo de citostático, que en el caso del cáncer de ovario sería:

- 50-100mg/m² Cisplatino o 70mg/m² Paclitaxel + 15 mg/m² Doxorubicina en Bicavera glucosado al 15% (HIPEC 60min).

Miraz (2016) sostiene que el papel de enfermería en esta técnica consiste en la preparación de la solución y purgado del sistema, a la misma vez que comprueba el correcto funcionamiento de la bomba. Enfermería con el fin de evitar el riesgo de accidente en la realización de este procedimiento, como podrían ser derrames, formación gases tóxicos por las altas temperaturas e incluso contaminación de las superficies cercanas, prepara un equipo de material necesario para la administración de este tratamiento:

1. Mascarillas especiales con filtros de partículas para la protección respiratoria.
2. Calzas y batas de material impermeable.
3. Gorro que cubra todo el cabello.
4. Gafas de protección ocular, para evitar lesiones en caso de salpicadura.

5. Tras realizar un adecuado lavado de manos, guantes de Látex que se cambiaran cada 30min y en caso de que sean de Nitrilo se cambiaran cada 45min.

➤ Fase Final

Miraz (2016) indica que terminado el periodo de duración de la Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica, la solución es succionada por la misma bomba de perfusión, eliminando todo el fluido. Posteriormente se revisa detalladamente la cavidad abdominal con el fin de evitar dejar algún resto de material que pueda causar una complicación postquirúrgica, aquí es donde enfermería realiza el conteo de gases y del material que se ha empleado para finalmente proceder al cierre, dejando un Port Cath por el cual será administrada quimioterapia peritoneal intercalada con quimioterapia sistémica en el tratamiento posterior.

3.5. Habilidades de Enfermería en el manejo de la Ansiedad Oncológica

La ansiedad es definida por Beck (2013) como “Una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”. Es considerada una respuesta de origen emocional provocada por el mismo miedo, ya que, socialmente, el cáncer ha sido conocido como una enfermedad que evoluciona hasta la muerte.

En la actualidad encontramos la psicooncología, otra disciplina que aborda el tratamiento del cáncer desde el punto de vista psicológico y atendiendo a aquellos factores que se puedan manifestar en pacientes oncológicos (nivel de autoestima, ansiedad, estrategias de afrontamiento, etc).

Beck (2013) indica la eficacia de la “Terapia Cognitivo Conductual”, en el manejo de la ansiedad pre y postoperatoria, de pacientes oncológicos, debido a que puede ser llevada a cabo por el personal de enfermería, mediante la comunicación con los pacientes y la escucha activa. Con esta interacción (profesional-paciente), se intenta, que puedan llegar a expresar sus sentimientos, emociones negativas y preocupaciones por el diagnóstico y

tratamiento, debido a que los efectos de la quimioterapia en muchos casos afectan a la psicología de los pacientes, debido en gran parte a la caída del pelo y el aumento de la ansiedad (tanto por el tratamiento, como por el conocimiento de la enfermedad). Con el uso de esta técnica se pretende conseguir un incremento de las habilidades para un mejor afrontamiento y mayor conocimiento de la enfermedad, a la misma vez que se consigue una disminución de la ansiedad.

Según Blanco et al. (2014), entre las técnicas de relajación más empleadas en el postoperatorio para la disminución de la ansiedad, se encuentra la “Respiración con Labio Fruncido”. Esta técnica, está contraindicada en caso de existir una patología de origen pulmonar, de no ser así, el personal sanitario, instruye al paciente, en la realización de este tipo de respiración, insistiendo en que la inspiración se haga lentamente y en dos tiempos (se coge aire por la nariz, se mantiene y se espira) la espiración ha de hacerse, colocando los labios como si se fuese a apagar una vela.

3.6. Sofrología

3.6.1. ¿Qué es la Sofrología?

González de Pablo (2016) considera la Sofrología “como una ciencia que estudia cómo la consciencia puede ayudar a conseguir el sé”. El fundador de la disciplina es el Doctor en Neuropsiquiatría Alfonso Caycedo en 1960.

El significado lo encontramos dentro del ámbito de la consciencia, en concreto de la consciencia que está en equilibrio. No obstante vemos como “sos” nos lleva al equilibrio y “logos” que es estudio.

Según Caycedo (1973) el conocimiento es la base de la técnica, pero no cualquier conocimiento, se basa en un conocimiento “artificial”, es decir, que cada persona pueda tener un conocimiento de la realidad desde su propio prisma, una realidad sin adulterar, por lo que, el sujeto aprende a eliminar todo aquello que entorpece el conocimiento y a desarrollar la intuición como estrategia que va más allá de la razón misma.

Se conseguirá con esta técnica que el sujeto reconstruya su ecosistema vital, y enlace de manera eficiente su mente con su cuerpo.

El sujeto a través de las diversas técnicas del método sofrónico podrá crear un nuevo “yo”, más positivo y más consciente de su ser dentro de la nueva realidad que ha ido conformando a través de las sesiones. Finalmente, Caycedo (1973) sostiene que se alcanzará una mayor conciencia de su propio ser, que va a permitir a cada sujeto, un mayor control sobre su vida, sobre sus emociones, sobre sus sensaciones y en definitiva sobre todo su ser.

3.6.2. Aplicación del método sofrónico en el manejo de la ansiedad

La aplicación del método sofrónico en el manejo de la ansiedad, se puede plantear por dos vías como indica González de Pablo (2016):

1. El manejo de la ansiedad que sufre el paciente en el pre o en el postoperatorio.
2. El manejo de la ansiedad que puede aparecer en el personal de enfermería, a la hora de afrontar los cuidados al enfermo, puesto que puede aparecer un alto nivel de estrés debido a las exigencias del trabajo: horarios, relaciones profesionales, tipo de pacientes, etc.

La enfermera según afirma González de Pablo (2016) adaptará el método sofrónico en el acompañamiento del paciente durante la hospitalización, antes y después de procedimientos diagnósticos (TAC, IMR, endoscopia), o durante intervenciones invasivas o no invasivas tales como extracciones de sangre, vendajes, sondajes, biopsias, pequeña y gran cirugía, traumatología, etc.

González de Pablo (2016) sostiene que, se utiliza como preparación ante las intervenciones quirúrgicas, como método que permite el control de la ansiedad previa a la cirugía, a través de las técnicas de respiración junto con la tensión y distensión de los grupos musculares necesarios, según el método de Caycedo. En el postoperatorio, las técnicas serán parecidas, incluyendo las visualizaciones que habrán sido ejercitadas previamente. Es una preparación a nivel individual pero la ayuda y colaboración de la pareja y de la familia se ha constatado que aumenta la efectividad de la técnica.

En todos los casos es una forma de reducción de estrés ante situaciones agudas y un apoyo indiscutible ante dolencias crónicas ya que ayuda a

conquistar una actitud más serena que permite al paciente tolerar mejor su situación.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Se ha realizado un estudio basado en una investigación cualitativa, tipo Estudio de Caso, que como indica Taylor & Bogdan (2015) en este tipo de investigación los datos son recogidos mediante observación. Estos datos también son transmitidos por la persona de forma verbal o escrita dependiendo de la conducta que se observe.

Según Echevarría, de Souza, Morales & Fortea (2014) un estudio de casos se lleva a cabo mediante un análisis y evaluación concreta, sobre un caso que despierta un interés por conocer.

4.2. Sujeto del estudio.

Mujer de 40 años, que acude a la consulta de ginecología por alteración en la menstruación, amenorrea de 2 meses de evolución y dolor abdominal. Se realiza test de embarazo con resultado negativo.

La paciente es diagnosticada de Neo de Ovario Bilateral. Tras la realización de laparoscopia exploratoria, se confirman hallazgos de carcinomatosis peritoneal secundaria al tumor ovárico.

Ingresa en la planta de medicina interna para cirugía programada.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio.

El estudio se realizó en el Servicio de Cirugía (CMA, quirófano y Reanimación) de un hospital de la Región de Murcia.

Este estudio se desarrolló en dos fases: En primer lugar el periodo de recogida de datos (12/11/2018 – 20/01/2019), haciendo uso de la historia clínica de la paciente y mediante información aportada por el equipo de profesionales sanitarios. En segundo lugar, el periodo de elaboración y análisis de la información (21/01/2019 – 07/05/2019).

4.4. Procedimiento de recogida de información

4.4.1. Fuente de información.

Como fuente de información hemos utilizado los siguientes instrumentos:

- Historia Clínica de la paciente.
- Valoración de enfermería haciendo uso de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon.
- Examen físico del paciente.
- Información por parte de psicólogos, personal médico y enfermero.
- Como buscadores ampliados: Google Académico y BUSCAM.
- Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Redacly, Scielo, ScienceDirect, Elsevier, Dialnet, Mediagraphic.
- Guías de práctica clínica, Organización Mundial de la Salud, protocolos de actuación, Asociación Española Contra el Cáncer, informes médicos.
- Revistas científicas (fundamentalmente médicas y enfermeras).
- Libros (Metodo Sodfrónico de Caycedo).

Los términos utilizados para la búsqueda de información empleada en la revisión bibliográfica son: Cáncer, Cáncer de Ovario, etiología, epidemiología, clínica, tratamiento, diagnóstico del cáncer de ovario, carcinomatosis peritoneal, quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica, cuidados de enfermería, sofrología.

4.4.2. Procedimiento de información.

El estudio fue realizado con la autorización de la paciente y de los profesionales sanitarios, respetando la confidencialidad de la información y datos de la paciente durante todo el proceso.

La recogida de datos comenzó accediendo a la historia clínica, para posteriormente realizar una anamnesis y valoración en función de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

Se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, en las siguientes Bases de datos: Redacly, Scielo, ScienceDirect, Elsevier, Dialnet,

Mediagraphic. Se empleó como buscadores ampliados Google Académico y BUSCAM, haciendo uso de los siguientes descriptores relacionándolos según correspondía con los operadores lógicos “and” y “or”: Cáncer, Cáncer de Ovario, etiología, epidemiología, clínica, tratamiento, diagnóstico del cáncer de ovario, carcinomatosis peritoneal, quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica, cuidados de enfermería, sofrología.

4.4.3. Procesamiento de los datos.

Los datos han sido analizados y organizados en base a la metodología enfermera.

En el primer momento se ha realizado una valoración basada en los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Seguidamente se procedió a realizar un análisis crítico usando el modelo Área, diseñado por Pesut & Herman, para facilitar la determinación del diagnóstico enfermero principal atendiendo a la taxonomía NANDA y el riesgo de complicación principal propuesto por Lynda Hall Carpenito. Posteriormente se seleccionaron los objetivos haciendo uso de la clasificación NOC y las intervenciones con sus correspondientes actividades, según la clasificación NIC. A continuación se llevó a cabo una ejecución de las diferentes intervenciones y actividades, para finalmente realizar una evaluación en función de los criterios de resultados, para poder examinar la eficacia de los cuidados.

Tras la revisión exhaustiva, los artículos fueron clasificados y seleccionados según los criterios de interés y objetivos del trabajo.

5. RESULTADOS.

5.1. Introducción del caso.

Mujer de 40 años, acude a consulta de ginecología por alteraciones en la menstruación, amenorrea de 2 meses de evolución y dolor abdominal. Se realiza test de embarazo con resultado negativo.

Antecedentes personales: Alergia a la penicilina. Tres gestaciones, dos cesáreas y una IVE por anencefalia.

No presenta antecedentes familiares.

Exploración física: Tacto vaginal, citología cérvico-vaginal normal, mamografía normal, biopsia endometrial con disociación madurativa glandulo estromal, TAC abdominal, RNM y ecografía ginecológica donde se confirma como diagnóstico médico, Neo de ovario bilateral (Carcinomatosis peritoneal ovárica).

Pruebas complementarias: Analítica con alteración en marcadores tumorales.

CA 125 → 45.3 * U/ml

Peso: 64.100kg. Talla: 165cm → IMC: 19.42 (Normopeso).

Temperatura corporal: 36.6°C.

T.A: 121/63 mmHg.

F.C: 77 lpm.

F.R: 17 rpm.

SatO2: 99%

La paciente ingresa para cirugía programada, donde se le realiza cirugía radical con procedimiento de pelviperitonectomía (Histerectomía, Doble anexectomía y Douglasectomia) de regiones infiltradas, apendicectomía, colecistectomía, resección de vísceras infiltradas (colón, intestino delgado, estómago) y resección de sigma, con anastomosis. Se administra HIPEC (quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica) dejando implantado Port Cath para aplicación de quimioterapia intraperitoneal diferida.

Finalizada la intervención es trasladada a la unidad de Reanimación para su posterior seguimiento y comprobación de la tolerancia a HIPEC.

Tratamiento postoperatorio: Toma de constantes por turnos, Nolotil® (Metamizol) 0.4g/ml I.V c/8h, Primperam® 10mg/2ml I.V c/8h, Clexane® 40mg c/24h, Lorazepam 2.5mg c/12h, sondaje vesical que se retirara 15 días tras la cirugía, revisión y cura de la herida quirúrgica (herida vertical en parte central del abdomen).

Quimioterapia I.P e I.V durante 6 meses.

5.2. Valoración.

La valoración ha sido elaborada, haciendo uso de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon (Suarez, del Castillo Arévalo, Fidalgo, & Meléndez, 2012).

- Patrón 1. Percepción y manejo de la salud.
 - Mujer de 40 años con buena apariencia física, acude a consulta de ginecología por alteración en la menstruación, amenorrea de 2 meses de evolución y dolor abdominal.
 - Ingresa para cirugía programada.
 - Diagnóstico médico: Neo de Ovario bilateral (Carcinomatosis peritoneal ovárica).
 - No presenta antecedentes familiares.
 - Alérgica a Penicilina.
 - Porta vía periférica (20G) en antebrazo derecho y catéter Drum en fosa cubital izquierda.
 - Intubada.
 - Analítica con alteración en marcadores tumorales, CA 125 →45.3 U/ml
 - Tratamiento: Toma de constantes por turnos, Nolotil® (Metamizol) 0.4g/ml I.V, Primperam® 10mg/2ml I.V, Clexane® 40mg c/24h, Lorazepam 2.5mg, sondaje vesical que se retirará 15 días tras la cirugía.
 - Quimioterapia I.P e I.V durante 6 meses.
- Patrón 2. Nutricional-Metabólico.
 - Peso: 64.100Kg. Talla: 165cm → IMC: 19.42 (Normopeso).
 - Temperatura corporal: 36.6°C.

- Revisión de la herida quirúrgica (herida vertical en parte central del abdomen).
- Náuseas y vómitos por tratamiento con quimioterapia intraoperatoria.
- Presenta piel y mucosas bien hidratadas y en buen estado.
- No refiere alergias a alimentos.
- Patrón 3. Eliminación.
 - Sonda vesical de 2 lúmenes, con adecuada eliminación urinaria.
 - Hábito de eliminación intestinal normal.
 - Eliminación cutánea sin anomalía.
- Patrón 4. Actividad-Ejercicio.
 - T.A: 121/63 mmHg.
 - F.C: 77 lpm.
 - F.R: 17 rpm.
 - SatO₂: 99%.
 - Ama de casa.
 - Independiente para realizar ABVD.
- Patrón 5. Sueño-Descanso.
 - La paciente refiere que su sueño no es reparador.
 - Por la noche no puede dormir bien porque se encuentra inquieta y nerviosa, por lo que no duerme lo necesario para sentirse descansada.
 - No duerme siesta.
- Patrón 6. Cognitivo-Perceptual.
 - Afirma tener dolor abdominal.
 - No presenta alteraciones cognitivas ni perceptivas.
 - Expresión verbal clara.
- Patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto.
 - Bajo estado de ánimo tras conocer su situación actual, se muestra decaída, nerviosa y preocupada.
- Patrón 8. Rol-Relaciones.
 - Reside en Cehegín (Murcia)
 - Casada, siendo madre de un hijo de 17 años y una hija de 21.

- Patrón 9. Sexual-Reproductivo.
 - Antecedentes personales: Tres gestaciones, IVE por anencefalia y dos cesáreas.
 - Amenorrea de 2 meses de evolución.
- Patrón 10. Adaptación-Tolerancia al estrés.
 - La paciente colabora dentro de lo posible.
 - Aparenta estar nerviosa.
- Patrón 11. Valores y creencias.
 - Afirma que es católica pero no practicante.

Patrones alterados.

- Patrón 1. Percepción y manejo de la salud.
 - Mujer de 40 años acude a consulta de ginecología por alteración en la menstruación, amenorrea de 2 meses de evolución y dolor abdominal.
 - Ingresa para cirugía programada.
 - Diagnóstico médico: Neo de Ovario bilateral (Carcinomatosis peritoneal ovárica).
 - Alérgica a Penicilina.
 - Porta vía periférica (20G) en antebrazo derecho y catéter Drum en fosa cubital izquierda.
 - Se encuentra intubada para estabilización de la vía aérea, por anestesia general.
 - Analítica con alteración en marcadores tumorales, CA 125 →45.3 U/ml
 - Tratamiento: Toma de constantes por turnos, Nolotil® (Metamizol) 0.4g/ml I.V, Primperam® 10mg/2ml I.V, Clexane® 40mg c/24h, sondaje vesical que se retirará 15 días tras la cirugía.
 - Quimioterapia I.P e I.V durante 6 meses.
- Patrón 2. Nutricional-Metabólico.
 - Revisión de la herida quirúrgica (herida vertical en parte central del abdomen).
 - Náuseas y vómitos.
- Patrón 3. Eliminación.
 - Sonda vesical de 2 luces, con adecuada eliminación urinaria.

- Patrón 5. Sueño-Descanso.
 - La paciente refiere que su sueño no es reparador.
 - Por la noche no puede dormir bien porque se encuentra inquieta y nerviosa, por lo que no duerme lo necesario para sentirse descansada.
 - No duerme siesta.
- Patrón 6. Cognitivo-Perceptual.
 - Afirma tener dolor abdominal.
- Patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto.
 - Bajo estado de ánimo tras conocer su situación actual, se muestra decaída, nerviosa y preocupada.
- Patrón 9. Sexual-Reproductivo.
 - Antecedentes personales: Tres gestaciones, IVE por anencefalia y dos cesáreas.
 - Amenorrea de 2 meses de evolución.

5.3. Diagnósticos de Enfermería.

Finalizada la valoración en base a los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon y seleccionar aquellos alterados, se continúa con la identificación y clasificación de los diagnósticos enfermeros, haciendo uso de la taxonomía NANDA Internacional. (Nanda Internacional, 2015).

- Patrón 1. Percepción y manejo de la salud.
(00004) Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo.
Dominio 11: Seguridad/Protección.
Clase 1: Infección.
Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.
- Patrón 2. Nutricional-Metabólico.
(00134) Nauseas r/c régimen terapéutico, temor y ansiedad m/p sabor amargo y sensación de nauseas.
Dominio 12: Confort.
Clase 1: Confort Físico.

Definición: Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.

- Patrón 5. Sueño-Descanso.

(000095) Insomnio r/c malestar físico m/p dificultad para mantener el sueño.

Dominio 4: Actividad/Reposo.

Clase 1: Sueño/Reposo.

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

- Patrón 6. Cognitivo-Perceptual.

(00214) Disconfort r/c régimen terapéutico m/p síntomas de malestar e inquietud.

Dominio 12: Confort.

Clase 1: Confort Físico.

Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social.

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (p. ej., absceso, amputación, quemadura, corte, levantar objetos pesados, procesos quirúrgicos, traumatismos, sobreentrenamiento) m/p conducta expresiva (p. ej., inquietud, llanto, vigilancia).

Dominio 12: Confort.

Clase 1: Confort físico.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

- Patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto.

(00146) Ansiedad r/c diagnóstico de cáncer y efectos de la quimioterapia m/p preocupación, inquietud, náuseas e insomnio.

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento

de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

- Patrón 9. Sexual-Reproductivo.

(00059) Disfunción sexual r/c alteración de la estructura corporal (a causa de anomalías, enfermedad, embarazo, radiación, cirugía, traumatismo, etc.) m/p cambio no deseado en la función sexual.

Dominio 8: Sexualidad.

Clase 2: Función sexual.

Definición: Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.

5.3.1. Priorización del diagnóstico principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA.



Figura 4. Priorización del Diagnóstico de enfermería principal mediante la elaboración propia de una red de razonamiento, basada en el modelo Área, de Pesut & Herman (1999).

5.3.2. *Justificación del diagnóstico principal.*

Tras la elaboración de la red de razonamiento, se concluye que el diagnóstico principal de enfermería es:

(00146) Ansiedad r/c diagnóstico de cáncer y efectos de la quimioterapia m/p preocupación, inquietud, náuseas e insomnio.

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

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

La paciente es una mujer de 40 años que tras ser informada de su situación actual, se encuentra temerosa, preocupada por el tratamiento y sus efectos y un alto nivel de ansiedad.

Haro et al. (2013) afirman que la emesis es uno de los principales síntomas en el tratamiento quimioterápico y radioterápico, comprometiendo la calidad de vida del paciente. Intervienen factores psicológicos (temor, estrés, ansiedad, etc.) de tal manera que incluso antes de ser administrado el ciclo, pueden aparecer náuseas y vómitos conocidos como anticipatorios, como una respuesta condicionada.

Según estos autores los factores de riesgo más frecuentes que se asocian a la aparición de este tipo de náuseas son: la edad <50 años, altos niveles de ansiedad y/o estrés, malestar general y falta de sueño y descanso.

Medina-Chávez et al. (2014) sostienen que para la realización de una buena práctica, al diagnosticar insomnio, no se debe obviar la posibilidad de la existencia de depresión o ansiedad, ya que están estrechamente relacionados y muy frecuentemente aparecen como causa directa o indirecta.

Los trastornos neuropsiquiátricos como ansiedad y depresión se asocian como factores etiológicos de la perturbación del sueño, por lo que en este tipo de alteración el abordaje psicológico es de suma importancia al igual que el correcto uso de fármacos.

Según Revuelta, Segura & Paulino (2010) los trastornos neuróticos (ansiedad, fobia, pánico, etc.) son conductas de alerta, para ayudar al paciente a afrontar situaciones complejas. Es por esto que están relacionados con el dolor, ya que, cualquier alteración en una de las áreas del paciente, ya sea física o emocional, puede alterar la otra, es decir, que en presencia de ansiedad y síndrome depresivo, el grado y percepción de dolor aumenta y como consiguiente, da lugar a un deterioro en el estado de salud..

Badia, Trujillano, Serviá, Marcha & Rodríguez (2008) afirman en su estudio realizado con pacientes de UCI, que existe un notable cambio en la calidad de vida de estos, con respecto a la variable “Estado de salud mental (ansiedad y depresión)”, es decir, a medida que esta se ve alterada, afecta significativamente en el grado de comodidad y satisfacción de los pacientes.

5.4. Problema de colaboración y Riesgo de complicación.

A continuación, se procede a la identificación de los Problemas de colaboración y riesgos de complicación, empleando el Modelo Bifocal, (Carpenito, 2013).

- PC Histerectomía (vaginal, abdominal).
 - o RC de hemorragia transvaginal.
 - o RC de retención urinaria.
- PC Cirugía general. Periodo postoperatorio.
 - o RC de íleo paralítico.
- PC Quimioterapia.
 - o RC Trombocitopenia.
 - o RC de necrosis/flebitis en el sitio de la administración intravenosa.
 - o RC de anemia.
 - o RC desequilibrio hidroelectrolítico.
 - o RC Insuficiencia Renal.

Sostienen García-Herrera et al. (2015) que la ansiedad, es un problema de salud frecuente y que como cualquier otro, tiene unos riesgos de complicación como serian:

- o RC Taquicardia.
- o RC Tensión muscular.

- RC Problemas digestivos.
- RC Depresión.

5.4.1. Priorización del Riego de complicación principal, mediante una red de razonamiento crítico, basado en el Modelo Área.



Figura 5. Elaboración propia de una red de razonamiento, para la priorización del RC principal, basada en el modelo Área, de Pesut & Herman (1999).

5.4.2. *Justificación del Riesgo de complicación principal.*

Seguidamente, se pasa a justificar el riesgo de complicación principal.

La paciente presenta como diagnóstico de enfermería principal, Ansiedad, causada por el conocimiento de su estado de salud actual y el tratamiento con quimioterapia que ha recibido y que deberá de recibir durante 6 meses. Debido a esto, la complicación principal, estará relacionada con dicho tratamiento y será:

PC Quimioterapia.

- RC Desequilibrio hidroelectrolítico.

El desequilibrio hidroelectrolítico, es un importante riesgo de complicación, ya que según Carretero Pizá (2018), las náuseas y vómitos son uno de los principales factores causantes de este desequilibrio, y también uno de los síntomas más frecuentes de la quimioterapia, es por esto que en el protocolo de HIPEC, se recomienda perfundir 1 litro de solución salina tras la administración de cisplatino, con el fin de prevenir alteraciones renales.

Vega (2017), sostiene que el desequilibrio hidroelectrolítico puede dar lugar a una insuficiencia renal, debido a que los vómitos impiden la correcta alimentación oral, de tal forma que en muchas ocasiones hay que recurrir a otros métodos de nutrición (sonda nasogástrica, nutrición parenteral, etc.) que en la mayoría de las ocasiones provocan una alteración en los electrolitos (potasio, sodio, magnesio, etc.) causando daño renal, siendo agravado por los fármacos que se administran, dando lugar a una insuficiencia renal.

5.5. Planificación.

Posteriormente a la identificación del diagnóstico de enfermería y riesgo de complicación principal, se identificaran los objetivos y se planificaran las intervenciones precisas para conseguirlos.

5.5.1. *Planificación del Diagnóstico principal.*

(00146) Ansiedad r/c diagnóstico de cáncer y efectos de la quimioterapia m/p preocupación, inquietud, náuseas e insomnio.

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

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

5.5.1.1. Resultados (NOC)

Para la identificación de los objetivos del diagnóstico principal, se hará uso del NOC (Nursing Outcomes Classification) (Moorhead, 2013).

Teniendo en cuenta el estado de la paciente y la importancia del abordaje de la ansiedad para su mejora en 24 horas, se concluye que el NOC principal es:

- (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.

Según Acosta, Krikorian & Palacio (2015), la presencia de un diagnóstico de cáncer y el conocimiento del proceso de cirugía y tratamiento, desencadena una serie de respuestas emocionales negativas, tanto en el paciente como en los familiares, apareciendo en primer plano la ansiedad y depresión, cuando los pacientes perciben que sus recursos no son suficientes para afrontar la enfermedad.

A medida que aumenta el nivel de ansiedad, también se compromete el estado psicológico, pudiendo afectar al funcionamiento fisiológico, como por ejemplo, que el sistema inmune sea incapaz de responder de forma adecuada ante agentes lesivos. Es por ello que se considera fundamental conocer el nivel de ansiedad de los pacientes, para poder realizar un buen control de esta y evitar complicaciones potenciales.

Otros NOC:

- (1402) Autocontrol de la ansiedad.

Dominio 3: Salud psicosocial

Clase O: Autocontrol

Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Cuadro 1. Puntuación del NOC del diagnóstico principal. Fuente de elaboración propia, basada en la escala Likert del NOC. (Moorhead, 2013).

NOC principal	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(1211) Nivel de Ansiedad.	2	5		24h.
La escala Likert define: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno				

Cuadro 2. Indicadores del objetivo del diagnóstico principal. Fuente de elaboración propia, basada en la escala Likert del NOC. (Moorhead, 2013)

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(121101) Desasosiego.	3	5		24h.
(121117) Ansiedad verbalizada.	2	5		24h.
(121105) Inquietud.	2	5		24h.
(121129) Trastorno del sueño.	3	5		24h.
(121118) Preocupación exagerada por eventos vitales.	2	5		24h.
La escala Likert define: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno				

5.5.1.2. Intervenciones (NIC).

Para la elección de las intervenciones necesarias para conseguir los objetivos, se usará el NIC (Bulecheck, 2014).

- (6680) Monitorización de los signos vitales.

Campo 4: Seguridad.

Clase V: Control de riesgos.

Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Actividades:

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
 - Monitorizar la pulsioximetría.
 - Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
 - Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
 - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- (5820) Disminución de la ansiedad.

Campo 3: Conductual

Clase T: Fomento de la comodidad psicológica

Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

Actividades:

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
 - Escuchar con atención.
 - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
 - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
 - Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.
- (5880) Técnica de relajación.

Campo 3: Conductual.

Clase T: Fomento de la comodidad psicológica.

Definición: Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.

Actividades:

- Permanecer con el paciente.
- Sentarse y hablar con el paciente.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda.
- Proporcionar ansiolíticos, según se precise.
- (4920) Escucha activa.

Campo 3: Conductual.

Clase Q: Potenciación de la comunicación.

Definición: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Actividades:

- Mostrar interés por el paciente.
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.

5.5.2. Planificación del Riesgo de complicación principal.

PC Quimioterapia.

- RC desequilibrio hidroelectrolítico.

5.5.2.1. Resultados (NOC).

Debido a la relación entre el tratamiento y su sintomatología con el riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico, se ha concluido que el NOC principal sea:

- (2107) Severidad de las náuseas y vómitos.

Dominio 5: Salud percibida.

Clase V: Sintomatología.

Definición: Gravedad de los signos y síntomas de náuseas, arcadas y vómitos.

González-Salazar, Guevara-Cruz & Serralde-Zúniga (2018), afirma que náuseas y vómitos están presentes en gran parte de los postoperatorios, debido a la anestesia y cirugía realizada, los síntomas empeoran con la presencia de tratamientos con cistostáticos, haciendo que se pierda una importante parte del volumen de líquidos de nuestro cuerpo. Para paliar los diferentes síntomas se hace uso de fármacos, por lo que se puede generar un proceso de alteración electrolítica.

La paciente ha sido intervenida de una neo de ovario, tratada con HIPEC y con un cuadro de ansiedad, náuseas y vómitos, por lo que sería fundamental abordar de forma adecuada la situación, para evitar complicaciones.

Otros NOC:

- (0602) Hidratación.

Dominio 2: Salud fisiológica.

Clase G: Líquidos y electrolitos.

Definición: Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.

- (1902) Control del riesgo.

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.

Clase T: Control del riesgo y seguridad.

Definición: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.

Cuadro 3. Puntuación del NOC del riesgo de complicación principal. Fuente de elaboración propia, basada en la escala Likert del NOC. (Moorhead, 2013)

NOC principal	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(2107) Severidad de las náuseas y vómitos.	3	5		24h.
La escala Likert define: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno				

Cuadro 4. Indicadores del objetivo del riesgo de complicación. Fuente de elaboración propia, basada en la escala Likert del NOC. (Moorhead, 2013)

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(210715) Dolor gástrico.	3	5		24h.
(210701) Frecuencia de las náuseas.	2	5		24h.
(210707) Frecuencia de los vómitos.	3	5		24h.
(210708) Intensidad de los vómitos.	3	5		24h.
La escala Likert define: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno				

5.5.2.2. Intervenciones (NIC).

- (1450) Manejo de las náuseas.

Campo 1: Fisiológico: Básico.

Clase E: Fomento de la comodidad física.

Definición: Prevención y alivio de las náuseas.

Actividades:

- Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas.

- Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible (exceptuando el caso de náuseas relacionadas con el embarazo).
 - Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y desconocimiento).
 - Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, durante y después de la quimioterapia; antes de que se produzcan o aumenten las náuseas y junto con otras medidas de control de las mismas.
 - Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas.
- (1570) Manejo del vómito.
Campo 1: Fisiológico: Básico.
Clase E: Fomento de la comodidad física.
Definición: Prevención y alivio del vómito.
Actividades:
- Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre y la duración de la emesis, así como el grado en el que es forzado.
 - Identificar los factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al vómito.
 - Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito siempre que haya sido posible.
 - Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un período de 30 minutos no se han producido vómitos.
 - Controlar el equilibrio hidroelectrolítico.
- (2300) Administración de medicación.
Campo 2: Fisiológico: Complejo.
Clase H: Control de fármacos.
Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
Actividades:
- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
 - Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.

- Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia.
- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.
- Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro.

- (4130) Monitorización de líquidos.

Campo 2: Fisiológico: Complejo.

Clase N: Control de la perfusión tisular.

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.

Actividades:

- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p. ej., hipoalbuminemia, quemaduras, desnutrición, sepsis, síndrome nefrótico, hipertermia, terapia diurética, nefropatías, insuficiencia cardíaca, diaforesis, insuficiencia hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea).
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.
- Llevar un registro preciso de entradas y salidas (p. ej., ingesta oral y enteral, infusión i.v., antibióticos, líquidos administrados con la medicación, sondas nasogástricas, drenajes, vómito, sondas rectales, drenaje por colostomía y orina).
- Verificar todas las entradas y salidas en todos los pacientes con tratamiento i.v., infusiones subcutáneas, alimentación enteral, SNG, catéteres urinarios, vómitos, diarrea, drenajes de heridas, drenajes torácicos y afecciones médicas que afecten al balance de líquidos

(p. ej., insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, desnutrición, quemaduras, sepsis).

5.6. Ejecución.

La ejecución es programada en un periodo de 24 horas, llevándose a cabo las intervenciones y actividades ya mencionadas, según corresponda.

En primer lugar se realiza (6680) Monitorización de los signos vitales de forma automática cada 2 horas, comprobándose en cada cambio de turno que los valores son correctos.

Se monitorizara: Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria y SatO₂.

Según Molina, Ortega & Belmonte (2017), las constantes vitales son la clave para el control y detección precoz de una alteración en el estado de salud de una persona, es por ello que, es fundamental monitorizar al paciente mediante un procedimiento no invasivo o invasivo (según proceda). Este es un papel importante de la enfermería, ya que, los/las enfermeros/as, son los encargados de detectar, interpretar y evaluar esas alteraciones y actuar de forma adecuada para solucionarlas.

La monitorización puede darnos mucha información sobre la paciente y su estado de ansiedad ya que uno de los riesgos de esta, sería el desarrollo de una taquicardia, que podría ser detectada con la monitorización de la FC, a la vez que también sirve para la vigilancia postoperatoria.

Para la (5820) Disminución de la ansiedad se emplean dos terapias: Farmacológica, frecuentemente con el uso de benzodiazepinas, como es el caso de la paciente, a la que se le administra Lorazepam 2.5mg sublingual a las 22:00h. Y una terapia psicológica (cognitiva-conductual) que se lleva a cabo a las 10:00h.

Landa-Ramírez, Greer, Vite-Sierra, Sánchez-Román & Riveros-Rosas (2014), afirman la existencia de estas dos terapias, pero concretamente se centra en la terapia cognitivo conductual, llevada a cabo mediante la interacción cuidadosa del profesional sanitario con el paciente, para que este exprese sus emociones negativas, preocupaciones y pensamientos sobre su

enfermedad y tratamiento, para que de esta forma pueda conseguir incrementar las habilidades y conocimientos, y disminuir la ansiedad.

Seguidamente se realizan (5880) Técnica de relajación, que serán realizadas siempre que el paciente lo precise, aunque en el caso de la paciente se realizó a las 12:00h y a las 18:00h.

Como se ha mencionado antes, el área psicológica, también es abordada para disminuir la ansiedad. Blanco et al. (2014) se centran en las técnicas de relajación, ya que, son muy recomendadas para ayudar al paciente a controlar su ansiedad, centrándose concretamente en la “Respiración con Labio Fruncido” (siendo contraindicada en patologías pulmonares) y el acompañamiento, ya que son las más frecuentes. Se instruye al paciente, en que inspire lentamente y en dos tiempos por la nariz, mantener y espirar colocando los labios como si fuese a apagar una vela.

La (4920) Escucha activa, se realiza siempre que sea preciso. Subiela, Abellón, Celdrán, Manzanares & Satorres (2014), sostienen que para realizarlo de forma correcta hay que guardar una postura amable, segura, abierta, atenta y relajada.

Si se habla no se puede escuchar, es decir, el silencio forma parte de la escucha activa, por lo que en primer lugar habría que guardar silencio. Hay que conseguir empatizar, pues así la paciente se siente con confianza suficiente para expresarse, también adoptar una actitud abierta y activa para poder demostrar que estamos ahí para escucharla, es por esto que se debe resumir la información y confirmar que la hemos entendido, se tienen que evitar las posibles interrupciones y de igual modo, interrumpirle, pero si se debe parafrasear y preguntar para poder conducir la conversación. Por último, no debemos dejarnos llevar por nuestras emociones y por supuesto, ser pacientes y prestarle el tiempo necesario, finalmente guardar silencio de nuevo.

A las 8:00h, 16:00h y 0:00h se lleva a cabo el (1450) Manejo de las náuseas y (1570) Manejo del vómito mediante la administración de Primperam 10mg/2ml I.V.

Dos de las complicaciones más frecuentes y que más afectan a la recuperación postquirúrgica, son el dolor agudo y los vómitos y náuseas. Puesto que nuestra paciente ha sido tratada con tratamiento HIPEC

(quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica) los vómitos y náuseas se ven agudizados.

Afirman Calvache et al. (2015), que el tratamiento frecuentemente es farmacológico, empleando un antiemético de clase distinta al usado en el intraoperatorio. La Metoclopramida (Primperam) 10mg i.v es una alternativa muy eficaz, aunque también existen otros tratamientos alternativos, como por ejemplo la aromaterapia con alcohol isopropílico que mediante el estudio realizado por dichos autores, ha resultado disminuir las náuseas de una forma más rápida que el ondasetrón.

El personal de enfermería, es responsable de la correcta (2300) Administración de medicación, y de comunicar los efectos adversos a los distintos fármacos, por lo que según sostienen Torres et al. (2015), para llevar a cabo esta intervención de forma segura, se debería de emplear la regla de “Los 9 correctos” es decir, paciente, medicación, dosis y vía correctos, en el horario (8h-16h-24h) correcto, registrando la acción, forma y respuesta correctamente.

La paciente presenta un catéter DRUM por lo que según dichos autores, es usado para la extracción de analíticas necesarias y administración de la medicación indicada. El Clexane® 40mg será administrado para prevención de posibles complicaciones postoperatorias, de forma subcutánea.

Finalmente se realiza, haciendo uso de la sonda vesical que porta la paciente (siempre evitando manipulaciones en exceso por el riesgo de infección), la (4130) Monitorización de líquidos, ya que la paciente presenta riesgos de sufrir un trastorno del balance hidroelectrolítico, que como afirma Montilla (2016) podría comprometer el correcto funcionamiento cardíaco, renal, pulmonar y neurológico, por lo que, el papel de enfermería irá encaminado a controlar el balance de líquidos diarios, pudiéndose realizar cada 24 horas o por turnos. Esto es especialmente importante, ya que para mantener y conservar la salud hay que tener un equilibrio ácido-base adecuado, con unos niveles de electrolitos dentro de la normalidad y un equilibrio entre de la entrada y salida de líquidos.

5.7. Evaluación.

Esta es la última fase del proceso, donde se evalúa los resultados obtenidos, tras la realización de las distintas intervenciones y sus actividades, pudiendo comprobar la evolución favorable o no, de la paciente.

5.7.1. Evaluación del resultado del diagnóstico principal.

(00146) Ansiedad r/c diagnóstico de cáncer y efectos de la quimioterapia m/p preocupación, inquietud, náuseas e insomnio.

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

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

- (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.

Cuadro 5. Evaluación del NOC del diagnóstico principal. Fuente de elaboración propia, basada en la escala Likert del NOC. (Moorhead, 2013).

NOC principal	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(1211) Nivel de Ansiedad.	2	5	4	24h.
La escala Likert define: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno				

Cuadro 6. Evaluación de los indicadores del NOC del diagnóstico principal. Fuente de elaboración propia, basada en la escala Likert del NOC. (Moorhead, 2013).

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(121101) Desasosiego.	3	5	5	24h.
(121117) Ansiedad verbalizada.	2	5	4	24h.
(121105) Inquietud.	2	5	4	24h.
(121129) Trastorno del sueño.	3	5	4	24h.
(121118) Preocupación exagerada por eventos vitales.	2	5	3	24h.
La escala Likert define: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno				

- En el indicador (121101) Desasosiego, se parte de una puntuación inicial de 3 y se consigue una puntuación de 5, ya que la paciente muestra su preocupación y es informada de forma correcta.
- El indicador (121117) Ansiedad verbalizada, se comienza con una puntuación 2, ya que la paciente está recuperándose de la anestesia y no puede expresarse de forma adecuada, y se obtiene una puntuación de 4, tras referir que se siente inquieta, nerviosa y preocupada.
- En la (121105) Inquietud, se comienza con una puntuación de 2, ya que la paciente se muestra muy agobiada y mediante la escucha activa y las técnicas de relajación, se consigue una disminución favorable y aunque no se consigue una puntuación final de 5, debido al corto periodo de seguimiento, se logra una puntuación de 4.
- El (121129) Trastorno del sueño, se consigue mejorar con la terapia farmacológica y con el uso de la terapia cognitivo conductual, ayudando al paciente a que libere sus emociones, consiguiendo una puntuación final de 4.

- La (121118) Preocupación exagerada por eventos vitales, es algo que va a estar presente durante el transcurso de la enfermedad, e incluso después, ya que los diferentes síntomas que se pueden percibir, pueden despertar esa preocupación que en muchas ocasiones puede ser un inconveniente para seguir adelante de forma adecuada, por lo que tras explicarle a la paciente su estado y el tratamiento que se va a llevar a cabo, se obtiene una puntuación de 3.

A pesar del corto periodo de seguimiento, con la interacción profesional-paciente y la información y apoyo necesario, se consigue paliar el (1211) Nivel de Ansiedad., donde la puntuación inicial era de 2 y se alcanza finalmente una puntuación de 4.

5.7.2. Evaluación del resultado del Riesgo de complicación principal.

PC Quimioterapia.

- RC desequilibrio hidroelectrolítico.

- (2107) Severidad de las náuseas y vómitos.

Dominio 5: Salud percibida.

Clase V: Sintomatología.

Definición: Gravedad de los signos y síntomas de náuseas, arcadas y vómitos.

Cuadro 7. Evaluación de los indicadores del NOC del riesgo de complicación principal. Fuente de elaboración propia, basada en la escala Likert del NOC. (Moorhead, 2013).

NOC principal	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(2107) Severidad de las náuseas y vómitos.	3	5	4	24h.
La escala Likert define: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno				

Cuadro 8. Evaluación del NOC del riesgo de complicación principal. Fuente de elaboración propia, basada en la escala Likert del NOC. (Moorhead, 2013).

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(210715) Dolor gástrico.	3	5	4	24h.
(210701) Frecuencia de las náuseas.	2	5	3	24h.
(210707) Frecuencia de los vómitos.	3	5	3	24h.
(210708) Intensidad de los vómitos.	3	5	4	24h.
La escala Likert define: 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno				

-En el indicador (210715) dolor gástrico, comenzamos con una puntuación de 3, obteniendo una puntuación final de 4, ya que, a pesar de la anestesia, hay dolor, aunque no en un alto grado, que se ve agudizado por las náuseas y los esfuerzos del vómito. Con la analgesia se consigue aliviar.

-La (210701) Frecuencia de las náuseas tras la cirugía tenía una puntuación de 2, consiguiéndose una puntuación de 3, con el empleo de antieméticos y control de la ansiedad.

-La (210707) Frecuencia del vómito en un postoperatorio y con el uso del tratamiento HIPEC, a pesar de administrar antieméticos, en un periodo de 24 horas, no se ha percibido mejoría. La frecuencia de las náuseas se ha disminuido, pero el vómito sigue estando presente.

-Por último se consigue una mejoría en la (210708) Intensidad del vómito, debido a la restricción alimenticia y al uso de medicación, partiendo de una puntuación de 3 y obteniendo una puntuación final de 4.

6. DISCUSIÓN

La enfermedad oncológica según González-Martín (2015), es considerada una patología que afecta a la población de forma biopsicosocial y conforme avanzamos en el tiempo es más común su aparición en la sociedad. El cáncer es considerado la segunda causa de muerte en España, clasificándose el Cáncer de Ovario como la segunda neoplasia más frecuente en la mujer, después del cáncer de mama, siendo la quinta causa de muerte en Europa.

El papel que desempeña el personal de enfermería es crucial, debido a que llevan a cabo planes de cuidados individualizados, para abordar esta patología que no todo paciente manifiesta de igual forma, aunque también son realizados en otros pacientes con enfermedades distintas. Con estos planes de cuidados se pueden atender las necesidades de los pacientes, además de valorar los posibles riesgos de complicación que puedan surgir.

Según Antunes, Armenteros, Piñero, Crowel, & López (2008), no hay una clínica específica, en etapas iniciales del cáncer de ovario, por lo que en la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico se establece en estadios ya avanzados, es decir, cuando las células tumorales ya se han extendido más allá de los ovarios, apareciendo comúnmente, ascitis, dolor y distensión abdominal. Coincidiendo con la paciente, su diagnóstico fue en un estadio avanzado de la enfermedad, presentando hallazgos de carcinomatosis peritoneal.

En cuando al diagnóstico del cáncer de ovario, se cuenta con diferentes recursos, entre los más destacados se encuentran los marcadores tumorales que atendiendo a Hermida et al. (2016), el marcador tumoral diferencial del cáncer de ovario, es CA 125, que se ve afectado en el 85% de pacientes diagnosticadas de neo de ovario, considerándose valores normales por debajo de 35 U/ml. Pons et al. (2012) sostienen que el marcador tumoral CA 125 puede verse alterado desde 10 a 60 meses previos al diagnóstico y siendo detectado en el 50-60% de las pacientes con tumor en estadio inicial (estadio I). Si se obtiene un resultado negativo en este indicador, no se excluye la presencia de la patología, ya que hasta en un 20% de neoplasias de ovario, no queda expresado en el valor de CA 125. Con respecto a la paciente a estudio,

los marcadores tumorales se encontraban dentro de la normalidad, a excepción del marcador CA 125 con un valor de 45 U/ml.

Antunes et al. (2008) sostienen que la ecografía transvaginal tiene una sensibilidad mayor al 95% con valor predictivo positivo. En cuanto a la extensión del tumor es considerado más específico el ultrasonido abdominal. Para la paciente la ecografía sirvió de gran ayuda para el diagnóstico, pudiéndose observar masa ovárica derecha e izquierda, sin poder identificar ninguna zona de parénquima sano, sospechándose así de cáncer de ovario.

Montes (2018) sostiene que la cirugía citorreductora, es considerada el factor pronóstico más importante demostrado, ya que se relaciona con un aumento de la supervivencia de aquellos pacientes diagnosticados de carcinomatosis peritoneal. Una cirugía de citorreducción completa seguida de la administración de HIPEC presenta menos complicaciones y resulta ser más efectiva que una citorreducción incompleta, ya que ocasionaría la aparición de complicaciones futuras. La Citorreducción + HIPEC, se considera un tratamiento de tipo multidisciplinar ya que es necesario un equipo especializado y formado específicamente en esta técnica así como una correcta selección de pacientes, en los que esté indicada. La paciente, es diagnosticada de carcinomatosis peritoneal ovárica, es decir carcinomatosis peritoneal, secundaria a neoplasia de ovario bilateral, por lo que se le realiza histerectomía con citorreducción máxima, más quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC).

Diversos estudios como el realizado por López, Morales, Luna, Méndez & Ruiz (2014), confirman que la tasa de supervivencia con el empleo de esta técnica ha resultado ser superior a la obtenida mediante el empleo de otro tipo de tratamiento seguido de quimioterapia sistémica. En cuanto a la paciente, se confirma esta supervivencia, debido que gracias a dicho tratamiento, ha podido sobrevivir y con una buena calidad de vida, al cáncer de ovario.

Su aplicación, cabe destacar que ha ido evolucionando con los años, realizándose a día de hoy de hospitales de Madrid, Murcia y Santander, resaltando como uno de los centro pioneros de esta técnica el Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

La quimioterapia intraperitoneal, administrada a través de bomba de perfusión en el intraoperatorio, según Montes (2018) causa menos efectos

secundarios que la quimioterapia intravenosa, ya que, en la solución administrada en el abdomen, hay altas concentraciones de citostáticos, que acceden al torrente sanguíneo en escasa cantidad, debido a que el peritoneo actúa de barrera natural impidiendo su paso. La paciente a estudio, obtuvo grandes beneficios de esta cirugía con administración de HIPEC, debido a que su enfermedad se encontraba en un estadio III, con carcinomatosis peritoneal secundaria al cáncer de ovario y gracias a la citorreducción máxima y la administración de HIPEC, ha conseguido superar esta enfermedad, a pesar de continuar tras el alta con seis sesiones de quimioterapia sistémica.

Bautista, Arias & Carreño (2016) sostienen que durante el proceso de enfermedad aparecen sentimientos y emociones negativas que pueden causar ansiedad y malestar, por lo que es importante que exista una relación enfermera-paciente, empática y de confianza para poder cuidar, ayudar a la pronta y correcta recuperación y fomentar la autonomía y el buen autoestima. Esta relación de ayuda debe de ampliarse a la familia, ya que en la mayor parte de casos son el sistema de apoyo principal. En la paciente, la aparición de la enfermedad oncológica desencadenó episodios de ansiedad y temor, que poco a poco fueron controlados mediante diferentes intervenciones, entre ellas la escucha y la transmisión de información clara y concreta.

Caycedo & Van (2003) indican que aquellos que defienden esta técnica, respaldan que la Sofrología es un procedimiento coadyuvante, es decir, que ayuda a potenciar la eficacia de otras intervenciones psicológicas dentro del modelo cognitivo-conductual. La experiencia clínica sostiene que es una técnica eficaz para tratar trastornos psicológicos como son la depresión, ansiedad, estrés, etc, pudiendo ser útil también en el abordaje de alteraciones de tipo psicofisiológico como dolor, trastornos gastrointestinales, asma o diabetes, entre otros. Se ha demostrado que esta técnica resulta beneficiosa en la preparación para la cirugía, procesos oncológicos, obstetricia, pediatría, etc. En cuanto a la paciente, se le realizaron 3 sesiones en el postoperatorio, con beneficiosos resultados en el manejo de la ansiedad y dolor, que conllevó a una disminución progresiva de las náuseas secundarias a la HIPEC.

6.1. Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- El corto periodo de tiempo que se ha podido permanecer con la paciente, ya que para conocer los beneficios de las intervenciones y del cuidado por parte de los profesionales sanitarios, se necesita mayor tiempo de seguimiento.

7. CONCLUSIONES

- I. El cáncer de ovario es la segunda neoplasia más frecuente en la mujer tras el cáncer de mama, y se da comúnmente entre los 40 y 70 años de edad. Es considerada una reproducción descontrolada de células anormales en las gónadas femeninas, provocando un tumor o neoplasia, que puede evolucionar en sus estadios avanzados III y IV, a carcinomatosis peritoneal e incluso metástasis, lo que puede conllevar a la muerte de la paciente. Los tumores epiteliales son los más frecuentes. La clínica es inespecífica por lo que el cáncer de ovario es conocido como “El asesino silencioso” por lo que la mayoría de las mujeres son diagnosticadas en estadios avanzados de la enfermedad, cuando aparecen síntomas como dolor, ascitis y distensión abdominal, además de alteraciones menstruales.
- II. Los marcadores tumorales son útiles para el diagnóstico precoz del cáncer de ovario, pero no de forma aislada, debido a que no todas las pacientes muestran alteraciones en dichos marcadores, ni manifiestan la enfermedad de igual modo, por lo que se deben de ayudar con pruebas complementarias de imagen o nucleares.
- III. En cuanto al tratamiento de citorreducción + HIPEC, se ha concluido que es agresivo y que conlleva unos riesgos, pero nos ofrece un avance en la lucha contra el cáncer de ovario, demostrándose un aumento de la supervivencia y proporcionando una calidad de vida óptima a pacientes sometidas a dicho tratamiento.
- IV. Enfermería debe de estar preparado para abordar cambios físicos, sociales y psicológicos, de tal forma que se empatice con los pacientes para que puedan mostrar sus preocupaciones y sentimientos negativos y así ayudar a calmar la ansiedad para que puedan alcanzar el bienestar. La sofrología tiene como objetivo principal el estudio de la consciencia y los valores del ser, por lo que es una técnica novedosa en la que se está formando enfermería para poder aplicarla tanto a los pacientes como así mismo para el manejo de la ansiedad e incluso síntomas psicofisiológicos como el dolor.

- V. El papel de enfermería cobra gran importancia en el cuidado tanto preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, debido a la elaboración de planes de cuidados individualizados, que hacen posible la valoración de las necesidades de los pacientes y posibles complicaciones. Con la elaboración del plan de cuidados se han podido observar mejorías en la paciente mediante la realización de las diferentes intervenciones seleccionadas, para conseguir los objetivos marcados.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, A. I. M., Krikorian, A., & Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 517-529.
- Alarcon Bermeo, J. F., & Flores López, E. M. (2018). *Perfil epidemiológico de cáncer ovárico* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina).
- Alvarado, S., Feriozzi, G., Giménez, I., Peralta, M., & Ramírez, A. (2017). Citorreducción con Quimioterapia. *Notas de Enfermería*, 17(30).
- American Cancer Society. (2016). *Cáncer de Ovario*. Recuperado de [http://www.fasgo.org.ar/images/Cancer de Ovario Am Society.pdf](http://www.fasgo.org.ar/images/Cancer%20de%20Ovario%20Am%20Society.pdf)
- Antunes, A. M., Armenteros, B. H., Piñero, R. M., Croswel, C. A., & López, R. F. V. (2008). Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario en el Hospital "Vladimir Ilich Lenin". Holguín. *Correo Científico Médico de Holguín*, 12(3), 3.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2018). *Evolución del cáncer de ovario*. Recuperado el 25 de Febrero de 2019 de: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-ovario/evolucion-cancer-ovario>.
- Badia Castelló, M., Trujillano Cabello, J., Serviá Goixart, L., Marcha Llanes, J., & Rodríguez-Pozo, A. (2008). Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo diagnóstico: Comparación de dos instrumentos de medida. *Medicina Intensiva*, 32(5), 203-215.
- Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., & Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1297-1309.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de Brouwer.
- Blanco, C., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Arias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., & Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales de psicología*, 30(2), 403-411.

- Blanco, C., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Arias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., & Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales de psicología*, 30(2), 403-411.
- Bulechek, M. G. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería NIC* (6ª). Elsevier.
- Cabrera Salas, E. D., & Rivera Morales, M. I. (2016). Intervención educativa en la disminución de ansiedad en paciente oncológico en el preoperatorio inmediato. INEN. Julio-Setiembre 2013.
- Calvache, J. A., Guzmán, É. L., Buitrago, L. M. G., Torres, C. G., Torres, M., Buitrago, G., & Duarte, H. G. (2015). Manual de práctica clínica basado en la evidencia: manejo de complicaciones posquirúrgicas. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43(1), 51-60.
- Carpenito, L. J. (2013). *Manual de Diagnósticos Enfermeros*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Carretero Pizá, A. (2018). ¿Qué dice la literatura nacional e internacional acerca del manejo de las complicaciones derivadas de tratamiento con quimioterapia intraperitoneal en el cáncer epitelial de ovario?
- Carrillo-Esper, R., Nava-López, J. A., Romero-Sierra, G., & Cárñez-Jiménez, C. (2014). Manejo perioperatorio de la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 37(3), 193-200.
- Caycedo, A. (1973), *Diccionario abreviado de sofrología y relajación dinámica* (Barcelona: Aura).
- Caycedo, N., & Van Rangelrooy, K. (2003). La sofrología caycediana: más que una técnica de relajación. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, 21(6), 355-362.
- Chavez Alaña, D. E. (2017). Aplicación del modelo de Virginia Henderson y Marjory Gordon para la valoración integral del paciente ambulatorio.
- De Castro Pereira, N., Turrini, R. N. T., & de Brito Poveda, V. (2017). Tiempo de ayuno perioperatorio entre pacientes con cáncer sometidos a cirugías gastrointestinales. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03228.
- Echevarria Pérez, Paloma; de Souza Oliveira, Adriana Catarina; Morales Moreno, Isabel; Forea Gorbe, Mª Isabel. (2014). Estudio de caso en el

- trabajo de fin de grado en enfermería: Aspectos metodológicos y ejemplos prácticos. Madrid: Aravaca.
- Espallardo, I. T. (2017). PET/TAC: bases físicas, instrumentación y avances. *Radiología*, 59(5), 431-445.
- Estudillo, R. G. (2014). El cáncer de ovario, el asalto del homicida invisible. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 57(1), 24-30.
- Fernández, J., Valencia, M. L. J., Puente, Y. C., Suárez, D. P. S., Medina, Y., & Nates, S. F. (2016). Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 13(1), 6-21.
- Fonseca, J. D. S., & Farías, M. R. A. Q. (2016). Obesidad y cáncer: fisiopatología y evidencia epidemiológica. *Revista Médica de Risaralda*, 22(2), 91-97.
- García-Herrera Pérez-Bryan, J. M., Hurtado Lara, M. M., Nogueras Morillas, E. V., Bordallo Aragón, A., & Morales Asencio, J. M. (2015). Guía de práctica clínica para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada: basada en el modelo de atención por pasos en atención primaria y en salud mental.
- González de Pablo, Á. (2016). Las nuevas ciencias del espíritu del siglo XX: La aparición de la sofrología en España a inicios del segundo franquismo/The New Sciences of the Spirit of the 20th Century: the Rise of Sophrology in Spain during the Early Second Francoism. *Culturas Psi*, (6).
- González-Martín, A. (2015). El cáncer ginecológico. *Arbor*, 191(773), 237.
- González-Salazar, L. E., Guevara-Cruz, M., & Serralde-Zúniga, A. E. (2018). *Revista Clínica Española*.
- Haro, L. M., Mondéjar, R., del Mar Muñoz, M., Molina, M. J., Olaverri, A., & Santiago, J. A. (2013). Tratamiento psicológico de las náuseas y vómitos anticipatorios inducidos por quimioterapia o radioterapia. *Psicooncología*, 10(2/3), 289.
- Hermida Lazcano, I., Sánchez Tejero, E., Nerín Sánchez, C., Cordero Bernabé, R., Mora Escudero, I., & Pinar Sánchez, J. (2016). Marcadores tumorales. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 9(1), 31-42.

- Ipiña, J. M., González, E., Noelia, C., Armanasco, E., Azar, M. E., Montoya, D., & Cristo Morgado, C. (2007). Cáncer de mama bilateral. *Rev argent mastología*, 26(93), 273-80.
- Landa-Ramírez, E., Greer, J. A., Vite-Sierra, A., Sánchez-Román, S., & Riveros-Rosas, A. (2014). Descripción de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en pacientes con cáncer terminal. *Psicooncología*, 11(1), 151.
- Lander, J. S., Di Giampietro, L., Medina, F., Rodríguez, J. J., Rezić, M., De Ledo, I. N., & Blanch, R. (2014). Primer consenso nacional de cáncer epitelial de ovario diagnóstico y tratamiento. *Revista Venezolana de Oncología*, 26(3), 235-292.
- Le Roch, A., Collinet, P., Boulanger, L., Fournier, L., Alexandre, J., Bats, A. S., & Lecuru, F. (2015). Cáncer de ovario: diagnóstico, evaluación y estrategia terapéutica. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 51(1), 1-10.
- López-Basave, H. N., Morales-Vásquez, F., Luna Ortiz, K., Méndez Herrera, C., & Ruiz-Molina, J. M. (2014). Citorreducción e HIPEC en carcinomatosis peritoneal. Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México. *Cirujano general*, 36(3), 138-144.
- Luis Rodrigo, M. T. (2004). Los diagnósticos enfermeros - Revisión crítica y guía práctica. Masson.
- Manterola, C. (2016). Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Chemotherapy Role in Peritoneal Carcinomatosis Treatment. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 3(1), 759-766.
- Marzo-Castillejo, M., Bellas-Beceiro, B., Vela-Vallespín, C., Nuin-Villanueva, M., Bartolomé-Moreno, C., Melús-Palazón, E., & Vilarrubí-Estrella, M. (2016). Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2016. *Atención Primaria*, 48, 39-59.
- Medina, C. M., Morales, J. G., Roselló-Sastre, E., Barriga, K. D., Sos, J. E., Roda, J. L. H., & Abellá, J. A. L. (2018). Protocolo para la valoración anatomopatológica de las piezas de cirugía de carcinomatosis peritoneal de origen ovárico, tubárico y peritoneal. *Revista Española de Patología*, 51(4), 216-223.
- Medina-Chávez, J. H., Fuentes-Alexandro, S. A., Gil-Palafox, I. B., Adame-Galván, L., Solís-Lam, F., Sánchez-Herrera, L. Y., & Sánchez-Narváez,

- F. (2014). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 108-119.
- Miraz-Novas, C. (2016). Pautas de protección frente al riesgo de exposición a citostáticos en quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 62(243), 122-135.
- Molina, M. J., Ortega, J. T., & Belmonte, L. R. (2017). Capítulo 4: Las constantes vitales, monitorización básica.
- Montes Albuixech, À. (2018). Efectividad y seguridad de la cirugía de citorreducción en pacientes con carcinomatosis peritoneal.
- Montilla Díaz, R. (2016). El balance hídrico como cuidado de enfermería.
- Moorhead, S. (2013). *Clasificación de resultados de Enfermería NOC (5ª)*. Elsevier.
- Nanda International. (2015). *NANDA Diagnósticos Enfermeros 2015-2017. Definiciones y clasificación (3ª)*. Elsevier.
- Novoa-Vargas, A. (2014). Historia natural del cáncer de ovario. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 82(09), 613-622.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Cáncer. En *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 25 de Febrero de 2019 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Paz, M. A. (2018). La aplicación de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) en el método clínico. *Correo Científico Médico*, 22(2).
- Pesut, D. J., & Herman, J. (1999). Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Recuperado a partir de <http://opac.ucam.edu/cgi-bin/abnetcl/O7006/ID8e813b19?ACC=161>
- Pons Porrata, L. M., García Gómez, O., Cruzata, A. S., Navarro, M. M. M., & Fernández, C. G. (2012). Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. *MediSan*, 16(06), 920-931.
- Pons Porrata, L. M., García Gómez, O., Cruzata, A. S., Navarro, M. M. M., & Fernández, C. G. (2012). Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. *MediSan*, 16(06), 920-931.
- Ramírez, R. F. D., de la Cruz, A. G., Verduzco, E. K. O., Esqueda, J. G. M., & Luciano, G. S. F. (2019). Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124.

- Revuelta Evrard, E., Segura Escobar, E., & Paulino Tevar, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 17(7), 326-332.
- Rodríguez Moreno, J. F. (2017). *Evaluación del PET-TAC como método de diagnóstico precoz del cáncer de mama y/u ovario en mujeres sanas portadoras de mutación en los genes BRCA1 o BRCA2* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Sardiñas Ponce, R. (2015). La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. *Revista Cubana de Cirugía*, 54(1), 82-95.
- Suarez, J. L. Á., del Castillo Arévalo, F., Fidalgo, D. F., & Meléndez, M. M. (2012). Manual de Valoración de Patrones Funcionales de M.Gordon. Recuperado a partir de http://www.academia.edu/download/34690501/VALORACION_POR_PATRONES.pdf
- Subiela García, J. A., Abellón Ruiz, J., Celdrán Baños, A. I., Manzanares Lázaro, J. Á., & Satorres Ramis, B. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 13(34), 276-292.
- Taranto, F. (2016). Cáncer de ovario. *Archivos de*, 53(3), 20-31.
- Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. (2015). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource*. John Wiley & Sons.
- Torres, J. M. C., Serrano, A. M. B., Jiménez, A. C. B., Baena, Q. S., Andrade, B. R., & Andrade, I. R. (2015). Análisis del conocimiento sobre la administración de fármacos. *European Journal of Investigation in Health, psychology and education*, 5(2), 233-241.
- Valdivia, A. O., López, J. L., Vargas-Rodríguez, Y. M., & González, O. C. (2016). Producción de radiofármacos para tomografía por emisión de positrones (PET) y su aplicación en el diagnóstico de diversas enfermedades. *Educación química*, 27(4), 292-299.
- Vargas-Aguilar, V. M., Quijano-Castro, O. F., Rocha-Guevara, E. R., & Vargas-Hernández, V. M. (2017). Experiencia institucional de la citorreducción con peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal en cáncer de ovario. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 44(4), 157-162.

- Vargas-Hernández, V. M., Vargas-Aguilar, V. M., Aboharp-Hasan, Z., & Sosa-Durán, E. E. (2017). Cáncer de ovario. De la detección a la prevención. *Revista del Hospital Juárez de México*, 83(3), 92-104.
- Vega, J. (2017). Hiperalimentación parenteral en la insuficiencia renal aguda. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 12(3), 75-82.
- Zevallos, A. (2018). Laparoscopia en cáncer de endometrio. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 445-454.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1. Consentimiento Informado HIPEC.

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE:
CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

.....de.....años de edad,

..... N°.....

.....as directo,

DECLARO:

Que los Dres me han explicado que en mi situación es conveniente proceder a tratamiento quirúrgico:

Cirugía radical-peritonectomía con administración de quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC).

Para lo que se prevé el/los siguiente/s procedimiento/s quirúrgico/s:

Peritonectomía de regiones infiltradas o sospechosas de infiltración tumoral (± pélvica completa con histerectomía radical y doble anexectomía ± peritonectomía de flancos y/o diafragmas ± Glisson ± omentectomía menor ± omentectomía mayor) ± resección de recto-sigma ± apendicectomía ± colecistectomía ± esplenectomía ± resección de vísceras infiltradas (colon, intestino delgado, estómago) ± linfadenectomía ± electrofulguración de zonas con carcinomatosis peritoneal superficial de mesos, paredes abdominales y vísceras huecas ± ostomías derivativas ± administración de HIPEC si citorreducción óptima

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informaran los servicios de anestesia y de hepatología.

La técnica consiste en:

Extirpación de toda lesión tumoral macroscópica posible y tratamiento de la enfermedad microscópica residual, o de pequeño volumen no resecable, con quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria caliente, administrada durante 60-90 minutos con sistema de perfusión continuo. Posibilidad de dejar catéter intraperitoneal conectado a reservorio subcutáneo para tratamiento quimioterápico local posterior

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención, (nauseas, vómitos, flebitis) y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas; como otros específicos del procedimiento, poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida quirúrgica, dolores referidos, o poco frecuentes, embolia, trombosis venosa en extremidades inferiores. El médico me ha informado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir un reintervención generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

Me ha explicado que para la realización de esta técnica se requiere una preparación previa con:

Solución evacuante intestinal y enemas de limpieza previo a cirugía. Cateterización ureteral bilateral intraoperatoria opcional.

Aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Figura 6. Consentimiento informado para intervención quirúrgica más HIPEC. Fuente de elaboración propia.

Por mi situación vital actual (diabetes, hipertensión, anemia, edad avanzada), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

He sido informado de las alternativas al tratamiento quirúrgico:

Tratamiento médico-citostático palativo

Igualmente de las alternativas al tratamiento no quirúrgico.

Así como de los inconvenientes, ventajas y resultados de los mismos.

Los riesgos a que me someto dependen de mi estado general, de otras enfermedades asociadas y de la respuesta de mi organismo a la operación. Bien entendido que los Cirujanos que me intervengan, pondrán su máximo interés y en todo momento de acuerdo con la patología que presento, si encontraran algún hallazgo que exija diferentes procedimientos, les autorizo a que practiquen los cambios convenientes, siempre en mi beneficio y de acuerdo con su buen hacer profesional.

Entiendo que hay una serie de riesgos o complicaciones más frecuentes, tanto en la intervención como en el post-operatorio, relacionados con infección, coagulación de sangre, hemorragia y reacción alérgica. Así mismo, otras menos frecuentes, pero de mayores consecuencias e incluso irreversibles.

Se me ha dado la oportunidad de preguntar ampliamente sobre mi enfermedad y los procedimientos para tratarla: (curarla, mejorarla o aliviarla). He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el Facultativo que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por tanto, libre y conscientemente decido y autorizo al Dres|_____ para que practique la técnica propuesta, habiéndome informado de los riesgos y ventajas del procedimiento, de otras alternativas y en tales condiciones,

CONSIENTO

Que se me realice el tratamiento propuesto: **Cirugía radical con procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica.**

Fdo. El/ la Médico

Fdo. El Paciente

Fdo. El representante legal
o familiar más próximo

Figura 7. Consentimiento informado para intervención quirúrgica más HIPEC. Fuente de elaboración propia.

9.2. Anexo 2. Sesión Clínica Sofrología.

A continuación se expone una sesión de relajación simple, previa a las sesiones para el control del dolor y ansiedad.

1. Aspectos a comentar con el sujeto. Conocimiento y razonamiento cognitivo.

A toda emoción, angustia, estupor, corresponde una tensión muscular. Si tienes miedo, el rostro se tensa, tus mandíbulas se crispan, los puños se aprietan. Las palabras, en ese momento no te calmarán, estás cegado por la tensión/miedo, lo único que puedes hacer es volver a tu cuerpo, ya que si le enseñas a tu cuerpo a relajarse, el dirá a tu mente cómo estar en paz.

El sistema activador/desactivador de la ansiedad es una cadena que se retroalimenta, de tal manera que cuando inicia su marcha, es muy difícil detenerlo, porque el cerebro va buscando pistas que corroboren todo aquello que el cuerpo debe sentir.

Se invertirá el proceso a través del cuerpo, entendiendo que es el receptor de nuestros sentidos y la primera vía de entrada de información al cerebro.

La lógica es sencilla, cuanto mejores sean las informaciones, mejores serán las respuestas que tengamos.

Debemos tomar conciencia de nuestro cuerpo, visualizándolo, sabiendo todos sus puntos atractivos y aquellos otros que remarcan nuestro cuerpo.

2. Proceso efectivo de control de la ansiedad. Sesión inicial y base.

Túmbate, cierra los ojos, la cabeza apoyada sobre la almohada o cojín a la altura de la nuca. Los hombros, la espalda y los brazos apoyados sobre los hombros, los codos y las manos. La pelvis apoyada en los glúteos y la parte baja de la columna vertebral. Las piernas apoyadas en los muslos y las pantorrillas y los pies apoyados en los talones.

Abandónate a tu propio peso y nota las modificaciones aportadas por esta sencilla posición relajante. Toma también conciencia del contacto de la ropa con el cuerpo.

Intenta describir esa sensación de bienestar de reencontrarte con el contacto y con el sentido del tacto otra vez.

Siente el peso de la cabeza, como descansa sobre los hombros. Siente los brazos, abandonados a su propio peso, los codos, el antebrazo, la mano, intenta determinar el peso del brazo junto a la mano, intenta observar el nivel de tono muscular.

Relaja el tronco y nota como la atención y la concentración son mucho mayores y están enfocadas a puntos concretos de tu cuerpo.

Mientras se distiende tu cuerpo, puedes también permitir que se equilibre tu sistema nervioso y tu mente. Para ello basta con que te dejes sumir en el nivel de consciencia medio entre sueño y vigilia.

Vamos a introducir en nuestra concentración una imagen con fuerza positiva. Vamos a seleccionar una imagen que tenga enorme positividad en nuestras vidas y procuraremos, una vez estamos relajados, situar esa imagen en cada grupo muscular que vayamos relajando.

Procuraremos retirar periódicamente esa imagen en las transiciones de grupos musculares, pero volveremos a la misma imagen cuando volvamos a relajar grupos musculares.

Cuando hayamos realizado todo el recorrido por el cuerpo y hayamos controlado todos los estímulos internos y externos a nuestra voluntad, procederemos a recuperarnos del estado sofrónico.

Realiza dos respiraciones fuertes e intensas.

Mueve lentamente los brazos y las piernas con movimientos suaves pero enérgicos.

Termina estirándote como si hubieras pasado una noche relajadora al 100%.

3. Frecuencia de realización.

Este ejercicio se llevara a cabo, dividido en tres sesiones, que se repetirá a diario 15 días antes de la intervención,

continuándose tras la intervención, durante el periodo de tiempo que sea necesario para el confort del paciente.

