



**Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo**



Facultad de Enfermería

División de Estudios de Posgrado

Maestría en Enfermería

**Intervenciones Estandarizadas en el Cuidado de la Persona con Cáncer de
Ovario**

Tesis

Que para obtener el Grado de:

Maestra en Enfermería

Terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo en Enfermería

Presenta

LE. Ofelia Pérez García

Directora de tesis

Dra. Ma. Martha Marín Laredo

Codirectora

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Revisora

M.E. Ruth E. Pérez Guerrero

Morelia, Michoacán

Agosto de 2021

Directorio

M.S.P. Julio César González Cabrera

Director

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

M.E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

M.E. Ruth E. Pérez Guerrero

Presidenta de la mesa

Dra. Ma. Martha Marín Laredo

Vocal

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Vocal

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Vocal

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Vocal

ACTA DE REVISIÓN

La **Dra. Ma. Martha Marín Laredo**, Profesora - Investigadora Titular “A” adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado “**Intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario**” elaborado por la Licenciada en Enfermería **Ofelia Pérez García**, mismo que presenta para la obtención de grado de **Maestra en Enfermería con terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. Ma. Martha Marín Laredo

Profesora Investigadora Titular “A”

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Profesora Investigadora Titular “B”

M.E. Ruth E. Pérez Guerrero

Profesora- Investigadora Asociada “A”

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Profesora Investigadora Asociada “C”

Dra. Ma. Lilia A. Alcántar Zavala

Profesora Investigadora Asociada “C”

L.E. Ofelia Pérez García

Agradecimientos

Mi eterno agradecimiento: a **Dios** nuestro señor, a mi **madre** *Enf. Ofelia García Correa* que con su gran ejemplo hizo de mí una mujer de principios y valores, trabajo y una profesional de enfermería; a mi **esposo** *Javier Herrejón Ferreyra* por su compañía y su apoyo para culminar cada una de mis metas; a mis **hijas** *Ofelia Yunuen Herrejón Pérez, Claudia Erandeni Herrejón Pérez y Paulina Eurídice Herrejón Pérez*, quienes con su gran amor y valentía siempre me demostraron que podía cumplir mis sueños, además, de ser mi mayor motivo para seguirlos; en especial a mi **hija** *Claudia Erandeni Herrejón Pérez* a mi **nieto** *José Julián Núñez Herrejón*, por su apoyo incondicional en todo momento; a mis **hermanos** y hermana *Ma. Del Roció Pérez García*, porque sin ellos este logro no sería posible; a mi **tía** *Ana María García Correa*, por su constante motivación; y en especial agradezco a mi gran **amiga y compañera** *Mtra. Alejandra López Duran* de quién he recibido apoyo incondicional en todo momento de mi vida laboral y profesional; por su saber, empatía y apoyo. Gracias a todos ustedes cumplo con un importante objetivo de mi vida profesional.

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a la Dra. Ma. Martha Marín Laredo, Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla, M.E. Ruth E. Pérez Guerrero, Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar, Dra. Ma. Lilia A. Alcántar Zavala y la Dra. Vanesa Jiménez Arroyo, por su valioso apoyo y motivación en todo momento para dar continuidad y cumplir con mi objetivo: obtener el título de la Maestría en gestión, dirección y liderazgo; asimismo, agradezco al M.S.P. Julio César González Cabrera, director y personal directivo de la Facultad de Enfermería de la UMSNH, por darme la oportunidad para concluir mis estudios y así poder cumplir con un importante objetivo de mi vida profesional, siendo esta una gran experiencia por reencontrarme con excelentes compañeros en mi trayectoria laboral y profesional.

L.E. Ofelia Pérez García

Índice

I. Introducción	1
II. Justificación	2
III. Objetivo.....	3
IV. Marco Teórico.....	4
4.1. Proceso Enfermero.....	4
4.1.1. <i>Antecedentes</i>	4
4.1.2. <i>Concepto de Proceso Enfermero</i>	6
4.1.3. <i>Etapas</i>	8
4.2. Taxonomía de diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación NANDA Internacional.....	9
4.2.1. <i>Antecedentes</i>	9
4.3. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).....	10
4.3.1. <i>Importancia de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)</i> 11	
4.4. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud.....	12
4.4.1. <i>Importancia de la Clasificación de Resultados Sensibles a la Práctica de Enfermería</i>	12
4.4.2. <i>Definición de términos</i>	13
4.5. Patología o condición: Cáncer de ovario.....	14
4.5.1. <i>Etiología</i>	15
4.5.2. <i>Fisiopatología</i>	16
V. Valoración.....	19
VI. Diagnóstico de enfermería.....	20
VII Método	22
VIII. Resultados	23
8.1. <i>Plan de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario</i>	23
Conclusiones	39

Propuesta	39
Referencias	40
Apéndice.....	43
Apéndice 1. Tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería: NANDA vs. Artículos.....	46
Apéndice 2. Tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería: temor.....	Error! Bookmark not defined.
Apéndice 3. Tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería: dolor agudo.....	48
Apéndice 4. Tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería: nauseas.....	49
Apéndice 5. Tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería: riesgo de desequilibrio electrolítico	50
Apéndice 6. Tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería: desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales	51

Resumen

Introducción. Se desarrolla investigación documental sobre las intervenciones de cuidado estandarizado en una persona con cáncer de ovario, patología o condición considerada un problema de salud pública por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad México y en el mundo. **Objetivo.** Proponer intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario. **Método.** Se basa en una investigación documental sobre las intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario, el cual se lleva a cabo a través del proceso enfermero, metodología fundamental de la disciplina de enfermería. **Resultados.** Las intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario, con etiqueta diagnóstica de: temor, dolor agudo, náusea, riesgo de desequilibrio electrolítico y desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales, considerando el lenguaje estandarizado de la taxonomía NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería), NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) y NOC (Clasificación de Resultados de enfermería). **Conclusiones.** El proceso enfermero implica la ejecución de intervenciones estandarizadas, esto como una estrategia en las instituciones de salud y educativas en el país, permitiendo su aplicación en forma sistemática, humanista y oportuna en el cuidado de la persona con cáncer de ovario, con el objetivo de favorecer el desarrollo de los conocimientos propios de la profesión, el aseguramiento de la evolución de estándares del cuidado, el fortalecimiento de la autonomía y el ejercicio de la disciplina de enfermería.

Palabras clave: Intervenciones estandarizadas, proceso enfermería, cáncer de ovario.

Abstract

Introduction. Documentary research is developed on standardized care interventions in the person with ovarian cancer, pathology or condition considered a public health problem due to its magnitude, significance and vulnerability in the world and in Mexico.

Objective. Propose standardized interventions in the care of the person with ovarian cancer.

Method. Documentary research was the base of this investigation about standardized interventions in the care of the person with ovarian cancer which is carried out through the nursing process, fundamental methodology of the discipline Nursing.

Results. Standardized interventions in the care of the person with ovarian cancer, with a diagnostic label of: fear, acute pain, nausea, risk of electrolyte imbalance and nutritional imbalance lower than body needs, considering the standardized language of the NANDA taxonomy (North American Association for Nursing Diagnoses), NIC (Classification of Nursing Interventions) and NOC (Classification of Nursing Results)

Conclusions. The nursing process implies the execution of standardized interventions, this as a strategy in the health and educational institutions in the country, thus allowing its application in a systematic, humanistic and timely manner in the care of the person with ovarian cancer, with the objective of favoring the development of the knowledge of the profession, the assurance of the evolution of standards of care, the strengthening of autonomy and the exercise of the nursing discipline.

Keywords: Standardized interventions, nursing process, ovarian cancer.

I. Introducción

La presente investigación documental se desarrolla sobre las intervenciones estandarizadas en el cuidado de una persona con cáncer de ovario, ya que no se dispone en los servicios de enfermería del sector de salud y educativo del país de dichos planes con esta patología, la cual fue seleccionada por su gran magnitud, debido a *“la alta morbimortalidad en las últimas décadas, en el mundo y en México, considerado un problema de salud pública”* (Secretaría de Salud Puebla [SSP], 2020 p.6).

En el mundo, el cáncer de ovario se diagnostica cerca de 205,000 nuevos casos, de los cuales mueren 125,000 mujeres por año; entre los países que tienen una mayor frecuencia son los europeos, EUA y Canadá, seguidos por México, siendo los estados con mayor incidencia de esta neoplasia: Nuevo León, Estado de México y Distrito Federal, con una frecuencia del 4.5% las neoplasias ginecológicas y aproximadamente 3000 casos nuevos al año, situación que ha impactado gravemente en la mujer (Vilches, 2015).

En ese sentido, el motivo principal sobre el cuál se basa esta indagación es la cifra creciente de casos con esta patología y la necesidad de generar intervenciones estandarizadas que co-ayuden en el proceso de la enfermedad, por ello, este trabajo se fundamenta en el marco teórico, el cual implicó principalmente de una descripción sobre el proceso enfermero, sus antecedentes, concepto y sus cinco etapas, ya que es el eje fundamental de la disciplina de la enfermería, asimismo, retoma la patología del cáncer de ovario para finalmente incorporar la clasificación de la taxonomía NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería), NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) y NOC (Clasificación de Resultados de enfermería), esto con la finalidad de implementar las intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con dicha patología.

Es decir, se desarrolla el método de selección de las características definitorias de la patología del cáncer de ovario propuestas por la NANDA y los artículos consultados, además, se realiza el proceso de la ponderación diagnóstica a través de la revisión de artículos sobre el proceso enfermero en la persona con cáncer de ovario estableciendo los diagnósticos de enfermería; a través de la tabla para la ponderación de diagnósticos y de acuerdo a la

ponderación se desarrolla el plan de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario.

Finalmente, se ejecuta el plan de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario, con las etiquetas diagnósticas de enfermería sobre: temor, dolor agudo, náusea, riesgo de desequilibrio electrolítico y desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales, esto con la finalidad de hacer el planteamiento de las intervenciones ante la comisión permanente de Enfermería Federal para su revisión, análisis e implementación en el sector salud; de ese modo, se favorece el desarrollo de conocimientos propios de la profesión, se asegura la evolución de estándares del cuidado, se fortalece la autonomía y el ejercicio de la disciplina de enfermería.

II. Justificación

La finalidad de realizar la presente investigación documental sobre las intervenciones estandarizadas en el cuidado de las personas con cáncer de ovario, surge debido a que los servicios de enfermería del sector salud público y privado del país no disponen de dichos planes en el cuidado de la persona con esta patología, motivo que despierta el interés para su desarrollo e implementación, la cual se lleva a cabo a través de la investigación documental del proceso enfermero, sustento metodológico de la disciplina de enfermería, de ese modo, se consideró la clasificación, taxonomía NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería), NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería), NOC (Clasificación de Resultados de enfermería) y la patología antes señalada.

El cáncer de ovario es un problema de salud en México, ocupa la tercera posición en prevalencia entre los diferentes tipos de cánceres ginecológicos, con una letalidad del 60%, superando a la del cáncer de mama (50%), se presenta en nuestro país con mayor frecuencia en mujeres jóvenes a partir de los 40 años de edad, mientras que a nivel mundial es a partir de los 63 años, y solamente alrededor del 20% de los casos de cáncer de ovario se detectan en un estadio temprano, cuando es así, alrededor del 94% de las pacientes viven más de 5

años después del diagnóstico (Sociedad Americana contra el cáncer [SAAC] 2018).

Asimismo, el 80% de los casos de esta neoplasia responde al tratamiento primario, sin embargo, presenta una elevada frecuencia de recaída del 60 al 70% debido a que el 75% de los casos son diagnosticados en estadios III y IV; favorecido por una sintomatología inespecífica, dichos factores son los que han dificultado establecer un diagnóstico temprano y, por ende, un tratamiento oportuno. Es así, como el cáncer de ovario es una condición de salud que se selecciona por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad ya que constituye un importante problema de salud pública en el país (SSP, 2020).

Por ello, la SSP (2020) menciona que esta patología ha ido incrementando de forma significativa la tasa de mortalidad, lo que a su vez ha generado costos elevados para las mujeres, sus familias y para el sector salud, esto como consecuencia de la falta de programas de tamizaje y con frecuencia del desconocimiento de la sintomatología inicial por el personal de salud y la población en general.

En general, el propósito de la indagación se resume en primer lugar, para contribuir en la mejora de la calidad del cuidado que otorga el profesional de enfermería hacia la persona con un diagnóstico de cáncer de ovario; en segundo lugar, para favorecer el desarrollo del ejercicio profesional de la disciplina; en tercer lugar, permitirá cumplir con un importante objetivo profesional como lo es obtener el título de la Maestría de Gestión, Dirección y Liderazgo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo.

III. Objetivo

Proponer el plan de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario, sobre las etiquetas diagnósticas de enfermería: temor, dolor agudo, náusea, riesgo de desequilibrio electrolítico y desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales, ante la Comisión Permanente de Enfermería Federal para su revisión, análisis, aprobación e implementación en el ejercicio profesional, en el cuidado de la persona con esta patología, para así contribuir en la seguridad y calidad del cuidado así mismo, en el desarrollo de conocimientos propios de la profesión.

IV. Marco Teórico

4.1. Proceso Enfermero

4.1.1. Antecedentes

La presente investigación documental se lleva a cabo sobre la metodología de las intervenciones estandarizadas a través del proceso enfermero, la clasificación de la taxonomía NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería), NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería), NOC (Clasificación de Resultados de enfermería) y la patología de cáncer de ovario, esto con la finalidad de desarrollar la metodología de las Intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con este tipo de cáncer, para su implementación en el ejercicio de la disciplina.

La profesión de Enfermería es una de las disciplinas más antiguas en la historia de la humanidad, ya que tiene sus inicios a mediados del siglo XIX, en épocas donde la guerra era un común denominador en los países europeos, de ese modo, sus orígenes se remontan al acto de cuidar a la persona herida. Por un lado, con la figura de Florence Nightingale se da el inicio a la disciplina de enfermería, ya que dicha persona es considerada la primera teórica que describió a la Enfermería y la relacionó con el entorno, abordando con especial interés la observación como un elemento primordial para brindar el cuidado de Enfermería (Reina, 2010).

Por otro lado, Hall considero el hacer de enfermería como un proceso centrado en el cuidado que se otorga a una serie de personas durante 24 horas al día, donde se debía aplicar los conocimientos necesarios para el desarrollo de planes de cuidados. Siguiendo esta línea, las aportaciones de otras teóricas establecieron las primeras etapas de dicho proceso, mencionado que el proceso enfermero constaba de tres etapas; la valoración, planeación y ejecución, donde el profesional de enfermería identificaba la necesidad de la persona, planeaba y otorgaba el cuidado (González y Monroy 2016).

Cabe mencionar, que la profesión de enfermería ha transitado por tres paradigmas que han configurado este actuar: el paradigma de categorización, el de integración y el de transformación; cada uno de ellos implicó un cambio en la concepción del metaparadigma de enfermería que ha fomentado la

estructuración de su metodología, así como de su enfoque en tres generaciones (González y Monroy, 2016). A continuación, se explica cada uno de dichos paradigmas:

Paradigma de categorización: Primera generación del proceso enfermero que se desarrolló entre 1860 hasta 1950, se centró en dos aspectos principales: la salud pública y la otra en la enfermedad. Esta generación se caracterizó por la necesidad de aplicar principios de higiene en el entorno, conduciendo de ese modo, a considerar que el principal hacer de enfermería era proporcionar al individuo un entorno favorable que promoviera la restauración o mantenimiento de la salud, principio en que el metaparadigma de enfermería se basaba en considerar a la persona como un ser capaz de modificar en su entorno aquellos elementos ajenos a la persona que podían servir para la recuperación y prevención de la enfermedad (González y Monroy 2016).

En este periodo de tiempo se consideraba al proceso enfermero con únicamente tres etapas: valoración, planeación y ejecución. En ese sentido, la competencia del personal de enfermería se medía de acuerdo a la eficiencia en la aplicación de cuidados que promoviera la recuperación de la persona, bajo el mando médico, por ello, tenía un rol carente de un actuar basado en una fundamentación científica, en la prevención de enfermedades y educación para la salud (González y Monroy 2016).

Paradigma de integración: Segunda generación del proceso enfermero que se desarrolló entre 1950 hasta 1975, caracterizándose por la integración de la etapa diagnóstica al proceso, con el desarrollo de la nomenclatura básica para describir los problemas de salud. Además de acuerdo con Gonzales y Monroy, (2016):

- Se centra en el diagnóstico, el razonamiento clínico y el actuar de enfermería con un enfoque hacia la persona.
- Búsqueda de la autonomía de la profesión de enfermería; ya que esta no se limitaba a las acciones dependientes del médico y su educación se basaba en necesidades de la disciplina, otra característica fundamental en esta metodología.
- Se crean y plantean los elementos estandarizados: para dar un orden al lenguaje de la disciplina con la creación de taxonomías que se enfocaran en la identificación de los juicios clínicos emitidos por los profesionales,

así como los principales cuidados e intervenciones aplicadas por estos mismos (p. 126).

Paradigma de transformación: Tercera generación del proceso enfermero. El proceso enfermero evolucionó como resultado de la comunidad científica en la adopción de un cambio en la misma metodología. En este periodo de tiempo se considera que dicho proceso se desarrolla en cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. González y Monroy (2016) refieren que se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Se sustenta en la evidencia científica.
- El uso simultáneo de las taxonomías de enfermería NANDA, NOC y NIC, se ha convertido en el lenguaje reconocido internacionalmente, que cumplen con criterios establecidos para considerarse como sistemas de clasificación que son aceptadas en el cuidado enfermero.
- Centra los cuidados en los resultados actuales, los esperados y los obtenidos (p.127).

En otras palabras, en esta generación se considera el cuidado como el pilar fundamental de enfermería, entendido en la actualidad por la comunidad de enfermería como -el cuidado de la experiencia de la salud humana-; es así, como se cimienta el proceso enfermero. De forma resumida, la metodología de la disciplina de Enfermería ha evolucionado, surgiendo así el proceso enfermero de la necesidad de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica, logrando de esa manera satisfacer las necesidades de cuidado de la o las personas, en todos los ámbitos en el ejercicio profesional, brindando de forma oportuna, dinámica y medible el cuidado otorgado (Reina, 2010).

4.1.2. Concepto de Proceso Enfermero

Como ya se mencionó con anterioridad el proceso enfermero es el eje central de la disciplina de la Enfermería, por ello, se considera indispensable conocer su definición, de acuerdo con Reina (2010):

Es un sistema de la práctica de enfermería en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la

respuesta de la persona a problemas reales o potenciales de la salud.
(p.18)

Finalidad del Proceso Enfermero

El proceso enfermero (PE) es considerado el eje metodológico fundamental de la profesión de enfermería para brindar cuidados, el cual ha evolucionado a una tercera generación y cuyo enfoque recae en los resultados, esperados y los obtenidos (González y Monroy, 2016). Por ello, es fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones, toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran (Reina, 2010).

Del mismo modo, el PE es la evidencia o instrumento requerido para la práctica profesional que, sumado a la solidez teórica y científica de la disciplina profesional de Enfermería, dado por los modelos y teorías de Enfermería, y con el apoyo y retroalimentación permanente de la investigación permitirá lograr una integración de la teoría y la práctica, y a su vez un mayor empoderamiento de la profesión (Reina, 2010).

Características

Como todo proceso el PE cuenta con una serie de características que facilitan su aplicación, con base en Reina (2010) son cuatro aspectos:

- Es *sistemático*. Ya que se realiza secuencialmente, en forma cíclica, periódica, organizada y controlada, porque se inicia a partir de la obtención de información por medio de la valoración, posteriormente, pasa a las etapas diagnóstica, planeación, ejecución y la evaluación.
- Es *Dinámico*. Porque las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad y del tipo de necesidad, por tanto, se requiere de la aplicación de varios procesos de enfermería a una persona.
- Es *Oportuno*. Este se aplica en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir necesidades puntuales del usuario.

- Es *Medible*. Al evaluarse y obtener los resultados acordes a la evaluación, estos pueden modificarse o continuar según la evolución de la persona de cuidado. (p.19)

4.1.3. Etapas

El proceso enfermero está constituido por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; las cuales son subsecuentes y cada una se interrelaciona en forma permanente con las otras. A continuación, y siguiendo a Reina (2010) se describen:

- **La Valoración:** Es la primera etapa, consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona, a partir de técnicas como la observación desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de enfermería.
- **El Diagnóstico:** Es la segunda etapa, implica la identificación de los problemas de salud para enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos de enfermería, que incluye diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.
- **Planeación:** Es la tercera etapa, refiere a la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos.
- **Ejecución:** Es la cuarta etapa, consiste en la aplicación del plan de cuidado que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución y documentación o registro.
- **Evaluación:** Es la quinta etapa, aquí es donde se compara el estado de enfermedad o salud de la persona con los objetivos del plan, midiendo los resultados obtenidos. (pp.19-20). De acuerdo con González y Monroy (2016) la Enfermería al enfocarse en los resultados favorece el desarrollo de conocimientos propios y asegura la evolución de estándares de cuidados a medida que sus habilidades cognoscitivas aumentan.

4.2. Taxonomía de diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación NANDA Internacional

4.2.1. Antecedentes

Los diagnósticos de Enfermería se crearon en los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos de la persona de cuidado, utilizados en las escuelas de Enfermería de esa época, posteriormente en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional (Reina, 2010).

Siguiendo esta línea, a principios de los años 70, las enfermeras y enfermeros descubrieron el hecho de que los profesionales de la enfermería diagnosticaban y trataban de forma independiente aspectos y factores relacionados con la persona de cuidado y sus familias, que era distinto a los diagnósticos médicos y la instrucción de estos. Como consecuencia de ese descubrimiento hubo la necesidad de crear una taxonomía de los diagnósticos enfermeros y el establecimiento de la organización profesional que actualmente es conocida como NANDA Internacional (NANDA Internacional, 1986/2018-2020).

En ese sentido, así como los diagnósticos médicos, las enfermeras y los enfermeros, deberían tener un fundamento científico para documentar el enfoque holístico de la práctica de enfermería, y, asimismo, ayudar a los estudiantes a adquirir un cuerpo de conocimientos único, que sirva para recoger y analizar datos, para de esa manera actuar de manera congruente, oportuna y eficaz a las necesidades propias de cada usuario que solicita los servicios de esta disciplina. Hoy el desarrollo y refinamiento de la taxonomía está firmemente basado en un esfuerzo global de los profesionales de la enfermería, incluso en la actualidad de forma constante reciben propuestas de diagnósticos nuevos para su revisión NANDA Internacional, 1986/2018-2020).

4.3. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

La NIC es un lenguaje normalizado exhaustivo para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería, gracias a los continuos esfuerzos para llevar a cabo investigación y la aportación de la comunidad profesional, se ha ampliado y revisado la Clasificación (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 1987/2014). Entre los principales *términos de la clasificación* se ubican los siguientes:

Por un lado, la intervención de enfermería: *“Es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado de la persona enferma”* (Bulechek et al., 1987/2014 p.17). Incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos tanto a la persona, la familia y la comunidad, así como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados.

En primera instancia, una intervención de enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el o los pacientes, comprendiendo acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales, en resumidas cuentas, son más bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza. En segunda instancia, una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos del paciente, pero en beneficio de este, incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria, es decir, las acciones están encaminadas en apoyar la eficacia de las intervenciones de enfermería directas (Bulechek et al., 1987/2014).

En tercera instancia, se ubican las intervenciones a la comunidad (o de salud pública) dirigidas a fomentar y a mantener la salud de las poblaciones; es decir, pretenden el fomento y el mantenimiento de la salud, así como la prevención de enfermedades, e incluyen estrategias para dirigir el clima social y político en el que vive la población (Bulechek et al., 1987/2014).

Por otro lado, las actividades o acciones específicas que realizan los profesionales de enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Cabe mencionar, que para poner en práctica

una intervención se requiere una serie de actividades (Bulechek et al., 1987/2014).

Dentro de NIC se ubica una clasificación de las intervenciones de enfermería basadas en una Ordenación, sistematización y disposición de las actividades de enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones de intervenciones a estos grupos de actividades. La estructura de la taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campos, clases e intervenciones (Bulechek et al., 1987/2014).

4.3.1. Importancia de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

La NIC incluye toda la gama de intervenciones de enfermería desde la práctica general hasta las áreas de especialidades así como las intervenciones incluyen tratamiento y prevención de aspectos fisiológicos y psicosociales; tratamiento y prevención de enfermedades; fomento de la salud; intervenciones para individuos, familias, comunidades, y cuidados indirectos, se incluyen tanto intervenciones individuales como en equipo; pueden utilizarse en cualquier contexto práctico, independientemente de la orientación filosófica. Entre sus características principales se ubican las siguientes: está basado en la investigación, refleja la práctica y la investigación clínica actual, su estructura organizativa es de uso sencillo, contiene un lenguaje claro y con significado clínico, y establece un proceso y una estructura de mejora continua (Bulechek et al., 1987/2014).

La utilización de esta clasificación sirve de apoyo para avanzar en el conocimiento de los cuidados, facilitando la comprobación clínica de las intervenciones de enfermería. Además, se considera que el desarrollo y el uso continuo de esta clasificación co-ayudan a favorecer los conocimientos y los esfuerzos para que la disciplina de la Enfermería tenga mayor proyección en el campo de la política sanitaria (Bulechek et al., 1987/2014).

4.4. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud

Los profesionales de la enfermería que incorporan la NOC en su práctica profesional pueden cuantificar los cambios en el estado del paciente después de las intervenciones y asimismo, les permite monitorizar su evolución, los comentarios de los profesionales que hacen uso de las medidas de resultado en entornos clínicos han sido positivos y sus sugerencias han ayudado a mejorar la clasificación (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 1991/2014); además, que de ese modo, están apoyando al desarrollo científico de la disciplina de la que forman parte.

Para la enfermería la necesidad de definir los resultados del paciente en cuanto a los cuidados enfermeros continúa en aumento, el énfasis en la contención del gasto sanitario, en la seguridad y la necesidad de una práctica basada en la evidencia, continúa causando preocupación acerca de la efectividad de las intervenciones brindadas y la calidad de la asistencia sanitaria a los consumidores y organizaciones de la salud. Cabe mencionar, que la enfermería desempeña un papel clave en la provisión de cuidados seguros y el costo-beneficio, en cada entorno de la asistencia sanitaria; por tanto, es rescindible que se incluyan los datos enfermeros en la evaluación de la efectividad de la atención sanitaria (Moorhead et al., 1991/2014).

4.4.1. Importancia de la Clasificación de Resultados Sensibles a la Práctica de Enfermería

Entre los principales factores sobre la importancia del uso de NOC se ubica el hecho de que esta basado en la investigación, cuenta con un desarrollo inductivo y deductivo, y se realizó con base en la práctica clínica y en la investigación (Moorhead et al., 1991/2014). Como consecuencia de esos elementos NOC ha cobrado un valor significativo en la práctica de la enfermería no solo en México sino de forma mundial, logrando ser uno de los tres elementos base de la disciplina.

4.4.2. Definición de términos

NOC cuenta con una serie de términos que facilitan su uso dentro de la práctica enfermera, se ubican los siguientes (Moorhead et al., 1991/2014):

- **Resultados del paciente sensibles a la práctica de enfermería.** Estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención o intervenciones de enfermería, cada resultado tiene un grupo asociado de indicadores que se usan para determinar el estado del paciente respecto al resultado, para ser medido, el resultado necesita la identificación de una serie de indicadores más específicos.
- **Indicador de resultado.** Estado, conducta o percepción más concreta de una persona, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado. Los indicadores de resultados del paciente sensible a la práctica de enfermería, caracterizan el estado del paciente, la familia o de la comunidad en el nivel concreto. Algunos ejemplos de indicadores son “Utiliza estrategias para potenciar la salud”, “Mantiene las rutinas familiares habituales” e “Ingesta adecuada de líquidos”.
- **Medida.** Escala de medida tipo Likert de 5 puntos que cuantifica el resultado del paciente o el estado del indicador en un continuo, desde menos a más deseable y proporciona una puntuación en un momento determinado. La medida mostrará un continuo, tal como 1 = gravemente comprometido, 2 = sustancialmente comprometido, 3 = moderadamente comprometido, 4 = levemente comprometido y 5 = no comprometido. (p.10)

En conclusión, la taxonomía (NOC) es la “*organización sistemática de resultados en grupos o categorías basados en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición*” (Moorhead et al., 1991/2014, p.10).

La terminología estandarizada de los resultados sensibles a la práctica de enfermería para ser utilizada por enfermeras y enfermeros de diferentes especialidades y entornos de la práctica con el fin de identificar cambios en el estado del paciente, después de la intervención. Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para medir el estado de un paciente, cuidador,

familia o comunidad antes y después de una intervención (Moorhead et al., 1991/2014).

4.5. Patología o condición: Cáncer de ovario

El cáncer de ovario es una neoplasia en la que aproximadamente el 80% de los casos responde al tratamiento primario, sin embargo, presenta una elevada frecuencia de recaída (60 a 70%), debido a que el 75% de los casos son diagnosticados en estadios III y IV, favorecido por sintomatología poco específica, y con frecuencia, el desconocimiento de la sintomatología inicial por el personal de salud y la población en general, dificultan el diagnóstico oportuno por lo que se considera que faltan programas de tamizaje (SSP, 2020).

En esta neoplasia, los síntomas suelen ser encontrados de manera incidental al realizar un examen ginecológico o ecográfico de rutina, ya que incluso en estadios avanzados los síntomas pueden ser inespecíficos. México, por ejemplo, no cuenta con una estrategia de tamizaje que permita el diagnóstico temprano y oportuno de esta patología (SSP, 2020).

Por otro lado, debido a su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad el cáncer de ovario constituye un importante problema de salud pública en México, además, debido al incremento en la tasa de mortalidad y por generar elevados costos para las mujeres, sus familias y al sector salud, es importante conocer esta neoplasia para establecer un diagnóstico precoz, así como un tratamiento adecuado y oportuno en caso de padecer la enfermedad (SSP, 2020).

Concepto: Cáncer de ovario

El cáncer de ovario es un tumor maligno que se caracteriza por la pérdida de control del crecimiento, desarrollo y multiplicación de las células ováricas con capacidad de producir metástasis inicialmente en el peritoneo y ganglio loco-regionales y posteriormente a distancia, a casi cualquier sitio del organismo (SSP, 2020).

4.5.1. Etiología

La causa de cáncer de ovario se considera multifactorial, es decir, las alteraciones que dan lugar al cáncer de ovario se transmiten en la mitosis de una célula a otra, pero no se transmiten de padres a hijos; para ello debe existir una predisposición o susceptibilidad a la mutación en la línea germinal o una susceptibilidad hereditaria. Asimismo, la causa y mecanismo del cáncer hereditario son los espermatozoides de los padres, sin embargo, su origen no ha sido aclarado y existen causas múltiples. De ahí, que se considera que el cáncer de ovario es una enfermedad que pertenece al grupo de crónicas y degenerativas (Novoa, 2014).

Por un lado, entre los principales factores de riesgo se encuentra el vitalicio, en el cáncer de ovario varía de 1.3% (1/71) a 1.9% (1/52), en la población en general y hasta 45% en mujeres con mutaciones en el gen *BRCA1*. Para estar en concordancia con los objetivos de la medicina de precisión, la creciente base de evidencia sobre factores de riesgo genéticos y epidemiológicos permite que el riesgo se personalice aún más y represente una mejor información para el diseño de métodos preventivos y de detección (Menon, Karpinskyj y Gentry, 2018).

Por otro lado, la predisposición genética debido a las condiciones hereditarias representa de un 5 a un 15% de los casos de cáncer de ovario. A pesar de la creciente lista de genes predisponentes para este, aproximadamente el 60% del excedente de riesgo familiar permanece sin explicación. Hasta el momento, la identificación de las portadoras de la mutación se ha basado en la historia familiar, que tiene poca sensibilidad (Menon et al., 2018).

Mientras que dentro de los factores no hereditarios se pueden encontrar el ser mayor de 45 años y la menarquia temprana con riesgo relativo 1.0 (IC 95% 0.6-1.3). La menopausia tardía con riesgo relativo 2.5 (IC 95% 1.1-5.8). La nuliparidad; es decir, que el embarazo reduce el riesgo de cáncer de ovario (RM 0.78 por cada embarazo a término) y tiene un riesgo relativo de 1.7 (95% IC 1.1-2.8). así como antecedente personal de cáncer de mama. A su vez, el tratamiento por esterilidad, sin embarazo a término y el tratamiento con citrato de clomifeno se asocia con un riesgo relativo de 2.3 (IC 95% 0.5-11.4) comparado con mujeres infértiles que no lo han tomado. La obesidad tiene un

riesgo relativo de 2.05, en mujeres con alto IMC>30, después de los 18 años. La terapia de reemplazo hormonal por más de cinco años tiene un riesgo relativo de 1.5 (IC 95% 0.9-2.6). Así como el tabaquismo, el uso de talco y exposición al asbesto (Novoa, 2014).

4.5.2. Fisiopatología

Los ovarios son glándulas reproductoras de óvulos, estos se encuentran en cada lado del útero, son glándulas que solamente las mujeres las tienen y producen los óvulos para la reproducción; los óvulos se desplazan desde los ovarios a través de las trompas de Falopio y hacia el útero donde el óvulo fertilizado se establece y se desarrolla en un feto. Además, los ovarios son la fuente principal de las hormonas femeninas, el estrógeno y la progesterona (Sociedad Americana Contra el Cáncer [SACC], 2018).

Quistes del Cuerpo Lúteo

Tan pronto como el folículo se abre para liberar al óvulo, la bolsa folicular vacía se contrae y forma una masa de células llamadas cuerpo lúteo. El cuerpo lúteo hace que las hormonas se preparen para el próximo óvulo del próximo ciclo menstrual. Los quistes del cuerpo lúteo se forman cuando la bolsa no se encoge, también pueden sangrar o presionar el ovario y causar dolor. Algunos de los medicamentos utilizados para provocar la ovulación pueden aumentar el riesgo de que se formen estos quistes (Martínez, 2020).

Diagnóstico

Por lo general, el cáncer de ovario se manifiesta por el aumento de volumen del abdomen. Los síntomas son vagos y con frecuencia pasa inadvertido como un tumor anexial porque las molestias son poco intensas y suelen confundir a la enferma y al mismo facultativo con situaciones gastrointestinales y de carácter falsamente originadas en el aparato urinario. Cuando la neoplasia maligna del ovario se manifiesta, en el 79% de los casos se diagnostica en etapas avanzadas ya que los síntomas dependen del órgano afectado e invadido. En ese momento las mujeres manifiestan síntomas

digestivos intensos, con dolor abdominal bajo o pélvico, trastornos digestivos periódicos de estreñimiento y diarreas; además, sangrado transvaginal (Novoa, 2014).

Cuadro clínico (signos y síntomas)

En sus estadios iniciales, el cáncer de ovario es generalmente asintomático, pero, los síntomas más frecuentes de cáncer de ovario son (SSP, 2020):

- Dolor abdominal o pélvico (abdomen inferior).
- Aumento del tamaño del abdomen o distensión abdominal persistente.
- Necesidad de orinar con frecuencia o urgencia.
- Sensación de plenitud o llenura después de beber o comer una pequeña cantidad de líquido o alimento.
- Cambios en los hábitos intestinales.
- Sangrado vaginal en la postmenopausia o entre los períodos. Aumento o pérdida de peso.
- Lumbalgia (dolor bajo de espalda).
- Indigestión o náuseas.
- Cansancio excesivo.
- Dolor durante las relaciones sexuales o sangrado posterior al coito. (p.11)

Diagnóstico Diferencial

El dolor abdomino-pélvico es una entidad muy compleja que en ocasiones es de difícil diagnóstico; requiere un análisis profundo para determinar sus causas y el tratamiento adecuado debido a que implica diversos órganos exigiendo en ocasiones una actuación rápida que salvaguarde la vida del paciente. Entre los diagnósticos más asociados a este tenemos infecciones pélvicas, embarazos ectópicos, quistes, miomas e infecciones urinarias (Martínez, 2020).

Tratamiento

En la actualidad hay varias opciones para el tratamiento de quistes de ovario; la selección de una opción depende de muchos factores, como

antecedentes familiares de cáncer de ovario, el tipo de quiste, si tiene síntomas, el tamaño del quiste y la edad. Para esto, se presentan de igual manera los quistes ováricos funcionales que generalmente no necesitan tratamiento ya que suelen desaparecer después de 8 a 12 semanas de forma espontánea. Si con frecuencia se tienen quistes ováricos, su proveedor puede recetarle píldoras anticonceptivas para reducir el riesgo de nuevos quistes, sin embargo, no disminuyen el tamaño de los quistes existentes (Martínez, 2020).

Actualmente se están probando nuevos medicamentos de quimioterapia y combinaciones de medicamentos, sobre todo cuando los medicamentos cisplatino y carboplatino dejan de surtir efecto. Los investigadores buscan maneras de hacer que estos cánceres sean sensibles a estos medicamentos nuevamente, planteando las siguientes estrategias (SACC, 2018):

- Estudiar con detenimiento qué mecanismos específicos y proteínas están implicadas en provocar que las células del cáncer de ovario sean resistentes.
- Desarrollar medicamentos que pueden evitar que las células cancerosas se vuelvan resistentes a la quimioterapia al bloquear los canales que bombean la quimioterapia fuera de la célula de cáncer.
- Tratar de determinar las peculiaridades de ciertas células cancerosas en las que el ADN no está afectado por la quimioterapia, lo que permite que sigan creciendo. (p.12)

Según Martínez (2020) existe la posibilidad de que se requiera cirugía para extirpar el quiste o el ovario para verificar que no sea cáncer de ovario, es de hecho muy probable que se necesite cirugía para:

- Quistes ováricos complejos que no desaparecen.
- Quistes que estén causando síntomas y no desaparecen.
- Quistes que aumentan de tamaño.
- Quistes ováricos que sean mayores de 5-10 centímetros.
- Mujeres menopáusicas o que estén cerca de la menopausia.
- Si el quiste requiere cirugía, el médico puede extirpar solo el quiste o todo el ovario (p. 6).

Mientras, que la laparoscopia el médico realiza un corte muy pequeño por encima y por debajo del ombligo para buscar dentro del área pélvica y extraer el

quiste, este método generalmente se recomienda para quistes pequeños que parecen benignos en la ecografía (Martínez, 2020).

Prevención

Los niveles de prevención que podemos aplicar para cáncer de ovario son según SSP (2020) la prevención primaria y la secundaria; la primera consiste en:

- Promover estilos de vida saludables.
- La disuasión del consumo de tabaco.
- El control del consumo excesivo de alcohol.
- La actividad física de 30 a 60 minutos de todos los días de la semana.
- La adopción de una dieta rica en frutas y verduras y baja en grasas animales, en la que el consumo total de energía solo el 20% corresponda a grasas y menos del 10% sea de origen animal.
- El consumo de ácido fólico. Difusión de factores de riesgo.

Mientras que la segunda se basa en:

- Promover el diagnóstico temprano de ovario en mujeres con sintomatología ya que no hay forma específica de prevenir los quistes de cáncer de ovarios. Lo importante es realizarse exámenes pélvicos regulares para ayudar a garantizar que los cambios en los ovarios se diagnostiquen lo antes posible. Es muy importante prestar atención a los cambios del ciclo menstrual, como síntomas inusuales, especialmente aquellos que persisten por más de algunos ciclos, por lo que es importante una valoración médica, así mismo es primordial el promover un estilo de vida saludable. (p.9)

V. Valoración

Primera etapa del Proceso Enfermero

La primera etapa del proceso enfermero es la valoración, consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación y la entrevista, ambos enfocados hacia las necesidades de cuidado de enfermería que permiten el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias; asimismo, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud -

enfermedad de la persona, además, de los datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas (Reina, 2010).

Esta etapa se considera de gran relevancia ya que el profesional de enfermería implementa estrategias que permiten la interacción con la persona de cuidado dentro de un marco del código de ética en base a principios y valores, obteniendo así la información de la persona de cuidado, considerando la Clasificación de Dominios y clases de la taxonomía de North American Nursing Diagnosis Association NANDA (Reina, 2010).

Por tanto, el realizar una valoración con profundidad para validar y priorizar los diagnósticos representa el sello de calidad de la enfermería profesional. Por lo tanto, aunque pueda parecer sencilla, la estandarización de los diagnósticos enfermeros, sin una valoración a menudo conduce a diagnósticos imprecisos, resultados inapropiados e intervenciones ineficaces, ya que se basan en diagnósticos que no son relevantes para el paciente y pueden llevarle a ignorar los diagnósticos enfermeros más importantes para la persona de cuidado, familia o comunidad (NANDA Internacional, 1986/2018-2020).

Es importante considerar el marco de referencia en que se apoya el profesional de la enfermería para llevar a cabo la valoración de enfermería en forma minuciosa, para lo cual se debería usar un marco de valoración enfermero, basado en la evidencia para obtener un diagnóstico enfermero preciso y así mismo los cuidados que se otorguen al paciente sean seguros y de calidad. Este marco debería también representar la disciplina del profesional de enfermería que lo aplique, en este caso, el formulario de valoración debería representar el conocimiento de la disciplina (NANDA Internacional, 1986/2018-2020).

VI. Diagnóstico de enfermería

Segunda Etapa del Proceso Enfermero

El diagnóstico de enfermería es la segunda etapa del proceso de enfermería, la cual consiste en la identificación de los problemas de salud de la persona de cuidado, familia y /o comunidad, por el profesional de Enfermería, basado en los patrones funcionales alterados, los cuales se apoyan en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería que nos permite

el ordenamiento y análisis de los datos, que incluye diagnósticos reales y potenciales, así como los diagnósticos positivos o protectores y los factores que contribuyen al problema, conduciéndonos al plan de intervenciones (Reina, 2010).

En otras palabras, un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o susceptibilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad (NANDA Internacional, 1986/2018-2020). Entre los principales aspectos de un diagnóstico enfermero se ubican:

- **Etiqueta diagnóstica:** Proporciona un nombre para el diagnóstico que refleja, como mínimo, el foco del diagnóstico (Eje 1) y el juicio enfermero (Eje 3). Es un término o frase concisa que representa un patrón o pistas relacionadas. Puede incluir modificadores. Ya que la definición proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de otros diagnósticos similares (NANDA Internacional, 1986/2018-2020).
- **Características definitorias:** Evidencias o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de diagnósticos focalizados en problemas, de promoción de la salud o síndromes. Esto no solo implica aquellas cosas que las enfermeras pueden ver, también aquellas que son oídas (por ejemplo, lo que el paciente/familia nos dice), y aquello que se toca o que huele (NANDA Internacional, 1986/2018-2020).
- **Factores de riesgo:** Factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable. Solo los diagnósticos de riesgo presentan factores de riesgo (NANDA Internacional, 1986/2018-2020).
- **Factores relacionados:** Son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero, estos factores se pueden describir como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o conducentes al diagnóstico,

solo los diagnósticos enfermeros focalizados en el problema y los síndromes deben presentar factores relacionados; los diagnósticos de promoción de la salud pueden presentar factores relacionados si estos contribuyen a clarificar el diagnóstico (NANDA Internacional, 1986/2018-2020).

- Población de riesgo: Grupos de personas que comparten alguna característica que hace a cada miembro susceptible de una determinada respuesta humana. Estas son características no modificables por la enfermera profesional (NANDA Internacional, 1986/2018-2020).
- Problemas asociados: Diagnósticos médicos, procedimientos lesivos, dispositivos médicos o agentes farmacológicos; estos problemas no son modificables de forma independiente por la enfermera profesional (NANDA Internacional, 1986/2018-2020).

Para este fin se desarrolla la metodología de las intervenciones estandarizadas del cuidado de enfermería considerando los Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación NANDA Internacional, para lo cual se realiza una breve descripción del desarrollo de la metodología de las intervenciones estandarizadas del cuidado de la persona con cáncer de ovario.

VII. Método

Se desarrolla investigación documental con la finalidad de implementar intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario, la cual se lleva a cabo a través de la revisión del proceso enfermero, metodología fundamental de la disciplina de enfermería, así mismo se realiza la revisión documental de los artículos sobre el proceso enfermero en el cuidado de la persona con cáncer de ovario.

Lo anterior, con la finalidad de llevar a cabo la identificación y selección de las características definitorias y/o datos significativos, propuestas por la NANDA vs. Artículos revisados y seleccionados de acuerdo al conocimiento y experiencia en el ejercicio profesional (Apéndice 1).

Así mismo, se lleva a cabo el análisis de la clasificación NANDA, la taxonomía dominio/clase con el fin de formular los diagnósticos de enfermería,

identificando los datos reales, potenciales y los factores que contribuyen al problema, permitiendo la implementación del plan de intervenciones; para tal efecto se realiza el proceso de ponderación diagnóstica a través de la revisión documental de la clasificación NANDA vs. Artículos revisados del proceso enfermero en el cuidado de la persona con cáncer de ovario, estableciendo los diagnósticos de enfermería, teniendo como estrategia, la tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería (“Apéndice 2” al “Apéndice 7”).

Con base a los resultados de la ponderación diagnóstica, se desarrolla las intervenciones estandarizadas del cuidado de la persona con cáncer de ovario, considerando el lenguaje estandarizado de la Taxonomía NANDA, NIC (Clasificación de intervenciones de enfermería) y NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería).

Como resultado de la metodología desarrollada para la implementación de las Intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con de cáncer de ovario, se obtienen las etiquetas diagnósticas seleccionada, para lo cual se hace uso del cuadro de selección de etiquetas diagnósticas de enfermería: 1 temor, 2 dolor agudo, 3 náusea, 4 riesgo de desequilibrio electrolítico y 5 desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales, contribuyendo en la calidad y seguridad del cuidado de la persona con esta patología y así favorecer el desarrollo de habilidades y la capacidad del pensamiento crítico del profesional de enfermería, impulsando su aplicación en las instituciones de salud y educativas en el país.

VIII. Resultados

8.1. Plan de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario

A continuación, se presentan los planes de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario, esto de acuerdo a las necesidades del cuidado de la persona con cáncer de ovario (“Tabla 1” a la “Tabla 5”):

Tabla 1.

Plan de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario: Diagnóstico no. 1 temor

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA									
Diagnóstico: Código diagnóstico 00148 Temor Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro Factores relacionados: Respuesta aprendida a la amenaza / Condición asociada: Déficit sensorial									
Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación					
-Aprensión -Tensión muscular -Náuseas -Palidez -Disminución de la seguridad en sí mismo -Identifica el objeto del temor -Fatiga	Dominio 9 Clase 2 Concepto: temor	Resultados: (1404) Autocontrol del miedo Indicadores: (140407) Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo Indicadores: (140403) Busca información para reducir el miedo	Intervenciones (6040) Terapia de relajación Actividades -Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva). -Evaluar el nivel de energía actual disminuido, la incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan interferir con la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación -Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada. -Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida. -Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.	Puntuación Diana <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <i>Mantener a 4 Aumentar a 5</i> Nota: La evaluación no se requiere en esta modalidad de proceso, ésta se realiza con fines didácticos.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5					

Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
		<p><i>Puntuación Diana</i></p> <table border="1" data-bbox="678 338 1006 715"> <tr> <td>Nunca Demostrado</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Raramente Demostrado</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>A veces Demostrado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Frecuentemente Demostrado</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Siempre Demostrado</td> <td>5</td> </tr> </table>	Nunca Demostrado	1	Raramente Demostrado	2	A veces Demostrado	3	Frecuentemente Demostrado	4	Siempre Demostrado	5	<p>-Individualizar el contenido de la intervención de relajación</p> <p>-Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</p> <p>- Fomentar el control cuando se realice la técnica de relajación.</p> <p>-Evaluar regularmente las indicaciones que refiera el paciente sobre la relajación conseguida, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura de la piel, según corresponda.</p> <p>-Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede.</p> <p>-Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.</p> <p style="text-align: center;">Intervenciones (5270) Apoyo emocional</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <p>-Apoyar el uso de mecanismos de defensas adecuados.</p> <p>- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos de temor y miedo</p> <p>-Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de temor y miedo.</p> <p>-Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</p>	
Nunca Demostrado	1													
Raramente Demostrado	2													
A veces Demostrado	3													
Frecuentemente Demostrado	4													
Siempre Demostrado	5													

Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
			<p>-Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuestas habituales a los miedos.</p> <p>-Favorecer la conversación como medio de disminuir la respuesta emocional.</p> <p>-Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mayor ansiedad.</p> <p>-Comentar la experiencia emocional con la paciente.</p> <p style="text-align: center;">Intervenciones</p> <p style="text-align: center;">(2240) Manejo de la quimioterapia.</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <p>-Proporcionar información concreta objetiva relacionada con los efectos del tratamiento para reducir la incertidumbre, el miedo y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento.</p> <p>-Proporcionar información al paciente y a la familia acerca del funcionamiento de los fármacos antineoplásicos sobre las células malignas.</p> <p>-Instruir al paciente y a la familia acerca de los efectos de la quimioterapia sobre el funcionamiento de la médula ósea.</p> <p>-Instruir al paciente y a la familia sobre los modos de prevención de infecciones, tales como evitar las multitudes y poner en práctica, buenas técnicas de higiene y lavado de manos.</p>	

Intervenciones Estandarizadas en el Cuidado de la Persona con Cáncer de Ovario

Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
			-Tranquilizar al paciente explicándole que el pelo volverá a crecer una vez finalizado el tratamiento, según corresponda. -Enseñar al paciente y a la familia a monitorizar la toxicidad de órganos, según lo determine el tipo de tratamiento utilizado.	

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2018-2020); Bulechek y Butcher (1987/2014); y Moorhead y Johnson (1991/2014).

Tabla 2.

Plan de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario: Diagnóstico II dolor agudo

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA									
<p>Diagnóstico: Dolor agudo Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses. Factores relacionados: Agentes lesivos químicos Problemas asociados: Régimen terapéutico</p>									
Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación					
-Cambio en el apetito -Cambio en parámetros fisiológicos -Diaforesis -Expresión facial de dolor -Postura de evitación del dolor	Dominio 12 Confort Clase 1 Concepto: dolor	<p>Resultado: (1605) Control del dolor</p> <p>Indicadores: (160505) Utiliza los analgésicos de forma apropiada</p> <p>Indicadores: (160511) Refiere dolor controlado</p>	<p>Intervenciones (2210) administración de analgésicos Control de Fármacos Para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos.</p> <p>ACTIVIDADES -Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. -Comprobar las indicaciones médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. -Comprobar el historial de alergias a medicamentos. -Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales. -Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar</p>	<p>Puntuación Diana</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Mantener a 3 Aumentar a 4</p> <p>Nota: La evaluación no se requiere en esta modalidad de proceso, ésta se realiza con fines didácticos</p>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5					

Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
		<p><i>Puntuación Diana</i></p> <table border="1" data-bbox="692 411 1001 791"> <tr> <td>Nunca Demostrado</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Raramente Demostrado</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>A veces Demostrado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Frecuentemente Demostrado</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Siempre Demostrado</td> <td>5</td> </tr> </table>	Nunca Demostrado	1	Raramente Demostrado	2	A veces Demostrado	3	Frecuentemente Demostrado	4	Siempre Demostrado	5	<p>la respuesta a la analgesia.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso. -Aplicar los cinco correctos en la administración de medicamentos -Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso <p style="text-align: center;">Intervenciones (1400)</p> <p style="text-align: center;">Manejo del dolor</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. -Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente. -Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios que trabajen con el paciente. -Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. 	
Nunca Demostrado	1													
Raramente Demostrado	2													
A veces Demostrado	3													
Frecuentemente Demostrado	4													
Siempre Demostrado	5													

Intervenciones Estandarizadas en el Cuidado de la Persona con Cáncer de Ovario

Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
			-Informara otros profesionales sanitarios/ familiares sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.	

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2018-2020); Bulechek y Butcher (1987/2014); y Moorhead y Johnson (1991/2014).

Tabla 3.

Plan de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario: Diagnóstico III náuseas.

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA									
<p>Diagnóstico: Código diagnóstico 00134. Náuseas</p> <p>Definición: Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.</p> <p>Factores relacionados: Exposición a toxinas, temor, Ansiedad / Condición asociada: Irritación gastrointestinal, Régimen terapéutico, tumor localizado</p>									
Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación					
-Aumento de la salivación -Aversión hacia los alimentos -Sensación de náuseas -Palidez -Hipotensión -Mareo -Fatiga	Dominio 12 Clase 1 Concepto Nauseas	<p>Resultados: (1618) Control de náuseas y vómitos</p> <p>Indicadores: (161808) Utiliza medicación antiemética según recomendación</p>	<p>Intervenciones Fomento de la comodidad física Intervenciones para fomentar la comodidad (1450) Manejo de las náuseas</p> <p>Actividades -Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible -Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas. -Identificar los factores ejemplo medicación y procedimientos que pueden causar o contribuir a las náuseas. -Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y desconocimiento). -Administrar una dieta con alimentos líquidos fríos, sin olor y sin color, según sea conveniente.</p>	<p>Puntuación Diana</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><i>Mantener a 4 aumentar a 5</i></p> <p>Nota: La evaluación no se requiere en esta modalidad de proceso, ésta se realiza con fines didácticos</p>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5					

Intervenciones Estandarizadas en el Cuidado de la Persona con Cáncer de Ovario

Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
		<p><i>Puntuación Diana</i></p> <table border="1" data-bbox="687 376 1001 751"> <tr> <td>Nunca demostrado</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Raramente demostrado</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>A veces demostrado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Frecuentemente demostrado</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Siempre demostrado</td> <td>5</td> </tr> </table>	Nunca demostrado	1	Raramente demostrado	2	A veces demostrado	3	Frecuentemente demostrado	4	Siempre demostrado	5	<p>-Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas.</p>	
Nunca demostrado	1													
Raramente demostrado	2													
A veces demostrado	3													
Frecuentemente demostrado	4													
Siempre demostrado	5													

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2018-2020); Bulechek y Butcher (1987/2014); y Moorhead y Johnson (1991/2014).

Tabla 4.

Plan de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario: Diagnóstico IV riesgo de desequilibrio electrolítico

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA																			
Diagnóstico: Código diagnóstico 00195: Riesgo de desequilibrio electrolítico																			
Definición: Susceptible de cambios en los niveles de electrolitos séricos, que pueden comprometer la salud.																			
Factores relacionados: - Volumen de líquidos insuficiente / Condición asociada: Régimen terapéutico																			
Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación															
-Debilidad -Disminución de la presión arterial -Membranas mucosas secas -Disminución de la turgencia de la lengua -Nauseas -Piel seca	Dominio 2	Resultado: (06069) Equilibrio Electrolítico Indicadores: (060607) del potasio sérico <i>Puntuación Diana</i> <table border="1"> <tr><td>Grave</td><td>1</td></tr> <tr><td>Sustancial</td><td>2</td></tr> <tr><td>Moderada</td><td>3</td></tr> <tr><td>Leve</td><td>4</td></tr> <tr><td>Sin desviación</td><td>5</td></tr> </table> Resultado: (0601). Equilibrio hídrico	Grave	1	Sustancial	2	Moderada	3	Leve	4	Sin desviación	5	Intervenciones Fisiológico: básico (2080) Manejo de líquidos/electrolitos Actividades -Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos. -Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), según corresponda. -Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos orales según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno. -Llevar un registro preciso de entradas y salidas. -Vigilar los signos vitales, según corresponda. -Explorar las mucosas bucales, la esclera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del	Puntuación Diana <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> <i>Mantener a 3</i> <i>Aumentar a 4</i> Nota: La evaluación no se requiere en esta modalidad de proceso, ésta se realiza con fines didácticos	1	2	3	4	5
	Grave		1																
Sustancial	2																		
Moderada	3																		
Leve	4																		
Sin desviación	5																		
1	2	3	4	5															
Clase 5 1: Equilibrio electrolítico																			

Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
		<p>Indicadores: (060117). Humedad de membranas mucosas</p>	<p>equilibrio hidroelectrolítico (sequedad, cianosis e ictericia). -Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).</p> <p>Intervenciones (2000) Manejo de electrolitos</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponer una dieta adecuada para el desequilibrio de electrolitos del paciente (alimentos ricos en potasio, pobres en sodio y bajos en hidratos de carbono). -Suministrar líquidos según prescripción, sí es adecuado. -Administrar electrolitos suplementarios (vía oral, nasogástrica según prescripción, si correspondiera. -Enseñar al paciente y a la familia el tipo, causa y tratamiento del desequilibrio de electrolitos según corresponda. -Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita. -Consultar con el médico si persistieran o empeoraran los signos y síntomas del desequilibrio de electrolitos. <p>Intervenciones Fisiológico: básico (4120) Manejo de líquidos</p>	

Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
			<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso. -Administrar líquidos según corresponda. -Pesar a diario y controlar la evolución. -Realizar un registro preciso de entradas y salidas. -Monitorizar los signos vitales, según corresponda. -Monitorizar el estado nutricional. 	

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2018-2020); Bulechek y Butcher (1987/2014); y Moorhead y Johnson (1991/2014).

Tabla 5

Plan de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario: Diagnóstico V desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA										
Diagnóstico: Código diagnóstico 00002 . <i>Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales</i>										
Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.										
Factores relacionados: Ingesta diaria insuficiente/ Condición asociada: Incapacidad para ingerir los alimentos recomendadas										
Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación						
-Incapacidad percibida para ingerir alimentos -Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR) -Interés insuficiente por los alimentos -Palidez de mucosas	Dominio 2 Clase 1 Equilibrio nutricional	Resultados: (1004). Estado Nutricional	Intervenciones Fisiológico: básico Apoyo nutricional: Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional Intervenciones (1100) Manejo de la nutrición Actividades -Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. -Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética. -Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. -Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.	Puntuación Diana <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> Mantener a 4 Aumentar a 5 Nota: La evaluación no se requiere en esta modalidad de proceso, pero que se realiza con fines didácticos	1	2	3	4	5	
		1		2	3	4	5			
Indicadores (100401). Ingesta de nutrientes <i>Puntuación Diana</i> <table border="1"> <tr> <td>Grave</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancial</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderada</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Leve</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sin desviación</td> <td>5</td> </tr> </table>	Grave	1	Sustancial	2	Moderada	3	Leve	4	Sin desviación	5
Grave	1									
Sustancial	2									
Moderada	3									
Leve	4									
Sin desviación	5									

Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
			<p style="text-align: center;">Intervenciones (5246) Asesoramiento nutricional</p> <p style="text-align: center;">Actividades -Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. -Establecer la duración de la relación de asesoramiento.</p> <p style="text-align: center;">Intervenciones (5614) Enseñanza: dieta prescrita</p> <p style="text-align: center;">Actividades. -Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos). -Enseñar al paciente a controlar las calorías y la ingesta dietética.</p> <p style="text-align: center;">Intervenciones (1240) Ayuda para ganar peso</p> <p style="text-align: center;">Actividades -Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.</p>	

Características definitorias	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
			<p>-Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.</p> <p style="text-align: center;">Intervenciones (1160)</p> <p style="text-align: center;">Monitorización nutricional</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso. -Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria. -Observar la presencia de náuseas y vómitos. -Monitorizar la ingesta calórica y dietética. -Identificar los cambios recientes de apetito y actividad. 	

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2018-2020); Bulechek y Butcher (1987/2014); y Moorhead y Johnson (1991/2014).

Conclusiones

De acuerdo a la investigación documental realizada sobre la metodología de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con cáncer de ovario, se obtienen como resultados el plan de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con esta patología, con las etiquetas diagnósticas sobre: Temor, dolor agudo, náuseas, riesgo de desequilibrio electrolítico y desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales, considerando esta una gran oportunidad, el proponerlas para su revisión, análisis y su aprobación para su aplicación en la persona con cáncer de ovario, esto con el propósito de contribuir en la seguridad y calidad en el cuidado de enfermería de la persona con esta patología, ya que en los servicios de enfermería del sector salud, no se dispone del plan de intervenciones estandarizadas en el cuidado de la persona con esta patología y así mismo, fortalecer la autonomía y el ejercicio de la disciplina de enfermería.

Propuesta

El diseño de los planes de intervenciones estandarizadas desarrollados en este trabajo tiene el objetivo de ser parte de una propuesta dirigida a la Comisión Permanente de Enfermería Nacional, para su revisión, análisis y aprobación, para que, con ello, se de paso a la implementación en los servicios de enfermería de las instituciones de salud y educativas del país. Por ello, se estaría contribuyendo en la seguridad y calidad de los cuidados de enfermería a la persona, familia y comunidad, además, de asegurar la evolución de estándares del cuidado, la capacidad de habilidades y el desarrollo de conocimientos propios de la profesión.

Referencias

- Arricivita, A.M. (2017). Recurso digital que sirva de soporte emocional y terapéutico para mujeres con cáncer de ovario. [Tesis de licenciatura]. Universidad de la Laguna. Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5354/RECURSO%20DIGITAL%20QUE%20SIRVA%20DE%20SOPORTE%20EMOCIONAL%20Y%20TERAPEUTICO%20PARA%20MUJERES%20CON%20CANCER%20DE%20OVARIO..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman J. y Wagner, C. (1987/2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (6ª ed.). España: ELSEVIER
- Cadena, K.Y. (2018). *Tema del caso clínico: ooforectomía total bilateral*. [Examen Complexivo de licenciatura]. Universidad Técnica de Babahoyo. Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/2669>
- González, M.G. y Monroy, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Revista Universitaria*, 13 (2), 124-129. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02-00124.pdf>
- Martínez, W.E. (2020). *Proceso de atención de enfermería en pacientes con diagnóstico de quiste bilateral de ovarios*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Técnica de Babahoyo. Recuperado de <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/7466?show=full>
- Menon, U., Karpinskyj, C. y Gentry, A. (2018). Prevención y detección del cáncer ovárico. *Obstet Gynecol*, 131, 909-27. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615012246>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. y Swanson, E. (1991/2014). *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)* (5ª ed.). España: ELSEVIER
- Nanda Internacional. (1986/2018-2020). *Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación* (11ª ed.). España: ELSEVIER
- Novoa, A. (2014). Historia del cáncer de ovario. *Ginecol Obstet Mex*, 82 (9), 613-622. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom149f.pdf>

- Poyo, A., (2016). Plan de cuidados de Enfermería en el Síndrome de Hiperestimulación Ovárica. *Revista Enfermería CyL*, 8(2), 10-17. Recuperado de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/articulo/view/180/156>
- Reina, N.C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Revista Umbral Científico*, 17 (1), 18-23. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- Rivas, J.G., Álvarez, M.E., Cruz, C., Martínez, F.J., Aguilera, M. y Ibáñez, D.R. (2008). Etiquetas diagnósticas en pacientes hospitalizadas con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino. *Revista CONAMED*, 13 (2), 23-29. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80780>
- Secretaria de Salud de Puebla [SSP]. (2020). *Día Mundial del Cáncer de ovario*. Recuperado de <http://ss.puebla.gob.mx/cuidados/mujeres-y-hombres/item/839-dia-mundial-del-cancer-de-ovario>
- Secretaria de Salud. (2012). *Catalogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería*. Recuperado de http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/catalogo_planes_cuidado_enfermeria.pdf
- Secretaría de Salud, Dirección de Enfermería. DGCEs. Hernández-Cárdenas (2012), Plan de Cuidados de Enfermería http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/catalogo_planes_cuidado_enfermeria.pdf
- Secretaría de Salud, Dirección de Enfermería. DGCEs. Morales López. (2012), Plan de Cuidados de Enfermería. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/catalogo_planes_cuidado_enfermeria.pdf
- Secretaría de Salud, Dirección de Enfermería DGCEs. Ruíz- Carrillo (2012), Plan de Cuidados de Enfermería Dirección. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/catalogo_planes_cuidado_enfermeria.pdf

Secretaría de Salud, Dirección de Enfermería. DGCEs. AlmazánCastillo (2014). Obtenido de

Sociedad Americana contra el cáncer [SACC]. (2018). *Acerca del cáncer de ovario*. Recuperado de https://www.google.com/search?q=Sociedad+Americana+contra+el+c%C3%A1ncer+%5BSACC%5D.+&rlz=1C1CHBF_esMX923MX923&aq=chrome..69i57.635j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8#

Vilches, B. (2015). *Factores relacionados con el cáncer de ovario en el hospital de la mujer de Aguascalientes*. [Tesis de especialidad], Universidad Autónoma de Aguascalientes. Recuperado de <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/318>

Apéndice

Apéndice no.1 características definitorias propuestas por NANDA vs Artículos revisados

Cuadro de selección de datos significativos			
Etiqueta diagnóstica NANDA	Características definitorias NANDA	Datos significativos documentados	Seleccionados
Dolor agudo	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio en el apetito - Cambio en parámetros fisiológicos - Diaforesis - Expresión facial de dolor - Postura de evitación del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> -Manifestaciones de dolor -Irritabilidad cambios en la presión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio en parámetros Fisiológicos - Cambio en el apetito - Diaforesis - Manifestaciones de dolor: expresión facial postura de evitación del dolor
Riesgo de desequilibrio electrolítico	<ul style="list-style-type: none"> - Debilidad - Disminución de la presión arterial - Membranas mucosas secas - Disminución de la turgencia de la lengua - Pérdida de peso súbita 	<ul style="list-style-type: none"> - Debilidad - Disminución de la presión arterial - Membranas mucosas secas - Disminución de la turgencia de la lengua - Pérdida de peso súbita 	<ul style="list-style-type: none"> - Debilidad - Disminución de la presión arterial - Membranas mucosas secas - Disminución de la turgencia de la lengua - Piel seca

	<ul style="list-style-type: none"> - Piel seca 	<ul style="list-style-type: none"> - Piel seca - vomito - Nauseas 	<ul style="list-style-type: none"> - Nauseas y vomito
<p>Desequilibrio nutricional inferior a las Necesidades corporales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad percibida para ingerir alimentos - Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR) - Interés insuficiente por los alimentos - Palidez de mucosas 	<ul style="list-style-type: none"> - Interés insuficiente por los alimentos - Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad percibida para ingerir alimentos - Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR) - Interés insuficiente por los alimentos - Palidez de mucosas
<p>Temor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprensión - Tensión muscular - Náuseas - Palidez - Disminución de la seguridad en sí mismo - Identifica el objeto del temor - Fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo - Pánico - Llanto - Incertidumbre 	<ul style="list-style-type: none"> - Incertidumbre - Aprensión - Tensión muscular - Palidez - Disminución de la seguridad en sí mismo - Identifica el objeto del temor - Fatiga
<p>Nauseas</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento de la salivación - Aversión hacia los 	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento de la salivación - Aversión hacia los 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la salivación - Aversión hacia los

	alimentos -Sensación de náuseas - Palidez - Hipotensión - Mareo	alimentos -Sensación de náuseas - Palidez - Hipotensión - Mareo	alimentos -Sensación de náuseas - Palidez - Hipotensión - Mareo
--	--	--	--

Apéndice no. 2 Tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería: NANDA vs. Artículos

Artículo 1	Artículo 2	Artículo 3	Artículo 4	Artículo 5		
NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros	NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros	NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros	NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros	NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros	NANDA	POND.
Etiqueta Diagnóstica de enfermería propuesto por el autor en el texto TEMOR	Etiqueta Diagnóstica de enfermería propuesto por el autor en el texto DOLOR AGUDO	Etiqueta Diagnóstica de enfermería propuesto por el autor en el texto NAUSEAS	Etiqueta Diagnóstica de enfermería propuesto por el autor en el texto RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO	Etiqueta Diagnóstica de enfermería propuesto por el autor en el texto DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL INFERIOR A LAS NECESIDADES CORPORALES	Diagnóstico de enfermería aprobado por NANDA	

Apéndice no.3 Tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería: temor

Artículo 1	Artículo 2	Artículo 3	Artículo 4	Artículo 5	Artículo 6	Artículo 7	Artículo 8	N A N D A	P O N D. A
Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. de enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto		5
Temor	Temor	Temor		Temor		Temor			

Apéndice no.4. Tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería: dolor agudo

Artículo 1	Artículo 2	Artículo 3	Artículo 4	Artículo 5	Artículo 6	Artículo 7	Artículo 8	N A N D A	P O N D. 7
Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. de enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto		
Dolor agudo	Dolor agudo	Dolor agudo	Dolor agudo	Dolor agudo	Dolor agudo	Dolor agudo	Dolor agudo		

Apéndice no.5 Tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería: nauseas

Artículo 1	Artículo 2	Artículo 3	Artículo 4	Artículo 5	Artículo 6	Artículo 7	Artículo 8	N A N D A	P O N d. d.
Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto Nausea	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto Nausea	Etiqueta Diag. de enfermería propuesto por el autor en el texto Nausea	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta Diag. De enfermería propuesto por el autor en el texto		3

Apéndice no.6 Tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería: riesgo de desequilibrio electrolítico

Artículo 1	Artículo 2	Artículo 3	Artículo 4	Artículo 5	Artículo 6	Artículo 7	Artículo 8	N A N D A	P O N d .
Etiqueta diagnóstica de enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta diagnóstica de enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta diagnóstica de enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta diag. De enf. propuesto por el autor en el texto	Etiqueta diagnóstica de enfermería propuesto por el autor en el texto	Etiqueta diag. de enf. propuesto por el autor en el texto	Etiqueta diag. de enf. propuesto por el autor en el texto	Etiqueta diag. de enf. propuesto por el autor en el texto		4
Riesgo de desequilibrio electrolítico	Riesgo de desequilibrio electrolítico	Riesgo de desequilibrio electrolítico		Riesgo de desequilibrio electrolítico					

Apéndice no.7 Tabla para la ponderación de diagnósticos de enfermería: desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales

Artículo 1	Artículo 2	Artículo 3	Artículo 4	Artículo 5	Artículo 6	Artículo 7	Artículo 8	N A N D A	P O N d.
Etiqueta diagnóstica de enfermería propuesta por el autor en el texto	Etiqueta diagnóstica de enfermería propuesta por el autor en el texto	Etiqueta diagnóstica de enfermería propuesta por el autor en el texto	Etiqueta diagnóstica de enfermería propuesta por el autor en el texto	Etiqueta diagnóstica de enfermería propuesta por el autor en el texto	Etiqueta diagnóstica de enfermería propuesta por el autor en el texto	Etiqueta diagnóstica de enfermería propuesta por el autor en el texto	Etiqueta diagnóstica de enfermería propuesta por el autor en el texto		8
Deseq. nutricional inferior a las necesidades corporales	Deseq. nutricional inferior a las necesidades corporales	Deseq. nutricional inferior a las necesidades corporales	Deseq. nutricional inferior a las necesidades corporales	Deseq. nutricional inferior a las necesidades corporales	Deseq. nutricional inferior a las necesidades corporales	Deseq. nutricional inferior a las necesidades corporales	Deseq. nutricional inferior a las necesidades corporales		

