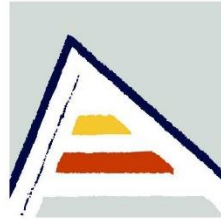


FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo Fin de Grado

Grado en Enfermería

Curso académico 2021/2022



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**PLAN DE CUIDADOS
ESTANDARIZADO DE
ENFERMERÍA EN MUJERES
CON CÁNCER DE CÉRVIX**

Alumna: Nayara Ruiz Martínez

Tutora: Laura Vilaplana Lozano

Cotutora: Rocío Julià Sanchis

Alicante, 16 de mayo de 2022

Agradecimientos

Este trabajo no se podría haber realizado sin dos pilares fundamentales que me han acompañado en esta dura etapa. Por un lado, mi tutora Laura Vilaplana Lozano. Gracias por guiarme, aconsejarme y permanecer a mi lado con una dedicación incansable. A mi familia y pareja, vuestro apoyo incondicional ha estado y estará presente cada día de mi vida, no tengo duda de ello.

Tampoco debo olvidar a las maravillosas amigas que he tenido el placer de descubrir en estos 4 años de carrera, por aguantar mis agobios y escuchar siempre por su parte palabras de aliento. He descubierto a personas increíbles que me han acompañado durante toda esta trayectoria. Sin vosotros nada hubiera sido lo mismo, siempre os llevaré en mi corazón.

Muchas gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. RESUMEN	3
1.1. Abstract.....	4
2. INTRODUCCIÓN	5
2.1. Justificación del tema.....	10
3. OBJETIVOS	10
3.1. General.....	10
3.2. Específicos.....	10
4. METODOLOGÍA	10
4.1. Descriptores MeSH.....	11
4.2. Estrategia de búsqueda.....	12
5. RESULTADOS	12
5.1. Diagrama de flujo.....	13
6. DESARROLLO	14
6.1. Valoración según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.....	14
6.2. Escalas.....	14
6.3. Diagnósticos y planificación.....	15
7. EJECUCIÓN	20
8. EVALUACIÓN	20
9. CONCLUSIÓN	20
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
11. ANEXOS	25
11.1. ANEXO 1: Glosario de términos.....	25
11.2. ANEXO 2: Tabla de descriptores.....	25
11.3. ANEXO 3: Tabla de metodología.....	26
11.4. ANEXO 4: Tabla de artículos seleccionados.....	27
11.5. ANEXO 5: Necesidades de Virginia Henderson.....	29

11.6.	ANEXO 6: Escala de Karnofsky.....	30
11.7.	ANEXO 7: Escala ECOG	31
11.8.	ANEXO 8: Escala EADG	31
11.9.	ANEXO 9: Escala de Rosenberg	32

1. RESUMEN

Introducción: El cáncer de cérvix es un tipo de carcinoma de células escamosas o adenocarcinoma que crecen en la parte baja del útero que conecta con la vagina, con una gran capacidad de invadir tejidos adyacentes. Los dos pilares de la prevención son la combinación de vacunación contra el VPH y la detección precoz de lesiones precancerosas. Su diagnóstico se realiza a través de la tinción de Papanicolau. El tratamiento dependerá de la etapa del diagnóstico. Esta patología afecta a la mujer y su entorno, por ende, debe ser atendida desde una visión holística.

Objetivos: Reunir información para la actualización de conocimientos sobre esta patología y la elaboración de un plan de cuidados estandarizado de enfermería, con una valoración de las necesidades de Virginia Henderson. Identificando diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería para atender a dichas pacientes.

Metodología: Se ha realizado una revisión de información bibliográfica, consultándose artículos desde 2017, entre los meses de enero y marzo de 2022, además de búsquedas libres en páginas webs, guías y libros.

Resultados: Se han descartado artículos duplicados y tenido en cuenta criterios de inclusión. Finalmente incluyéndose 18 artículos junto con documentos de páginas webs, guías y libros. Esto ayudará a desarrollar el plan de cuidados estandarizado de enfermería que se propone.

Conclusiones: El cáncer de cérvix es una enfermedad que afecta a muchas mujeres en el mundo, por ello lo más importante de este plan de cuidados es conseguir una buena calidad de vida para ellas. Siendo la prevención un pilar fundamental para disminuir la incidencia y mortalidad de este.

Palabras clave: Cáncer de cérvix, virus del papiloma humano, cuidados de enfermería, incidencia, educación, afectación emocional, diagnóstico, vacunación contra VPH, detección temprana de cáncer.

1.1. Abstract

Introduction: Cervical cancer is a type of squamous cell carcinoma or adenocarcinoma that grows in the lower part of the uterus connecting to the vagina, with a high capacity to invade adjacent tissues. The two pillars of prevention are the combination of HPV vaccination and early detection of precancerous lesions. Diagnosis is by Papanicolaou staining. Treatment depends on the stage of diagnosis. This pathology affects women and their environment, and should therefore be treated from a holistic point of view.

Objectives: To gather information to update knowledge about this pathology and to draw up a standardised nursing care plan, with an assessment of Virginia Henderson's needs. Identifying diagnoses, objectives and nursing interventions to care for these patients.

Methodology: A review of bibliographic information was conducted, consulting articles from 2017, between January and March 2022, in addition to free searches on websites, guides and books.

Results: Duplicate articles were discarded and inclusion criteria were taken into account. Finally, 18 articles were included along with documents from websites, guidelines and books. This will help to develop the proposed standardised nursing care plan.

Conclusions: Cervical cancer is a disease that affects many women in the world, so the most important aspect of this care plan is to achieve a good quality of life for them. Prevention is a fundamental pillar to reduce the incidence and mortality of cervical cancer.

Keywords: Cervical Cancer, Uterine Cervical Neoplasms, Alphapapillomavirus, papillomavirus infections, nursing care, incidence, education, psychological distress, diagnosis vaccination, early detection of cancer.

2. INTRODUCCIÓN

Conocido también como cáncer cervical o cáncer de cérvix, el cáncer de cuello uterino es un tipo de carcinoma de células escamosas o adenocarcinoma, ya que son los dos tipos más frecuentes existentes, su clasificación se basa de acuerdo con el tipo de células donde se origina (1).

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la causa de aparición más importante, tratándose de una infección de transmisión sexual (2). El ADN del VPH de alto riesgo se encuentra en un 99'7% en estas neoplasias (1,3).

Comienza con un crecimiento de células tumorales en la parte baja del útero que conecta con la vagina. Asimismo, puede crecer invadiendo los ligamentos laterales que unen el útero a las paredes de la pelvis. La vejiga o el recto se pueden encontrar invadidos si el crecimiento ocurre hacia la parte posterior, aunque este proceso suele ser tardío (1).

Tras el cáncer de mama, nos encontramos como segundo más frecuente al cáncer de cuello uterino entre las mujeres (4,5), con una incidencia de 604.127 casos nuevos en el año 2020. Ese mismo año fallecieron en el mundo un total de 341.831 mujeres por este tumor (1).

En función de la localización mundial en la que nos encontremos, la mortalidad variará ya que, si nos trasladamos a un país del tercer mundo, el cáncer de cérvix es la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, por delante incluso del cáncer de mama. Mientras que en los países desarrollados la frecuencia ha disminuido drásticamente en las últimas décadas debido a la detección temprana y las vacunas (1,6).

Las evidentes diferencias encontradas en las tasas de incidencia y mortalidad entre países desarrollados comparados con países de menos recursos son abismales, teniendo en cuenta que el 84% de todos los cánceres de cuello uterino y el 88% de todas las muertes han ocurrido en países de menores recursos (7).

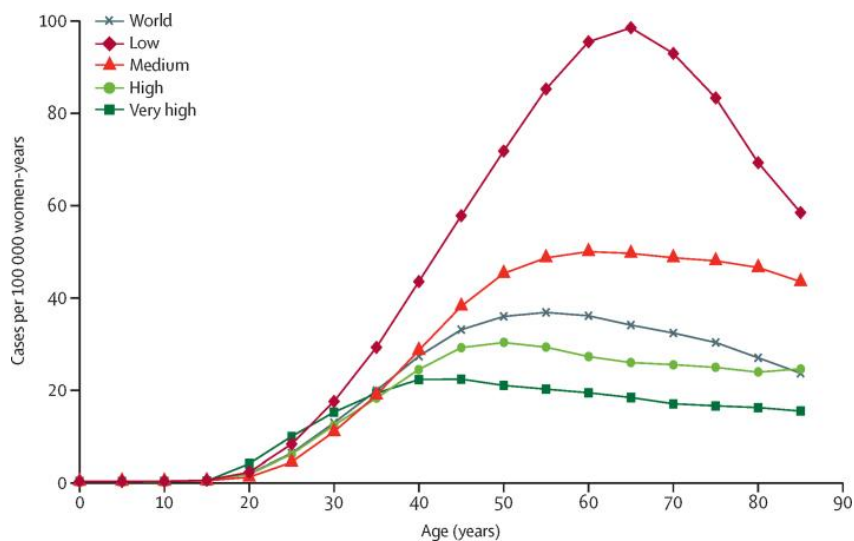
La incidencia máxima en países de mayores recursos se alcanza a los 40 años. Por otro lado, si nos fijamos en los países de menos recursos las tasas aumentan significativamente hasta edades de 55 a 69 años (7).

Según la OMS, el motivo principal por el que ocurren estas disparidades es, primordialmente, por la falta de concienciación por parte de la población. Pero evidentemente, no podemos justificarlo sin mencionar la falta de políticas públicas que

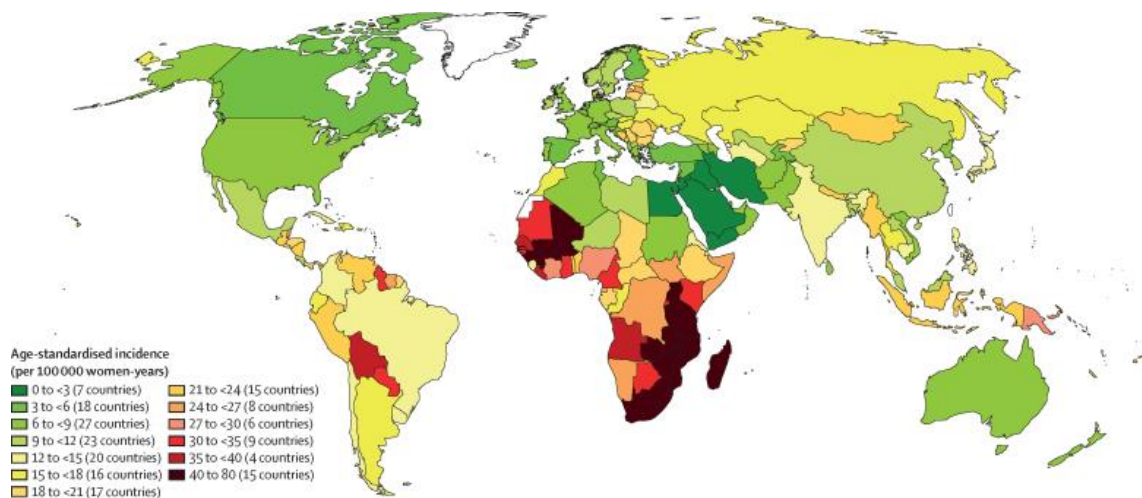
avalan a los dispensadores de salud, que son los encargados de formular programas para la detección temprana, o la falta de servicios de atención sanitaria. Todo ello no se puede realizar si no hay recursos económicos que lo sustenten (8).

Si trasladamos la información a nivel mundial, el momento de diagnóstico promedio del cáncer de cuello uterino es a los 53 años, con un rango de 44 a 68 años, alcanzando su pico máximo entre los 50 y 53 años. Y la edad promedio en el momento de fallecimiento es de 59 años, con un rango de 45 a 76 años (7).

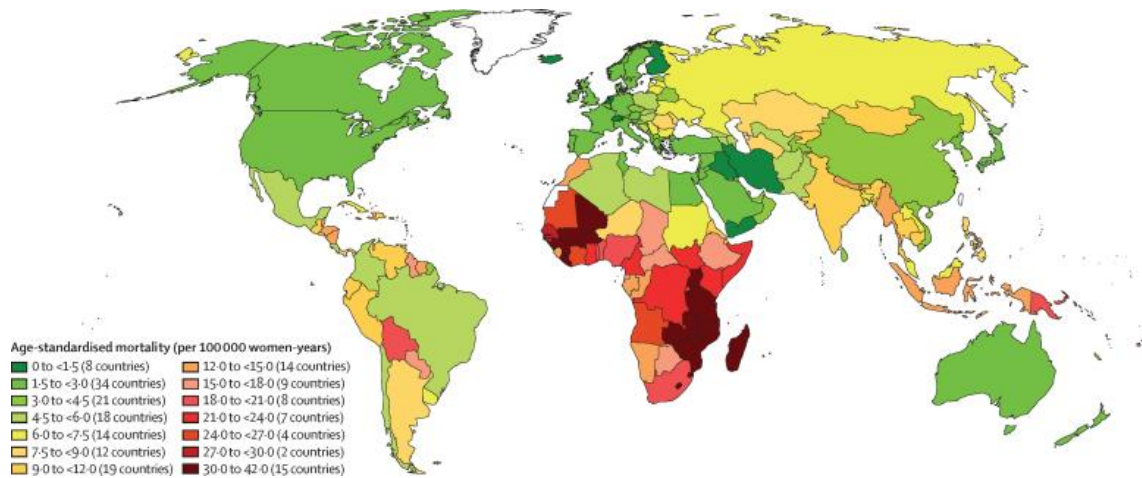
Incidencia de cáncer de cuello uterino por edad en todo el mundo (7):



Distribución geográfica de la **incidencia** mundial estandarizada por edad de cáncer de cuello uterino por país (2018) (7):



Distribución geográfica de la tasa mundial de **mortalidad** por cáncer de cuello uterino estandarizada por edad por país (2018) (7):



Los dos pilares de la prevención ante el cáncer de cérvix son la combinación acertada de la vacunación contra el VPH y la detección de lesiones precancerosas precoz (9).

La OMS ha hecho recientemente un llamado para actuar frente a la eliminación de este cáncer, pero la falta de programas de intervención eficientes y efectivos hace que la tragedia aún no se haya evitado a gran escala (10,11).

Debido a diferentes estudios, podemos saber que aproximadamente el 90% de las infecciones por VPH no llegan a ser detectables en un período de 2 años desde que se adquiere la infección, persistiendo así en una pequeña proporción. Por lo tanto, no se consensua si el virus permanece latente en las células basales llegando a reactivarse en ciertos casos o, por lo contrario, se elimina (10,12).

Si hablamos de una infección de VPH persistente podemos encontrar presencia de ADN del VPH específico en muestras después de 6 a 12 meses, siendo estas una décima parte de las infecciones. El desarrollo de lesiones precancerosas cervicales en las mujeres con un VPH persistente se da en la mayor parte de los casos (10).

Conocemos que la prevalencia en todo el mundo de VPH transversal en mujeres sanas es de alrededor un 11,7%, y que más del 80% de las mujeres seguidas en el tiempo adquirirán como mínimo una infección de alto riesgo por VPH. Por lo que podemos decir que es una enfermedad con gran facilidad de transmisión (10).

Teniendo en cuenta que la prevalencia de edad alcanza un máximo del 25% en mujeres menores de 25 años, la vacunación profiláctica debe centrarse en el momento previo al comienzo de la actividad sexual de las mujeres, con una franja de edad de 10 a 14 años. Pues los datos reflejan que la infección se transmite por vía sexual predominantemente después del inicio de las relaciones sexuales (10,13)

El mayor problema de iniciar esta medida son las consideraciones económicas, que impiden la introducción de la vacuna en la población de una manera equitativa. Sin embargo, en aquellos países donde sí se ha administrado se ha podido comprobar una disminución significativa de la enfermedad cervical inducida por el VPH (9,14).

Por lo que, si a la prevención primaria que es la vacunación, le sumamos la secundaria que consiste, como he mencionado anteriormente, en el cribado precoz de detección de esta infección, obtendremos la díada perfecta con un enorme potencial para eliminar el cáncer de cuello uterino en un futuro cercano (9,14,15).

Siguiendo con la prevención secundaria, el cribado de cuello uterino desempeña un papel fundamental en la detección del cáncer de cuello uterino. Para ello existen diferentes pruebas (14).

Fundamentalmente se ha utilizado la tinción de Papanicolau en muestras de citología en mujeres de 21 a 65 años, según cada estrategia de detección (16). En esta técnica se recolectan células de la zona de transformación del cuello uterino para después someterlas a una tinción y poder ser examinadas microscópicamente. De esta manera, se podrán detectar cambios celulares como agrandamiento nuclear, membranas irregulares o hiper cromasia, y discernir entre estados cancerosos o precancerosos (14).

Conforme la información que tenemos, el conocimiento sobre el VPH y la progresión del cáncer de cuello uterino, la cual ha avanzado, se han incorporado otras pruebas. Estas incluyen la metilación del ADN, la detección de biomarcadores y la incorporación de sistemas de inteligencia artificial para detectar anomalías cervicales (14).

Gracias a las diferentes técnicas que hay y su combinación, podremos obtener una comprensión molecular de la patogénesis del VPH, mejorando así la sensibilidad de detección y, obteniendo el objetivo principal, la mejoría en los resultados de los pacientes (14).

Según la etapa en la que haya sido diagnosticada la mujer, recibirá un tratamiento u otro, pues según las características que presente en ese momento requerirá un tipo e incluso varios combinados. El tratamiento del cáncer de cérvix es un tratamiento multidisciplinar, al igual que en el resto de cánceres. Combinando diferentes terapias y especialidades se obtendrán mejores resultados para las pacientes (17,18).

Las principales formas de tratarlo son la cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia de medicamentos dirigidos e inmunoterapia (19). A pesar de que se siguen una serie de pautas y un conjunto de normas, conocidas como plan de tratamiento, estas se implementarán basándose en la experiencia y evidencia científica para tratar dicho tumor (17).

Si nos encontramos en fases tempranas se combinará la cirugía con radiación y/o quimioterapia mientras que, si se encuentra en etapas más avanzadas, se suele emplear radioterapia combinada con quimioterapia como tratamiento principal (17).

La OMS en 1994 definió la “calidad de vida” (CV) como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones, siendo un concepto multidimensional que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo (20).

Según indica la propia definición, la salud y el bienestar son conceptos estrechamente unidos a la calidad de vida. Sin duda esta se ve amenazada cuando aparece una enfermedad, puesto que las actividades cotidianas, el autoconcepto, el sentido de la vida y otros aspectos se pueden ver deteriorados por esta (21).

Un estudio sobre los factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global reveló que en hasta 130 paciente se presentó una percepción de mala calidad de vida, especificando que la dimensión menos afectada es la física (22). Es por ello que los problemas psicológicos más notificados por las pacientes son el miedo (70%), síntomas de ansiedad (68%), depresión (63%) e insatisfacción con su autoimagen (62%), así como 39% preocupación sobre el cáncer, 31% tristeza de no poder tener hijos, 30% incapacidad de hablar sobre su infertilidad, 25% frustración y 25% duelo ante la incapacidad reproductiva (20).

Toda esta congregación de aspectos alterados puede llegar a afectar a su atención médica. Por tanto, identificar aquellos factores que influyen en las pacientes ayudará a crear intervenciones por parte del personal sanitario para abordar los problemas que presente esta población (20).

2.1. Justificación del tema

Debido a lo expuesto anteriormente en la introducción y apoyándonos en los datos más que relevantes, queda en evidencia la relevancia del cáncer de cérvix como problema de salud, ya que afecta a todos los aspectos que rodean a la mujer en su vida cotidiana: trabajo, relaciones sociales y familiares, economía, sexualidad, etc. Esta patología debe ser atendida, no solo en el plano médico, sino también en el psicológico y emocional (23).

Es por ello que se pretende realizar este plan de cuidados, para abordar de una manera holística el problema que se plantea y facilitar este recurso a los profesionales de enfermería cuando tengan que tratar a pacientes con estas características.

3. OBJETIVOS

3.1. General

- Desarrollar el formato Proceso de Atención de Enfermería (PAE) estandarizado, en las pacientes mujeres adultas diagnosticadas de cáncer de cuello uterino o cáncer de cérvix.

3.2. Específicos

- Desarrollar la valoración de estas pacientes a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson (VH) para identificar cuáles estarán afectadas.
- Identificar aquellos diagnósticos de enfermería que poseerán dichas pacientes.
- Planificar, ejecutar y evaluar las actividades de enfermería correspondientes a los problemas previamente identificados.

4. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión de información bibliográfica, que pretende unificar y reunir información científica para elaborar un plan de cuidados estandarizado a través de mis propias competencias y la integración de conocimientos encontrados en los diferentes artículos de dicha búsqueda bibliográfica.

La revisión de la literatura se ha llevado a cabo entre enero y marzo de 2022, usando estudios en lengua española e inglesa. Las bases de datos utilizadas fueron “PubMed”, “Scielo”, “Medline”, “Google Académico”, “CINHAL”. A pesar de haber empleado las diversas bases de datos, los artículos finalmente seleccionados fueron mayoritariamente de “PubMed”, “Google Académico” y “Scielo”, ya que en el resto se encontraban duplicados los artículos. Por otro lado, se realizaron búsquedas libres en páginas webs, con la finalidad de abarcar la globalidad del asunto.

Como criterios de inclusión establecemos: mujeres independientes en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con afectación emocional por el cáncer de cérvix, además de no presentar ninguna patología previa. Se excluyeron aquellos artículos que la base del título o el resumen no fueran acorde con los criterios de búsqueda. También aquellos artículos publicados anteriores a 2017, a excepción de 6 artículos, que dada su relevancia fueron incluidos a pesar de no cumplir con el criterio tiempo de inclusión.

4.1. Descriptores MeSH

Uterine Cervical Neoplasms: tumores o cáncer del cuello uterino.

Alphapapillomavirus: Género de virus ADN de la familia PAPILOMAVIRIDAE. Infectan preferentemente la mucosa anogenital y oral en humanos y primates, causando neoplasias malignas y benignas. También se observan lesiones cutáneas.

Papillomavirus Infections: Neoplasias de la piel y mucosas causadas por virus del papiloma. Suelen ser benignos, pero algunos tienen un alto riesgo de progresión maligna.

Nursing Care: Atención a los pacientes por parte del personal del servicio de enfermería.

Incidence: El número de casos nuevos de una determinada enfermedad durante un período determinado en una población específica. También se utiliza para la tasa a la que ocurren nuevos eventos en una población definida.

Health Education: Educación que aumenta la conciencia e influye favorablemente en las actitudes y conocimientos relativos a la mejora de la salud a nivel personal o comunitario.

Psychological Distress: Estado emocional negativo caracterizado por malestar, dolor o angustia física y/o emocional.

Diagnosis: La determinación de la naturaleza de una enfermedad o condición, o la distinción de una enfermedad o condición de otra. La evaluación se puede realizar mediante un examen físico, pruebas de laboratorio o similares. Se pueden usar programas computarizados para mejorar el proceso de toma de decisiones.

Vaccination: Administración de vacunas para estimular la respuesta inmune del huésped. Esto incluye cualquier preparación destinada a la profilaxis inmunológica activa.

Early Detection of Cancer: Métodos para identificar y caracterizar el cáncer en las primeras etapas de la enfermedad y predecir el comportamiento del tumor.

Ver Tabla del *Anexo 2*.

4.2. Estrategia de búsqueda

Para realizar la estrategia de búsqueda, nos basamos en la pregunta PICO, utilizando los descriptores MeSH, combinándolos con los operadores booleanos “AND” y “OR”, ver Tabla del *Anexo 3*.

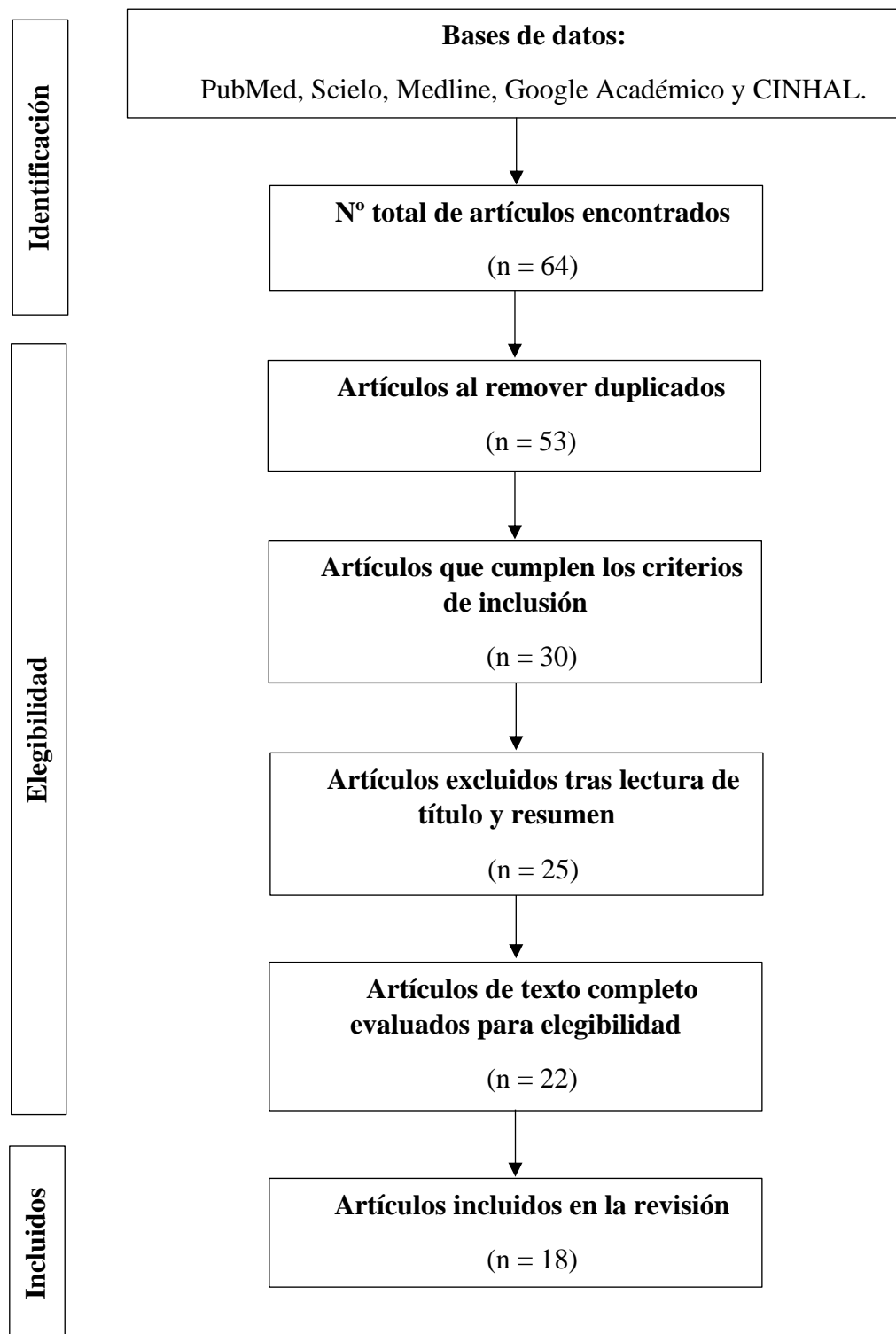
Problema: "Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR "Papillomavirus Infections"[Mesh] OR "Alphapapillomavirus" [Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasms"[tw] OR "Alphapapillomavirus"[tw] OR "Uterine Cancer"[tw].

Intervención: "Nursing Care"[Mesh] OR "Incidence" [Mesh] OR "Health Education"[Mesh] OR "Psychological Distress"[Mesh] OR "Diagnosis"[Mesh] OR "Vaccination"[Mesh] OR "Early Detection of Cancer"[Mesh].

5. RESULTADOS

Tras realizar la búsqueda descrita anteriormente, se obtuvieron inicialmente 64 artículos, de los cuales fueron eliminados los artículos duplicados en el resto de bases de datos, llegando a un total de 53 artículos. Tras ser revisados y tener en cuenta los criterios de inclusión se quedaron en un total de 30, eliminando 5 de ellos tras lectura de título y resumen, siendo elegidos 22 y finalmente incluidos 18, ver Tabla de *Anexo 4*. Además, se escogieron otros documentos encontrados en páginas webs, guías y libros, los cuales nos ayudarán a encaminar el desarrollo del plan de cuidados estandarizado de enfermería que se propone a continuación.

5.1. Diagrama de flujo



6. DESARROLLO

6.1. Valoración según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson

Realizamos una valoración de enfermería a través de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson (ver *Anexo 5*). En una persona sana todas estas necesidades se encuentran cubiertas, mientras que en una paciente con el estado de salud alterado podemos encontrar algunas de las necesidades no cubiertas, y como consecuencia, necesitar de los cuidados de enfermería para cubrirlas (24).

6.2. Escalas

Dentro de la valoración hacemos uso de diferentes escalas, utilizándolas como herramientas de apoyo para evaluar algunas de las necesidades, como:

Escala de Karnofsky (ver *Anexo 6*) (25):

Es una escala estándar utilizada en pacientes con cáncer para medir la capacidad de realizar actividades cotidianas. También es utilizada para establecer el pronóstico del paciente, medir los cambios de la capacidad para funcionar o decidir si es apto para ser incluido en un estudio clínico.

Esta escala consta de 11 situaciones clínico-funcionales, en las que dependiendo en la que esté el paciente corresponderá a una puntuación. Los puntajes van de 0 a 100, donde cuanto más alto es la puntuación mejor capacidad tiene el paciente de realizar actividades cotidianas.

Escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) (ver *Anexo 7*) (26):

Es utilizada en pacientes oncológicos para medir la repercusión funcional de la enfermedad en el paciente como criterio de progresión. Consta de 6 descriptores, de 0 a 5, donde cuanto más baja es la puntuación mejores capacidades tiene el paciente para mantener su autonomía en la vida diaria.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (ver *Anexo 8*) (27):

Escala que orienta al diagnóstico de ansiedad, depresión o ambas, formada por preguntas con respuestas dicotómicas. Consta de dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems en cada una de ellas. Las 4 primeras preguntas de cada subescala determinan si es o no probable que exista un trastorno mental y así contestar al resto de preguntas.

En la primera subescala (ansiedad) se deben responder al menos 2 preguntas de manera afirmativa para poder seguir respondiendo al resto, mientras que en la segunda subescala (depresión) con solo 1 respuesta afirmativa se debe seguir respondiendo.

Las puntuaciones son independientes para cada una de las escalas, estando los puntos de corte en ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión.

Escala de Rosenberg (ver *Anexo 9*) (28):

Escala más utilizada para la evaluación de la autoestima. Consta de 10 preguntas, las cuales se puntúan entre 1 y 4, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 4 es muy de acuerdo, obteniendo una puntuación mínima de 10 y una máxima de 40. Cinco de las preguntas tienen una dirección positiva y el resto negativa.

No existen puntos de corte para clasificar el tipo de autoestima según la puntuación, pero se considera una puntuación normal entre 25 y 35 puntos.

6.3. Diagnósticos y planificación (29-31)

[00148] Temor (Dominio 9, Clase 2, Necesidad 9, Patrón 7) *r/c* (relacionado con) *diagnóstico reciente y tratamiento m/p* (manifestado por) *preocupación y expresiones de miedo*.

Definición: Respuesta emocional básica e intensa generada por la detección de una amenaza inminente que implica una reacción de alarma inmediata.

NOC: [1404] Autocontrol del miedo (Dominio 3, Clase O)

Indicadores:

- Mantiene la realización del rol [140410].
- Mantiene las relaciones sociales [140411].
- Obtiene información para reducir el miedo [140420].
- Recibe apoyo social [140426].

NOC: [1302] Afrontamiento de problemas (Dominio 3, Clase N)

Indicadores:

- Verbaliza aceptación de la situación [130205].
- Se adapta a los cambios en desarrollo [130208].
- Busca información acreditada sobre el tratamiento [130221].

NOC: [1704] Creencias sobre la salud: percepción de amenaza (Dominio 4, Clase R)

Indicadores:

- Percepción de amenaza para la salud [170401].
- Preocupación sobre enfermedad [170404].

NIC: [5230] Mejorar el afrontamiento (Dominio 3, Clase R)

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.

NIC: [5270] Apoyo emocional (Dominio 3, Clase R)

Actividades:

- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza, y animar a que los exprese.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.

[00120] Baja autoestima situacional (Dominio 6, Clase 2, Necesidad 12, Patrón 7)

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

NOC: [1205] Autoestima (Dominio 3, Clase M)

Indicadores:

- Verbalizaciones de autoaceptación [120501].
- Nivel de confianza [120511].
- Aceptación de críticas constructivas [120514].
- Sentimientos sobre su propia persona [120519].

NOC: [1305] Modificación psicosocial: cambio de vida (Dominio 3, Clase N)

Indicadores:

- Establece metas realistas [130501].
- Mantiene la autoestima [130502].
- Usa estrategias de superación efectivas [130509].
- Expresa satisfacción con el desarrollo de su rol personal [130523].

NIC: [5400] Potenciación de la autoestima (Dominio 3, Clase R)

Actividades:

- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
- Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.

[00060] Interrupción de los procesos familiares (Dominio 7, Clase 2, Necesidad 9, Patrón 8) *r/c diagnóstico reciente m/p alteración en las relaciones interpersonales.*

Definición: Interrupción en la continuidad del funcionamiento familiar que no es capaz de mantener el bienestar de sus miembros.

NOC: [2600] Afrontamiento de los problemas de la familia (Dominio 6, Clase X)

Indicadores:

- Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones [260006].
- Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros [260007].
- Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible [260024].

NOC: [2604] Normalización de la familia (Dominio 6, Clase X)

Indicadores:

- Mantiene las rutinas habituales [260403].
- Mantiene las expectativas habituales para el miembro [260420].

NIC: [7100] Estimulación de la integridad familiar (Dominio 5, Clase X)

Actividades:

- Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones.
- Favorecer la cohesión y unidad familiar.
- Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del paciente, de acuerdo con los deseos de este.
- Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.

[00126] Conocimientos deficientes (Dominio 5, Clase 4, Necesidad 14, Patrón 6) *r/c su enfermedad m/p preguntas y dudas expresadas.*

Definición: Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o de su adquisición.

NOC: [1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad (Dominio 4, Clase GG)

Indicadores:

- Signos y síntomas de la enfermedad [180306].
- Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad [180308].
- Efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo [180313].

NOC: [1814] Conocimiento: procedimiento terapéutico (Dominio 4, Clase GG)

Indicadores:

- Pasos del procedimiento [181403].
- Precauciones de la actividad [181405].

NOC: [1815] Conocimiento: funcionamiento sexual (Dominio 4, Clase S)

Indicadores:

- Función de la anatomía sexual [181502].
- Posibles consecuencias de la actividad sexual [181515].

NIC: [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad (Dominio 3, Clase S)

Actividades:

- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda.

- Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.
- Comentar las opciones de terapia/tratamiento.

NIC: [5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento (Dominio 3, Clase S)

Actividades:

- Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
- Describir las actividades previas y explicar el procedimiento/tratamiento.
- Describir las valoraciones/actividades posteriores al procedimiento/tratamiento y el fundamento de las mismas.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.

[00065] Patrón sexual ineficaz (Dominio 8, Clase 2, Necesidad 10, Patrón 9) *r/c alteración de la anatomía, patología y tratamiento m/p alteración en las relaciones sexuales.*

Definición: Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

NOC: [1207] Identidad sexual (Dominio 3, Clase M)

Indicadores:

- Describe el riesgo asociado con la actividad sexual [120711].
- Establece límites sexuales personales [120714].

NIC: [5248] Asesoramiento sexual (Dominio 3, Clase R)

Actividades:

- Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual.
- Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual, según corresponda.
- Proporcionar información concreta acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente.

7. EJECUCIÓN

Durante el proceso de la enfermedad, puesto que estará abarcado por un equipo multidisciplinar, los profesionales de salud que estén implicados será médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, si es necesario, etc.

Por parte de enfermería, se realizarán todos los cuidados descritos anteriormente. Las intervenciones y las actividades deben ir progresando a la vez que progresa la enfermedad de la paciente. Además, se realizará un registro con todos los diagnósticos y los cuidados de enfermería llevados a cabo.

8. EVALUACIÓN

Después de un tiempo razonable, aproximadamente 2 meses, reevaluaremos a la paciente tras realizar los cuidados mencionados en la planificación. Esta evaluación se realizará del mismo modo que la valoración inicial, haciendo uso de las mismas escalas. Así, podremos observar la evolución desde el inicio hasta el momento de la reevaluación.

9. CONCLUSIÓN

El cáncer de cérvix es una enfermedad que afecta a una gran cantidad de mujeres en el mundo, siendo el segundo cáncer más frecuente. Por esta razón, los objetivos van dirigidos a recoger información sobre esta enfermedad para realizar un plan de cuidados estandarizado para las mujeres que sufren la patología.

Tras realizar la valoración a través de las 14 necesidades básicas de VH se identifican los diagnósticos de enfermería necesarios para una paciente con cáncer de cérvix. Se realiza un plan de cuidados estandarizado dirigido a aquellas mujeres independientes en la ABVD que padezcan la enfermedad, abarcando tanto el estado físico como psicológico. De esta manera se pretende cubrir las necesidades de la mujer que lo sufre.

Lo más importante de este plan de cuidados es conseguir una buena calidad de vida para la paciente.

Además, la prevención abarca un papel muy importante en esta patología, siendo la vacunación contra el VPH y la detección precoz una combinación acertada para disminuir la incidencia y mortalidad tanto en España como a nivel mundial.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer de cérvix. Available at: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cuello-uterino-cervix>. Accessed Jan 17, 2022.

(2) Castelo Fernández B, Redondo Sánchez A, Bernal Hertfelder E, Ostios García L. Cáncer de cérvix. Cáncer de endometrio. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 2017 May 1;12(34):2036-2046.

(3) Villafuerte Reinante J, Hernández Guerra Y, Ayala Reina ZE, Naranjo Hernández L, González Alonso JÁ, Brito Méndez M. Aspectos bioquímicos y factores de riesgo asociados con el cáncer cervicouterino. Revista Finlay 2019;9(2):138-146.

(4) Yepes HC. Papilomavirus y cáncer de cérvix. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2003;54(2):107-112.

(5) Pocard PMB, Braverman A, Cabrera MN, Chapier VV. Cáncer de cérvix: incidencia según edad y estadio tumoral. Rev Postg Vía Cated Med 2005;141.

(6) Novoa Vargas A, Echegollen Guzmán A. Epidemiología del cáncer de cérvix en Latinoamérica. Ginecol.obstet.Méx 2001:243-246.

(7) Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. Lancet Glob Health 2019 -12-04;8(2):e191-e203.

(8) De León de Matta, Silvia Lucía, Laura Alejandra Villegas Lara. Relación entre bienestar psicológico y mecanismos de afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de cérvix en el Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. -INCAN-. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2018.

(9) Eun TJ, Perkins RB. Screening for Cervical Cancer. Med Clin North Am 2020 -11;104(6):1063-1078.

(10) Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. Int J Gynaecol Obstet 2018 -10;143 Suppl 2:22-36.

(11) Lago AML, Pan LM, Folgueiras BL, Bouza ET. NUEVO ENFOQUE EN EL PROGRAMA DE CRIBADO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN GALICIA. *Rev Esp Salud Pública* 2021;95(4):11.

(12) Arévalo B. AR, Arévalo Salazar DE, Villarroel Subieta CJ. EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. *Revista Médica La Paz* 2017 00/;23(2):45-56.

(13) Gravitt PE, Jamshidi R. Diagnosis and management of oncogenic cervical human papillomavirus infection. *Infect Dis Clin North Am* 2005 -06;19(2):439-458.

(14) Shiraz A, Crawford R, Egawa N, Griffin H, Doorbar J. The early detection of cervical cancer. The current and changing landscape of cervical disease detection. *Cytopathology* 2020 -07;31(4):258-270.

(15) Ocaña García CE, González Sánchez A, Pedraza Delis R. Prevención del cáncer de cérvix desde la perspectiva enfermera.

(16) Mora AS, Castillo AS, Ellis CG. Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix. *Revista Médica Sinergia* 2020;5(3):e395.

(17) Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer de cérvix: tratamientos para el cáncer de cuello utero. Available at: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cuello-uterino-cervix/tratamientos>. Accessed Jan 20, 2022.

(18) Cabrera Y, Nieto A, Redondo S, Garrido N, Tacuri C, Cano A, et al. Cáncer de cérvix: análisis de 72 casos. *Oncología (Barcelona)* 2005 05/;28(5):26-32.

(19) American Cancer Society. Tratamiento del cáncer de cuello uterino. Available at: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento.html>. Accessed Jan 20, 2022.

(20) Espinoza Bello M, Galindo Vázquez O, Jiménez Ríos MÁ, Lerma Talamantes A, Acosta Santos NA, Álvarez Avitia MÁ, et al. Factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global en pacientes mexicanos con cáncer de próstata. *Psicología y Salud* 2020 Jun 19,;30(2):141-152.

(21) De León de Matta, Silvia Lucía, Laura Alejandra Villegas Lara. Relación entre bienestar psicológico y mecanismos de afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de cérvix en el Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. -INCAN-. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2018.

(22) Cuayahuitl R, Virginia S. Calidad de vida y funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer cervicouterino. 2020 -02.

(23) Gómez Gómez MM, Lagoueyte Gómez MI. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. Avances en enfermería 2012;30(1):32-41.

(24) Hernández Martín C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. 2016.

(25) Definición de escala de rendimiento de Karnofsky - Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer. 2011; Available at: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/escala-de-rendimiento-de-karnofsky>. Accessed Apr 3, 2022.

(26) Nabal M, Pascual A, Llombart A. Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. Aten Primaria 2006 /11/01;38:21-28.

(27) Martín Carbonell M, Pérez Díaz R, Riquelme Marín A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. Universitas Psychologica 2016;15(1):177-192.

(28) de León Ricardi, César Augusto, García Méndez M. Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. Ciencias Psicológicas 2016;10(2):119-127.

(29) Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación 2021-2023. Edición Hispanoamericana. : Elsevier Health Sciences; 2021.

(30) Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. : Elsevier; 2018.

(31) Butcher HK, Bulechek GM, Wagner CM, Dochterman JM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). : Elsevier; 2018.

(32) C. Puiggròs, M. Lecha, T. Rodríguez, C. Pérez-Portabella, M. Planas. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria Karnofsky index as a mortality predicting factor in patients on home-based enteral nutrition. *Nutrición hospitalaria : organo oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral* 2009 Apr 1;24(2):156-160.

(33) Pardo V, Manuel J. Impacto del dolor en la incapacidad laboral: metodología de valoración. Grados funcionales de limitación. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2014 03;60(234):133-142.

(34) Campodarbe FD, de Porras Rosselló, L Ruiz, de Porras, D Gimeno Ruiz, Torra BA, Vall IP. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. *Semergen: revista española de medicina de familia* 1999(3):209-225.

(35) Martín-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish journal of psychology* 2007;10(2):458-467.

11. ANEXOS

11.1. ANEXO 1: Glosario de términos

- ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.
- CV: Calidad de vida.
- EADG: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.
- ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group.
- m/p: Manifestado por.
- OMS: Organización mundial de la salud.
- PAE: Proceso de Atención de Enfermería.
- r/c: Relacionado con.
- VH: Virginia Henderson.
- VPH: Virus del papiloma humano.

11.2. ANEXO 2: Tabla de descriptores

Términos de búsqueda	Descriptores MeSH
Cáncer de cérvix/Cervical cancer	Uterine Cervical Neoplasms
Virus del papiloma/Papilloma virus	Alphapapillomavirus Papillomavirus Infections
Cuidados de enfermería/Nursing care	Nursing Care
Incidencia	Incidence
Educación/Education	Health Education
Afectación emocional/Emotional affectation	Psychological Distress
Diagnóstico/Diagnosis	Diagnosis
Vacunación/Vaccination	Vaccination
Detección temprana/Early detection	Early Detection of Cancer

11.3. ANEXO 3: Tabla de metodología

Base de datos	Palabras clave	Artículos revisados	Artículos seleccionados
	((("Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh]) AND "Incidence"[Mesh]))	6	2
	((("Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh]) OR "Papillomavirus Infections"[Mesh]) AND "Diagnosis"[Mesh])	8	3
<u>Pubmed</u>	"Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR "Papillomavirus Infections"[Mesh] OR "Alphapapillomavirus" [Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasms"[tw] OR "Alphapapillomavirus"[tw] OR "Uterine Cancer"[tw] AND "Early Detection of Cancer"[Mesh]	10	2
	"Uterine Cervical Neoplasms" OR "Uterine Cancer" OR "Alphapapillomavirus"	7	3
<u>Google Académico</u>	"Uterine Cervical Cancer" OR "Papillomavirus" AND "Incidence"	4	1
	"Uterine Cervical Neoplasms" OR "Uterine Cancer" AND "Psychological Distress"	6	2
	"Uterine Cervical Neoplasms" OR "Papillomavirus infections" AND "Vaccination" OR "Health Education"	2	1
<u>Scielo</u>	"Uterine Cervical Neoplasms" OR "Papillomavirus Infections"	3	2

“Uterine Cervical Neoplasms” AND “Diagnosis”	4	1
“Uterine Cervical Neoplasms” AND “Nursing Care” OR “Health Education”	3	1

11.4. ANEXO 4: Tabla de artículos seleccionados

Base de datos	Autor	Año	Título del artículo
Pubmed	A Novoa Vargas, A Echegollen Guzman	2001	Epidemiología del cáncer de cuello uterino en Latinoamérica.
Pubmed	Marc Arbyn, Elisabete Weiderpass, Laia Bruni, Silvia de Sanjosé, Mona Saraiya, Jacques Ferlay, Freddie Bray	2019	Estimaciones de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en 2018: un análisis mundial.
Pubmed	Terresa J Eun, Rebecca B Perkins	2020	Screening for Cervical Cancer.
Pubmed	Neerja Bhatla, Daisuke Aoki, Daya Nand Sharme, Rengaswamy Sankaranarayanan	2018	Cancer of the cervix uteri.
Pubmed	Ana María Luces Lago, Lucía Mosquera Pan, Belén López Folgueiras, Eva Tizón Bouza	2021	Nuevo Enfoque en el programa de cribado para la detección precoz del cáncer de cérvix en Galicia.
Pubmed	Patti E Gravitt, Roxanne Jamshidi	2005	Diagnosis and management of oncogenic cervical human papillomavirus infection.
Pubmed	Aslam Shiraz, Robin Crawford, Nagayasu Egawa,	2020	The early detection of cervical cancer. The

	Heather Griffin, John Doorbar		current and changing landscape of cervical disease detection.
Google Académico	B. Castelo Fernández, A. Redondo Sánchez, E. Bernal Hertfelderb, L. Ostios García	2017	Cáncer de cérvix. Cáncer de endometrio.
Google Académico	Hernán Cortés Yepes	2003	Papilomavirus y cáncer de cérvix.
Google Académico	Dr. Pablo Marcos Braillard Poccard, Dr. Ariel Braverman, Dr. Marcos Nahuel Cabrera, Dra. Viviana Vanesa Chapier.	2005	Cáncer de cérvix: incidencia según edad y estadio tumoral.
Google Académico	De León de Matta, Silvia Lucía y Villegas Lara, Laura Alejandra	2018	Relación entre bienestar psicológico y mecanismos de afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de cérvix en el Instituto y Hospital de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S. - INCAN-.
Google Académico	Clara Esperanza Ocaña García, Adoración González Sánchez y Rocío Pedraza Delis	2020	Prevención del cáncer de cérvix desde la perspectiva enfermera.
Google Académico	Andrea Solano Mora, Andrés Solano Castillo y Catherine Gamboa Ellis	2020	Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix.
Google Académico	Reyes Cuayahuitl, Sandra Virginia	2020	Calidad de vida y funcionalidad conyugal en pacientes con cáncer cervicouterino.

Scielo	Janet Villafuerte Reinante, Yoel Hernández Guerra, Zuria Elisa Ayala Reina, Laura Naranjo Hernández, José Ángel González Alonso y Mirialys Brito Méndez	2019	Aspectos bioquímicos y factores de riesgo asociados con el cáncer cervicouterino.
Scielo	Arturo Raúl Arévalo B., Dory E. Arévalo Salazar y Carlos J. Villarroel Subieta	2017	El cáncer de cuello uterino.
Scielo	Y. Cabrera; A. Nieto; S. Redondo; N. Garrido; C. Tacuri; A. Cano; A. Holgado	2005	Cáncer de cérvix. Análisis de 72 casos.
Scielo	Margarita María Gómez Gómez y María Isabel Lagoueyte Gómez	2012	El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix.

11.5. ANEXO 5: Necesidades de Virginia Henderson

- 1.- Necesidad de respirar normalmente.
- 2.- Necesidad de alimentarse e hidratarse.
- 3.- Necesidad de eliminar normalmente por todas las vías corporales.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.
- 5.- Necesidad de dormir y descansar.
- 6.- Necesidad de escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- 7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal.
- 8.- Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesiones a otras personas.
- 10.- Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y sensaciones.

11.- Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

12.- Necesidad de ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.

13.- Necesidad de participar en actividades recreativas.

14.- Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud mental.

Fuente: Hernández Martín C. (24).

11.6. ANEXO 6: Escala de Karnofsky

<i>Puntuación</i>	<i>Situación clínico-funcional</i>
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal, pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

Fuente: C. Puiggròs, M. Lecha, T. Rodríguez, C. Pérez-Portabella, M. Planas. (32).

11.7. ANEXO 7: Escala ECOG

ECOG 0	El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
ECOG 1	El paciente presenta síntomas que le piden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente solo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
ECOG 2	El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.
ECOG 3	El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.
ECOG 4	El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.
ECOG 5	Paciente fallecido.

Fuente: Pardo V, Manuel J. (33).

11.8. ANEXO 8: Escala EADG

Subescala de Ansiedad

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
 3. ¿Se ha sentido muy irritable?
 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
- (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
 8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
-

9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Subescala de Depresión

1. ¿Se ha sentido con poca energía?

2. ¿Ha perdido, usted, el interés por las cosas?

3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

4. ¿Se ha sentido usted sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)

7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?

8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?

9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Fuente: Campodarbe FD, de Porras Rosselló, L Ruiz, de Porras, D Gimeno Ruiz, Torra BA, Vall IP. (34).

11.9. ANEXO 9: Escala de Rosenberg

1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.

2. A veces pienso que no soy bueno en nada.

3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.

4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.

5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.

6. A veces me siento realmente inútil.

7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.

8. Ojalá me respetara más a mí mismo.

9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.

10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.

Fuente: Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (35).