

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CÁNCER DE
CÉRVIX DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE
GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA, DEL HOSPITAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2016”**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA**

PATRICIA MONICA LUCIA IZAGUIRRE ARIAS

**Callao, 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ➤ MG. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS | PRESIDENTE |
| ➤ MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SECRETARIA |
| ➤ MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ | VOCAL |

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 024

Fecha de Aprobación de tesis: 29 de Noviembre del 2016

Resolución Decanato N° 1579-2016-D/FCS de fecha 28 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Marco conceptual	12
2.3 Definición de Términos	26
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.1 Recolección de Datos	27
3.2 Experiencia Profesional	27
3.3 Procesos realizados en el cuidado de enfermería en pacientes con cáncer de cérvix del servicio de consulta externa de ginecología oncológica.....	34
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	52
VI. RECOMENDACIONES	53
VII. REFERENCIALES	54
ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

El presente informe pretende compartir la experiencia de la atención en la consulta externa especializada de ginecología oncológica, a pacientes referidas de los diferentes policlínicos y hospitales de la red Rebagliati. Desde la detección, tratamiento y recuperación de aquellas pacientes portadoras de lesiones pre-malignas o cáncer in situ de cérvix.

Históricamente el cáncer de cuello uterino ha sido modelo de atención primaria y secundaria, con alto porcentaje de diagnóstico precoz, mediante el examen citológico ideado por Giorgio Papanicolau en el año 1940. Actualmente, las lesiones pre-malignas o el cáncer de cuello uterino es considerado una infección de transmisión sexual, cuyo factor etiológico es el papiloma Virus humano.

La historia natural de la enfermedad de éste cáncer, evidencia que se trata de un proceso largo, asintomático al inicio, que toma de 10 a 15 años para llegar a ser invasivo.

Según la International Agency for Research on Cancer (GLOBOCAN) (1), para el año 2012 se registraron 528,000 nuevos casos de cáncer de cérvix a nivel mundial, con una mortalidad estimada en 266,000 que representa el 7.5% de muertes femeninas por cáncer; siendo las regiones con mayor incidencia las de menor desarrollo, que incluyen: África del Este 42.7 x 100,000 hab., Melanesia con 33.3 x 100,00 hab. La mortalidad varía en un rango muy amplio que va desde 2 x 100,000 hab. en el Oeste de Asia, Oeste de Europa, Australia y Nueva Zelanda, hasta el 20 x 100,000 hab. en Melanesia (20.6), África Central (22.2) y África del Este (27.6).

En el Perú se presentaron en el año 2012, 4,636 casos nuevos de cáncer de cérvix, con una prevalencia de 34.8 x 100,000 hab. en un año. En ESSALUD la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino fue estimada en 17.6 x 100,000 mujeres aseguradas, en el año 2008.

En el hospital Edgardo Rebagliati Martins de ESSALUD, contamos con la unidad de patología cervical y colposcopia, perteneciente al servicio de Ginecología Oncológica. En esta unidad, se realiza la toma de muestra de citología convencional, que incluye la inspección visual con ácido acético (IVAA). Así también se realizan procedimientos de diagnóstico, como colposcopia y toma de biopsias, y tratamiento, como el cono leep.

Dada la importancia de la detección precoz del cáncer de cuello uterino, cáncer sumamente prevenible y con gran porcentaje de curación, este informe tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de cérvix in situ (CIS) (2), en la consulta externa de ginecología oncológica, pacientes quienes son sometidas al tratamiento de cono leep, tratamiento ambulatorio, y que les permite una rápida recuperación y re inserción a su vida familiar y laboral.

En presente informe consta de VII capítulos, de las cuales a continuación se detallan: Capítulo I, describe la situación problemática, objetivo y justificación, el Capítulo II, incluye los antecedentes, marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III, considera la presentación de la experiencia profesional, Capítulo IV resultados, Capítulo V conclusiones, Capítulo VI Recomendaciones, Capítulo VII referencias bibliográficas, además contiene una apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

Actualmente el cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar en incidencia en mujeres a nivel mundial, con un estimado de 30.2 x 100,000 mujeres y con una mortalidad de 17.5 x 100,000 mujeres en las regiones menos desarrolladas, según estimaciones de Globocan (1), de la IARC (International Agency for Research on Cancer). En ESSALUD la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino fue estimada en 17.6 x 100,000 mujeres aseguradas, en el año 2008. El servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Rebagliati, atiende a las pacientes aseguradas que son referidas a nuestro servicio procedentes de los centros asistenciales pertenecientes a la red Rebagliati, habiendo tenido un tamizaje para cáncer de cuello uterino.

Es así que ESSALUD en el año 2015 establece la "Directiva para la detección temprana del cáncer de cuello uterino", con la finalidad de estandarizar criterios y procedimientos para la promoción, prevención, detección precoz y manejo de lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino. (3)

Las pacientes que acuden a nuestro servicio, llegan con muchas interrogantes, con temor al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, muchas veces procedentes de provincia, por lo que una atención oportuna y adecuada es sumamente importante. Es ahí, donde el profesional de enfermería interviene desde el momento que la paciente llega al servicio, y la acompaña durante todo el proceso de diagnóstico, y tratamiento, brindándole educación, orientación y participando como elemento fundamental en el equipo de salud priorizando la atención según la urgencia del diagnóstico.

El profesional de enfermería participa activamente en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino, en la consulta ambulatoria se realizan exámenes colposcópicos, biopsias y tratamiento de cono leep. Este tratamiento elimina en forma eficaz y segura las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, procedimiento totalmente ambulatorio, que le permite a la paciente reintegrarse rápidamente a sus actividades y a su familia, así también es un procedimiento de bajo costo, lo que contribuye a la economía institucional.

1.2 Objetivo

Describir la experiencia profesional en el cuidado de enfermería en pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino del servicio de consulta externa de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima 2016.

1.3 Justificación

A nivel mundial ocurren 528,000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino por año. 266,000 mujeres mueren por causa de esta enfermedad. Estas pérdidas de vida ocurren principalmente en países en desarrollo, porque el acceso a los servicios de salud es limitado. El cáncer de cuello uterino es una enfermedad prevenible mediante el tamizaje de mujeres asintomáticas para detectar lesiones premalignas mucho antes de la evolución a estadios avanzados de ésta enfermedad. A lo largo de los años que venimos trabajando en la especialidad de Ginecología Oncológica, se ha observado un incremento de los casos de Cáncer de cérvix y lesiones pre malignas, sobre todo en mujeres jóvenes en edad fértil, provenientes principalmente de provincia (referidas). El presente informe pretende dar a conocer la importancia de la prevención, tamizaje, seguimiento y

tratamiento ambulatorio del cáncer de cérvix, es así que el profesional de enfermería, como miembro importante del equipo de salud interviene oportunamente brindando educación, orientación y cuidado oportuno a nuestras pacientes, buscando su pronta recuperación y satisfacción del usuario. Es por eso la importancia del seguimiento y evaluación de las mujeres portadoras de lesiones premalignas o de cáncer in situ, quienes se beneficiarán con un procedimiento terapéutico ambulatorio y seguro, como la ablación electro quirúrgica con asa, o también conocido como cono leep. Procedimiento ambulatorio que permite una rápida recuperación y reintegración a sus actividades laborales y a su familia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

- 2.1.1 **Rodríguez, Sara Silvia Alfaro, 2015. Efectividad de un programa educativo en el conocimiento y actitud sobre prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden al centro de salud Magdalena de Cao. Ascope, 2013. Trujillo, Perú.** El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar la efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimientos y grado de actitud sobre prevención de cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden al Centro de Salud Magdalena de Cao, Ascope, 2013. Es un estudio de tipo cuantitativo – cuasi experimental – en un solo grupo. La muestra estuvo conformada por 52 mujeres que acudieron al establecimiento de salud. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista; como instrumento, el programa educativo y un cuestionario de conocimientos y actitud (pre y post test), diseñados por Linares, M y cols, modificado por la autora. Los resultados se presentan en cuadros y gráficos, llegándose a las siguientes conclusiones: el nivel de conocimiento bueno en el postest fue de 57.7%, comparado con el 13,5% obtenido antes del programa educativo; el nivel de conocimiento, regular; en el postest fue de 25% en comparación con el 42,3% adquirido antes del programa educativo y el nivel de conocimiento deficiente fue de 17,3% en el postest, comparado con el 44,2% obtenido antes del programa educativo. Asimismo, un 84,6% para un grado de actitud adecuado en el postest, comparado con 23,1% antes del programa educativo. Se concluyó que el programa educativo fue efectivo en el nivel de conocimientos y grado de actitud de las mujeres en estudio, con una significancia estadística de $p < 0.05$, equivalente a una certeza mayor a 95%, probándose las hipótesis propuestas.

2.1.2 Briony Rubalí Silva Mori, y otros. 2014. Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012 - 2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014. El cáncer cervicouterino es un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo, pues representa el 10% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres, es el tercer cáncer más común en ellas y el séptimo en comparación con todos los cánceres. El estudio tuvo como objetivo determinar la asociación que existe entre la conducta sexual/reproductiva y el cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas los años 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana, 2014. La metodología empleada es el método cuantitativo, diseño no experimental, correlacional, retrospectivo. La muestra quedó integrada por 113 historias clínicas de mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino. Los datos se recolectaron aplicando el instrumento Ficha de Registro de Conducta sexual/reproductiva y cáncer cervicouterino. El procesamiento de datos se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 20 en español, obteniendo los siguientes resultados: la conducta sexual y reproductiva es: 50,4% tiene edad de inicio de relación sexual de sexarquía precoz (de 10 a 19 años), 71,7% con múltiples parejas sexuales, 59,3% tiene antecedente de infección de transmisión sexual, 79,6% tiene edad del primer parto Temprana o precoz (menor de 20 años), 96,5% en cuanto al números de hijos o paridad fueron multíparas, 39,8% tuvieron aborto provocado.

Al Asociar la conducta sexual y reproductiva y cáncer cérvicouterino, se obtuvo que: existe relación estadística significativa entre: edad de inicio de relaciones sexuales y cáncer cérvicouterino ($p = 0,039$; $p < 0,05$), número de parejas sexuales y cáncer cérvicouterino ($p = 0,013$; $p < 0,05$), Infección de Transmisión Sexual y cáncer cérvicouterino ($p = 0,014$; $p < 0,05$), aborto y cáncer cérvicouterino ($p = 0,02$; $p < 0,05$); y que no existe relación estadística significativa entre: edad del primer parto y cáncer cervicouterino ($p = 0,429$; $p > 0,05$), entre paridad y cáncer cérvicouterino ($p = 0,801$; $p > 0,05$).

2.1.3 Arzuaga Salazar, María, de Souza, María y otros. 2012. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Santa Catarina, Brasil. Objetivo: Analizar el cáncer de cuello de útero como problema social. Métodos: Estudio transversal con datos poblacionales, fundamentado en la epidemiología descriptiva. Los datos fueron recolectados en la base de datos Globocan-2008. En el análisis es aplicada la clasificación de desarrollo de los países, de la Organización de las Naciones Unidas, y los niveles de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino, de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer. Resultados: Para el año 2008 fue estimada la ocurrencia de 529.828 casos nuevos y 275.128 muertes en el mundo, de los cuales 85 % y 88 % respectivamente ocurrieron en países en desarrollo, en estos países la tasa de incidencia por CCU fue de 17,8 por 100.000 mujeres, la tasa de mortalidad fue de 9,8 por 100.000 mujeres y el riesgo de una mujer ser afectada por esa neoplasia antes de los 75 años es de 1,87 % y el de morir es de 1,10 %. En los países desarrollados, la tasa de incidencia por CCU es de 9,0 por 100.000

mujeres, la tasa de mortalidad es de 3,2 por 100.000 mujeres y el riesgo de una mujer ser afectada por esa neoplasia antes de los 75 años es de 0,85 %, y el de morir es de 0,33 %. Conclusiones: El CCU es un problema social mundial, que afecta a las mujeres de los países en desarrollo como de los países desarrollados. Las proyecciones de la enfermedad en el período 2010 a 2030 revelan tendencia en el aumento de casos nuevos, siendo mayor el riesgo de enfermar por CCU en mujeres de países en desarrollo.

2.1.4 Mirella Consuelo Torres Vidal. 2012. Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud “29 de Noviembre” de la ciudad de Santa Rosa, 2009 Tesis En Santa Rosa, según informe de SOLCA, de El Oro, desde el año 1999 hasta el 2004, se han presentado cáncer in situ (inicial) 38 casos, cuello de útero con 58 casos, cuerpo de útero con 2 casos. El objetivo general de la investigación fue, realizar una evaluación de los resultados de las pruebas de Papanicolaou realizadas a mujeres de edad fértil de 20 a 45 años, quienes acudieron a la consulta del Subcentro “29 de Noviembre”, ésta evaluación se la realizó revisando las historias clínicas únicas del año 2009 de dicho centro de salud. El estudio fue de carácter descriptivo, los objetos del estudio fueron los resultados de los exámenes de Papanicolaou, el tamaño muestral fueron las 190 historias clínicas con sus respectivos exámenes de Papanicolaou. Los resultados obtenidos fueron: la gran mayoría de pacientes en consulta externa, han ido una vez al subcentro de salud en un 85.7%, entregándosele el resultado de su prueba de PAP al 95.78%; las mujeres incluidas en ésta investigación, en su mayoría están en un

rango de edad entre 20 y 45 años, han gestado entre 1 y 6 veces, con mínima presencia de abortos esporádicos. El 97,36% procedieron de Santa Rosa, del barrio 29 de Noviembre, su estado civil fue de unión libre en un 53,15% y han cursado solamente la primaria en su mayoría. El 30% de las mujeres de 20 a 35 años han demostrado inflamaciones moderadas. De los 190 casos estudiados el 51.57% no han presentado ITS y el 48.42% si las tuvieron, de las cuales el 40% de ellas fueron por vaginosis bacteriana y el 8,42% otras infecciones. El 83,15% el resultado fue negativo para cáncer uterino, el 12,63% dio un resultado indeterminado, mientras que el 3,15% fue una neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC 1) y el 1,02% NIC 1 + HPV.

- 2.1.5 Leoyfred Armelle Rojas Clavijo, García Luis, Bautista Margarita. 2010. Recidivas de lesiones pre-malignas de cérvix en pacientes tratadas con cono leep. Lima, Perú.** Introducción: El cáncer cervicouterino, ocupa el primer lugar en incidencia en el Perú y en países en vía de desarrollo y es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. El tamizaje mediante la citología de Papanicolaou y el oportuno tratamiento de la lesión preinvasora permite una curación cercana al 100%. Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical, tratadas con cono Leep, que presentaron recurrencia posterior al tratamiento. Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo. Lugar: Servicio de Oncología Ginecológica y Mama, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú. Participantes: Pacientes con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical y tratadas con cono Leep. Intervenciones: Se revisó las historias de 74 pacientes con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical y que fueron tratadas con cono Leep en el quinquenio 2003 a 2007. Principales medidas de resultados: Recurrencia de la lesión. Resultados: Del

total de pacientes, 13 (17,6%) presentaron recurrencia y la mayoría dentro de los dos primeros años de seguimiento. Conclusiones: Se presentó recurrencia de la neoplasia intraepitelial cervical en mayor porcentaje que otros estudios. Existió relación importante entre la edad al momento del diagnóstico, la edad de la primera relación sexual y el número de parejas sexuales. Al término del estudio, todas las pacientes se encontraban libres de enfermedad.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Definición de cáncer de cérvix o cuello uterino.

El cáncer de cuello uterino es la neoplasia ginecológica más frecuente y se caracteriza por un crecimiento anormal y desordenado de células del cuello uterino. Este cáncer tiene relación a la infección por el virus del papiloma humano.

El término neoplasia intraepitelial se refieren a las lesiones epiteliales escamosas, de la parte inferior del aparato genital que se consideran precursoras del cáncer, pero que no llegar a ser cáncer invasor. Las lesiones se diagnostican mediante biopsia y estudio histopatológico (4). La neoplasia intraepitelial cervical (NIC), considera cambios displásicos leves en el citoplasma y núcleo, hasta la displasia grave. Que no invade la membrana basal, característica del cáncer invasor.

2.2.2 Clasificación

En el caso del NIC, las células afectadas en el tercio inferior del epitelio escamoso se denomina displasia leve o NIC 1, si se extiende al tercio medio se denomina NIC 2 o displasia moderada,

si llega al tercio superior se conoce como displasia grave o NIC 3, y si compromete todo el grosor se llama carcinoma in situ.

En el cuello uterino, durante el examen de colposcopia podemos observar dos clases de epitelio. El epitelio escamoso del cuello uterino se ve como una superficie de color rosa pálido, liso. Los vasos sanguíneos se encuentran debajo de esta capa y no son visibles, o de apreciarse se ven como una red capilar fina. El epitelio cilíndrico secretor de mucina del endocervix es rojo debido a la proximidad de los vasos sanguíneos que se encuentran debajo del epitelio de una sola capa de espesor. El epitelio cilíndrico se caracteriza por hendiduras o pliegues y también se le conoce como "glandular", pero no existen glándulas verdaderas. Estas dos variantes de epitelio presentes en el cuello uterino es lo que se denomina Unión escamo columnar. Esta unión escamocolumnar varía de localización en diferentes etapas de la vida. Se vierte hacia el exocervix durante la adolescencia, embarazo y durante el uso de anticonceptivos hormonales; y se introduce hacia el conducto endocervical durante la menopausia.

La metaplasia escamosa es un proceso normal, por el cual un epitelio cilíndrico puede transformarse a escamoso. Este proceso ocurre adyacente a la unión escamocolumnar, lo que crea una zona de epitelio metaplásico, que se denomina zona de transformación, y una nueva unión escamocolumnar. La mayoría de las neoplasias intraepiteliales se desarrollan en la zona de transformación. En teoría, las células que experimentan cambios metaplásicos, son más vulnerables a los oncógenos del virus del papiloma humano (PVH) (5).

2.2.3 Papiloma Virus Humano (PVH)

PVH son las siglas para referirse al virus de papiloma humano. Los PVH son un grupo de más de 150 virus relacionados. A cada variedad de VPH en el grupo se le asigna un número, por ejemplo, PVH-16. Los PVH son llamados virus del papiloma debido a que algunos tipos de PVH causan verrugas o papilomas que son tumores no cancerosos. Sin embargo, se sabe que algunos tipos de PVH causan cáncer. El PVH causa la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino, así como muchos cánceres de vagina, vulva, ano, pene y orofaringe (cáncer de la garganta y la lengua). Los virus del papiloma son atraídos y solo pueden vivir en ciertas células del organismo llamadas células epiteliales escamosas. Estas células se encuentran en la superficie de la piel y en superficies húmedas (llamadas superficies mucosas), como:

- La vagina, el ano, el cuello uterino, la vulva

- El interior del prepucio y de la uretra del pene
- El interior de la nariz, la boca y la garganta
- La tráquea y los bronquios

Alrededor del 75% de los tipos de PVH causan verrugas de la piel (a menudo en los brazos, el pecho, las manos y los pies). Estas verrugas son comunes. El otro 25% de los tipos se consideran PVH de las mucosas (6). Se clasifican de alto riesgo (HR) y de bajo riesgo (LR) según su capacidad para desarrollar cáncer de cuello uterino.

Los PVH de bajo riesgo tipos 6 y 11 causan casi todas las verrugas genitales y rara vez estas infecciones son de tipo oncógeno. Los PVH de alto riesgo incluyen los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, y 58, producen casi el 95% de los cánceres cervicales.

La infección genital por PVH se considera una enfermedad de transmisión sexual muy frecuente. Al inicio es totalmente asintomática presentando sintomatología en estadios avanzados.

Actualmente se han desarrollado vacunas para prevenir la infección por PVH, una vacuna bivalente contra los tipos 16 y 18 de PVH, y la otra vacuna tetravalente contra los tipos 6,11,16 y 18 de PVH. La VPH4 (Gardasil) está aprobada para:

Mujeres de edades de 9 a 26 años para protegerse contra el cáncer de cuello uterino y prevenir las verrugas genitales.

Hombres de edades de 9 a 26 años para prevenir las verrugas genitales.

La VPH2 (Cervarix) está aprobada para:

Mujeres de edades entre 10 y 26 años para ayudar a proteger contra el cáncer de cuello uterino.

Las niñas de 11 y 12 años deben recibir series de la vacuna contra el VPH:

La vacuna se aplica en 3 inyecciones durante un período de 6 meses. La segunda y tercera dosis se aplican a los 2 y 6 meses después de la primera. Ambas son de aplicación intramuscular en número de tres dosis (7).

Gardasil 9 es una vacuna que está indicada en mujeres entre 9 y 26 años de edad para la prevención del cáncer cervical, vulvar, vaginal y anal causado por el papiloma virus humano (PVH), tipos 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58. Y verrugas genitales causados por el PVH tipo 6 y 11. También está indicado su uso en varones entre 9 y 26 años. Gardasil 9 no ha sido demostrado que provee protección contra infecciones por PVH si la persona ha sido expuesta

previamente a este virus. La administración es por vía intramuscular en región deltoidea en intervalos de 0 meses, 2 meses, 6 meses (8).

2.2.4 Factores de Riesgo.

Se ha demostrado que la infección por PVH es la causa necesaria pero no la única suficiente para desarrollar cáncer de cuello uterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el PVH, influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad.

- **Coitarquia**

Antes de 16 años el riesgo relativo aumenta a 2 ó 3 que aquellas que inician su vida sexual a los 20 años. Tal vez debido a un incremento de la susceptibilidad del epitelio cervical a la exposición al carcinógeno (9).

- **Poliandria**

Se ha reportado un riesgo tres veces mayor de padecer cáncer cervical en mujeres que han tenido 10 o más parejas sexuales que en aquellas que han tenido uno o ninguna pareja sexual. . Aumenta la probabilidad de exposición al VPH. Las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional (9).

- **Características del compañero sexual**

Una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros. La historia sexual del compañero podría ser tan importante como la propia.

- **Multiparidad**

Por el trauma cervical durante el parto y también debido a los cambios hormonales y nutricionales que ocurren durante la gestación. El riesgo es cuatro veces mayor para las mujeres latinoamericanas que tienen 12 o más niños.

- **Tabaquismo**

Al parecer habría un efecto carcinogénico directo sobre el cuello uterino debido a que se han encontrado metabolitos de la nicotina en la mucosa cervical de la mujer fumadora.

- **Anticonceptivos orales**

La expresión de los oncogenes E6 y E7 del PVH puede ser potenciado por los estrógenos. Existe riesgo de cáncer cervical asociado con el uso prolongado de anticonceptivos orales (12 años o más). Esta asociación es más fuerte para adenocarcinoma que para carcinoma de células escamosas (10).

2.2.5 Prevención Del Cáncer De Cérvix.

La prevención primaria deberá orientarse hacia el enfoque de las prácticas sexuales y los comportamientos de riesgo. La educación y consejería acerca de los factores de riesgo es de vital importancia y debe impartirse en todos los establecimientos de salud, y dirigidos sobre todo a los jóvenes.

- **Citología cervical o Papanicolau**

Papanicolau 1883 – 1962. Médico anatomista y citólogo griego.(11)
El examen citológico ideado por Giorgio Papanicolau en el año 1940 es la prueba más frecuente de detección para el cáncer de cuello uterino en las mujeres que no tienen síntomas de cáncer. Por lo general, se realiza durante el control ginecológico de una

mujer. Para realizar la citología cervicovaginal se debe contar con los siguientes

Materiales y equipo:

- Equipo
 - Camilla ginecológica.
 - Fuente de Luz
 - Espéculo de graves
 - Bandeja de instrumentos
 - Materiales
 - Lámina portaobjeto.
 - Cureta de Ayre
 - Alcohol al 96 % colocado en un recipiente con tapa
 - Guantes descartables
 - Hoja de solicitud de citología
-
- **Citología en base Líquida**

Otra prueba es la citología en medio líquido, y representa la mayor parte de las pruebas de citología que se realizan en Estados Unidos. La citología en base líquida es más sensible y exacta para la detección de lesiones escamosas como adenocarcinomas del cuello uterino, disminuyendo así los índices de muestras insatisfactorias (12).

Se obtiene la muestra del cuello uterino y se suspende en una suspensión conservante basada en alcohol. En este líquido se filtra la sangre, el moco y las células inflamatorias. En el laboratorio se deposita una muestra representativa de células en el portaobjeto mediante un dispositivo automático, se tiñe la extensión y se analiza de la forma habitual. Se utiliza para detectar el PVH. (13)

- **Test de identificación de ADN para PVH.**

Las pruebas para la detección del ADN viral del VPH analizan la presencia de ADN del virus del papiloma humano. La prueba del VPH detecta el virus y no los cambios en las células (14). Estas pruebas pueden detectar infecciones por el virus del papiloma humano antes de que sean evidentes las anomalías en las células.

- **Colposcopia**

Es un procedimiento ambulatorio, rápido y muy bien tolerado. Se utiliza el Colposcopio, que es un instrumento que permite el examen visual del cérvix y parte superior de la vagina. Este examen debe realizarse en aquellas pacientes con resultados anormales en la citología. Permite examinar el cuello uterino e identificar y tratar lesiones premalignas.

Se utiliza un aparato llamado colposcopio, que es un sistema de visión estereoscópica con ajustes para la magnificación de la visión, y es colocado en un soporte. La iluminación es proporcionada por una lámpara de luz halógena de alta intensidad. El uso de un filtro de luz verde enfatiza el contraste haciendo que el color rojo se vea negro, esto permite examinar los vasos sanguíneos.

Durante el procedimiento, previa orientación y educación de la paciente, se le colocará en posición ginecológica, y el colposcopista procederá con la realización del examen donde podrá realizar otras pruebas como:

Inspección visual con Ácido Acético (IVAA). El ácido acético es un agente mucolítico, que precipita las proteínas del núcleo celular, lo que hace que las lesiones tomen un color blanco.. El cambio acetoblanco permite delimitar la extensión de la lesión.

✓ Inspección visual con Yoduro de Lugol (IVIL) La solución de lugol tiñe las células epiteliales escamosas de color caoba en las mujeres con estrógenos exógenos por el alto contenido celular de

glucógeno. Las células displásicas tienen menor contenido de glucógeno y por lo tanto no se tiñen por completo tomando coloraciones amarillas. Es útil para definir los límites de la zona de transformación.

- ✓ Biopsia ectocervical, durante la colposcopia, se visualizan las lesiones sospechosas, se podrán obtener muestras de tejido mediante la utilización de pinzas de biopsia, tipo Tischler, Kevorkian, Gaylor. Para la toma de biopsia no amerita el uso de anestesia. La hemostasia se logra con la aplicación de nitrato de plata, o solución de Monsel (sub sulfato férrico)
- ✓ Biopsia de canal endocervical. Se toma la muestra de toda la longitud y circunferencia del canal endocervical utilizando una cureta (15).

2.2.6 Tratamiento De Las Lesiones Pre Malignas.

Procedimiento de Ablación Electroquirúrgica con asa, CONO LEEP.

La Conización con Asa Electro quirúrgica es conocida como CONO LEEP, por sus siglas en inglés (Loop Electro Excision Procedure). Este es un procedimiento quirúrgico relativamente sencillo que se utiliza en el diagnóstico y tratamiento del Cuello Uterino (Cérvix).

Es un procedimiento ambulatorio, quirúrgico, puede ser diagnóstico o terapéutico. En este procedimiento se utiliza corriente eléctrica para generar onda de energía a través de un electrodo de metal que corta o disecciona los tejidos cervico uterino.

Material y equipo:

Los insumos y materiales que se requieren son el Equipo de electrocirugía, Set de Cono LEEP, una jeringa, Aguja Potocky N° 27, Electrodo en asa de 20 y 25mm, asas de 7 y 10mm para canal y electrodo en bola de plata de 3 y 5 mm y Subsulfato férrico. Se

administra anestesia local en cuatro cuadrantes del cuello uterino utilizando 3 o 4 cartuchos de lidocaína al 2% con o sin epinefrina. Lugol, espéculo graves de teflón y Subsulfato férrico.

Luego se coloca un especulo vaginal graves teflonado al igual que se hace para la toma de la muestra de Papanicolaou, adaptado a un conducto de aspiración incorporado. Luego se aplica una solución Lugol al 10% al cuello uterino (Test Schiller) para delimitar el área o lesión detectada con la colposcopia y remover el área anormal con una pasada, o varias pasadas.

El procedimiento para retirar la zona afectada con lesión pre cancerosa con el electrodo en asa de 20 y 25mm depende del tamaño de la lesión y toma solo segundos, pero la electro fulguración para controlar el sangrado post conización del lecho cruento puede tomar varios minutos adicionales. Luego de culminada la fulguración se aplica una pasta verdosa que sirve como sellador para el lecho llamada solución de Monsel's (Subsulfato férrico) para controlar el sangrado, la cual podría causar un flujo vaginal oscuro por varios días. Al terminar el procedimiento se coloca tapón vaginal que se retira en 24 a 48 horas (16).

2.2.7 Teorías Científicas.

1. Teoría general de la Enfermería según de Dorothea Orem. (1971)

La teoría general de la enfermería de Dorothea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería (17)

Teoría del autocuidado. Explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además 3 requisitos de autocuidado, como los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

Requisitos de autocuidado universal. Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo. Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados con los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado. Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones como causa de su salud o relaciones con ella no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoría de los sistemas de enfermería. Explica los modos de atención de enfermería, los cuales se identifican mediante 3 sistemas:

Sistemas de enfermería compensadores. La enfermera supe a la persona.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores. El personal de enfermería proporciona autocuidados.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación. La enfermera actúa ayudando a las personas para que realicen las actividades de autocuidado que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar a la persona a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar 5 métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo (18).

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud , como responsables de decisiones que condicionan su situación coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud . Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cudad y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento , teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema , capacidad de autocuidado , barreras

o factores que lo dificultan , recursos para el autocuidado , etc. y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
4. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

*** Concepto de persona :**

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y

los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente .

*** Concepto de Salud :**

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

*** Concepto de Enfermería :**

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta

El postulado de la teorista Dorothea Orem es relevante para mi experiencia profesional pues nos permite ayudar a la paciente a llevar a cabo y mantener por ellas mismas acciones de autocuidado para conservar la salud y mejorar su calidad de vida. Es decir la paciente participa activamente en el cuidado de su salud, y al tratarse de pacientes ambulatorias, es de suma importancia la

intervención de enfermería para que desarrollen conductas favorables para su salud y el de su entorno, previniendo condiciones negativas. El rol de la enfermera en consulta externa, consiste entonces en guiar a la persona, (en este caso pacientes ambulatorias), para que consigan responsabilizarse de su autocuidado, guiándola, apoyándola y enseñándole conductas favorables para la recuperación y mantenimiento de la salud.

2.3 Definición de Términos

- **Carcinoma** : Neoplasia premaligna que no ha invadido la membrana basal pero
- que presenta las características histológicas de un cáncer invasivo. (19)
- **Carcinoma in situ (CIS)**: Estadio de lesión premaligna que compromete todo el espesor del epitelio del cuello uterino, pero que no penetra la membrana basal.
- **Cono Leep** : Procedimiento quirúrgico excisional para extraer una muestra del tejido del cuello del útero, utilizando corriente eléctrica. Se utiliza el asa Leep. Puede ser diagnóstico o terapéutico.
- **NIC** : Neoplasia intra epitelial cervical.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se ha utilizado como fuente (s) de recolección de datos, la observación, la entrevista de la paciente, revisión de historia clínica y revisión de fuentes bibliográficas y trabajos de investigación, artículos científicos, revistas especializadas y la opinión de profesionales en la especialidad de ginecología oncológica.

3.2 Experiencia Profesional

-Recuento de la Experiencia Profesional

Al concluir los estudios de enfermería , se cumplió con el requisito de laborar en un área rural, es así que se trabajó para la gerencia Regional Norte Medio, Trujillo, para entonces IPSS hoy ESSALUD en la posta de "El Carmelo", como enfermera SERUMS.

Al regresar a Lima se ingresa a trabajar en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 1985, cumpliendo un año en el servicio de retén y a partir del año 1986 hasta el año 1995 se trabajó en el Servicio de Neumología, durante tres años como enfermera asistencial, luego como enfermera sub jefe de servicio y reemplazo de jefatura hasta el año 1992, y desde 1992 hasta 1995 como enfermera encargada de la Unidad de Endoscopia bronquial y fisiología respiratoria.

En el servicio de Neumología se atienden pacientes con patología del aparato respiratorio y mediastino, siendo los casos más frecuentes durante los años que estuve, enfermedades como EPOC, asma

bronquial, micosis pulmonar y cáncer pulmonar. También patologías como tuberculosis drogorresistente, donde los casos ingresaban muy complicados, para diagnóstico, procedimientos (broncoscopia) y tratamiento. Durante la etapa en la unidad de fisiología respiratoria y broncoscopia, la enfermera especializada, debía realizar las pruebas de función pulmonar (espirometría), con dosaje de AGA pre y post espirometría. Unidad que tuve la oportunidad de organizar, e iniciar el aprendizaje del procedimiento de espirometría con el antiguo espirómetro de campana, y luego ya con los modernos espirómetros computarizados. En la unidad de broncoscopia, se realizan procedimientos con el endoscopio flexible y en aquellos años también se realizaban broncoscopías rígidas. Luego de la experiencia por el servicio de Neumología durante 9 años, solicité el cambio de servicio, ya que en ese entonces atendíamos muchos casos de tuberculosis drogorresistente durante los procedimientos endoscópicos.

Pasamos a trabajar al servicio de enfermedades autoinmunes durante tres años, desde 1995 al año 1998, aquí se aplicaba tratamiento endovenoso como pulsoterapia para el tratamiento de enfermedades como LES, pénfigo, artritis reumatoidea, psoriasis. Tuve la oportunidad de dialogar entrevistar al paciente y su familia, ya que son pacientes crónicos y cada cierto tiempo cuando la enfermedad se reagudizaba volvían a ser hospitalizados. Son pacientes con baja autoestima, donde la imagen corporal se ve muy afectada, necesitados de mucho apoyo emocional, de cariño y aceptación por parte de su parejas, familia y sociedad; la enfermera tiene un rol muy importante en la educación para el cuidado y prevención de factores desencadenantes de los síntomas, además de administrar los tratamientos farmacológicos indicados.

A partir del año 1998 hasta la fecha (18 años), vengo trabajando en el servicio de ginecología oncológica, primero como enfermera subjefe del área de hospitalización hasta el año 2003 y a partir de ese año en consultorios externos de esta especialidad como enfermera asistencial.

Por cuestiones administrativas de ESSALUD, el piso 8C contaba con las especialidades Hematología y Ginecología Oncológica, en hematología se trataban con quimioterapia pacientes con diagnóstico de leucemia linfocítica aguda, leucemia mieloide aguda y crónica, etc. Pacientes sumamente delicados donde las medidas de bioseguridad son prioritarias, donde la educación al paciente y familia sobre su patología y tratamiento es indispensable y es la enfermera quien debe ser la guía acerca de sus cuidados durante la hospitalización y al alta. Y en el servicio de ginecología oncológica, servicio quirúrgico donde tratamos los cánceres de mujeres siendo los más frecuentes : cáncer de mama y de cérvix, además de otras patologías como el cáncer de ovario, de endometrio , de vulva. Las pacientes ingresan muy temerosas acerca de su diagnóstico y tratamiento quirúrgico, es la enfermera en este caso la enfermera sub jefe quien las recibe en la unidad de hospitalización, les brinda orientación, educación a lo largo de la hospitalización hasta el alta. Organiza el trabajo, coordina los exámenes auxiliares, interconsultas, y coordina con el servicio de sala de operaciones y recuperación, así mismo las reevaluaciones por el cirujano responsable o el médico de guardia si fuera necesario.

Al alta de las pacientes, las reunía , se les daba educación sobre los cuidados post operatorios, en caso de mastectomizadas se les instruía sobre los ejercicios que debían realizar, su alimentación y su vida en pareja. Se trabajó conjuntamente con la psicóloga del servicio llegando a tener reuniones con las pacientes post operadas para disipar sus dudas y educarlas respecto a su tratamiento

complementario posterior. Luego dentro de la misma especialidad de ginecología oncológica y hasta la fecha trabajo como enfermera asistencial en la consulta externa, donde tenemos la unidad de colposcopia y una sala para cirugía menor donde se realizan procedimientos de diagnóstico y terapéuticos como por ejemplo: Extirpación de lesión no palpable de mama, tumorectomías, resección de conductos terminales, colposcopías, cono leep, vulvoscopías, etc. Donde la enfermera debe recepcionar, entrevistar, realizar el control de signos vitales, monitorizar durante el procedimiento, educar y brindar apoyo emocional a la paciente que será sometida a una cirugía ambulatoria. Así también se brinda educación y orientación al familiar acompañante. En este servicio además de la sala de cirugía menor, tengo a cargo 4 consultorios, donde se debe organizar, planificar, coordinar y evaluar la atención de enfermería que se brinda a la paciente ambulatoria, además de supervisar y evaluar el trabajo que brinda el personal técnico y auxiliar de enfermería. Se proporciona el material necesario para la atención en los consultorios. Siendo ésta especialidad de Ginecología oncológica donde se atienden las pacientes diagnosticadas o en estudio de los cánceres femeninos de mayor frecuencia esto es: cáncer de mama y cáncer de cérvix.

-Descripción del Área Laboral

*Recursos Humanos. El servicio de Ginecología Oncológica en la consulta externa cuenta con dos enfermeras que trabajan alternativamente turnos de mañana y tarde. Contamos con 16 médicos especialistas, médicos residentes de la especialidad en número de 6 y también se cuenta con personal auxiliar y técnico de enfermería en número de 5.

*Organización. Administrativamente Consultorios externos de adultos es un servicio a cargo de una enfermera jefe de la consulta, pero cuenta con muchas especialidades cada una con características y necesidades individuales. Nuestro servicio de Ginecología Oncológica, coordina con la jefe de consultorios para la dotación de material , así como los horarios del personal auxiliar y/o técnico de enfermería. En cuanto a los procedimientos quirúrgicos, hospitalización de pacientes se coordina con el médico jefe del servicio de ginecología oncológica.

*infraestructura. Se cuenta con tres consultorios para la atención de consulta externa propiamente dicha y un consultorio para cirugía menor, donde se efectúan los procedimientos ambulatorios. Están ubicados en el primer piso del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

*Prestaciones. En un servicio altamente especializado donde se brinda atención a las pacientes aseguradas en la prevención, promoción, tratamiento recuperación y rehabilitación del cáncer ginecológico y mamario.

-Funciones desarrolladas en la actualidad.

a) Área asistencial.

- Recepcionar, entrevistar, evaluar, controlar funciones vitales, educar y brindar apoyo emocional a la paciente que será sometida a una cirugía ambulatoria. Así mismo al familiar acompañante.
- Proveer al cirujano todo lo necesario para el acto quirúrgico.
- Controlar signos vitales antes y durante la cirugía e informar oportunamente al cirujano cualquier signo de alarma. Brindar atención de emergencia en caso fuera necesario

- Educar a la paciente post cirugía sobre los cuidados que deberá tener , acerca de su próxima cita, acerca de su receta. Se responderán sus dudas o los de su familia.
- Cuidar que se observen las normas de bioseguridad.

b) Área Administrativa.

- Organizar, planificar, coordinar, y evaluar la atención de enfermería de acuerdo al plan establecido, previo diagnóstico de enfermería de la paciente ambulatoria.
- Supervisar y evaluar al personal auxiliar y técnico de enfermería a cargo.
- Proporcionar material para la atención en los consultorios.
- Realizar los pedidos de material fungible de acuerdo a la demanda y necesidades del servicio.
- Solicitar las historias clínicas de las pacientes programadas para hospitalizarse. Revisar la historia clínica, de tal forma que cuenten los todos los análisis completos, y hoja de acreditación.
- Informar a las pacientes que se hospitalizan sobre las normas de la institución, preparación preoperatoria, horario de visitas y pases de familiares.
- Controlar y registrar las órdenes y muestras de anatomía patológica y papanicolau.
- Realizar seguimiento y ubicación de las pacientes con resultados sospechosos y/o positivos, a quienes se les gestionará una cita con el médico de acuerdo a la severidad del caso.
- Realizar seguimiento y ubicación de las trabajadoras de la institución de control pre-vacacional con resultados

sospechosos y/o positivos, coordinando con el servicio de medicina preventiva.

- Informe de los resultados de papanicolau a las pacientes ambulatorias, a quienes se les brindará educación personalizada. Se coordinará con el médico una cita según sea la urgencia del caso, previa evaluación por la enfermera.
- Mantener los libros de registros de la especialidad.
- Realizar la estadística de procedimientos de enfermería.
- Realizar inventario de material médico quirúrgico del servicio.

c) Área Docencia.

- Capacitar al personal de enfermería acerca de las técnicas y procedimientos de la especialidad.
- Orientar al personal nuevo en el servicio.
- Capacitar a la estudiante de enfermería en procedimientos de la especialidad.
- Participar en la educación continua del servicio, brindando charlas de actualización al personal de enfermería y técnico de enfermería.

d) Área investigación.

- Participar en proyectos de estudio de investigación de la especialidad de ginecología oncológica.
- Brindar información según sea solicitada por la jefatura.

3.3 Procesos realizados en el cuidado de enfermería en pacientes con cáncer de cérvix del servicio de consulta externa de ginecología oncológica

En el servicio de consulta externa de Ginecología Oncológica atendemos a pacientes que son referidas de sus policlínicos y hospitales de origen para su diagnóstico y tratamiento. Al tener el hospital Edgardo Rebagliati un nivel resolutivo, debemos dar solución a los problemas de salud de las pacientes, es así que ESSALUD, con resolución N° 002-GCPS-ESSALUD-2011, forma el Comité Nacional Oncológico de ESSALUD, encargado de formular y elaborar el documento técnico **“Plan de Atención Integral de Cáncer de ESSALUD 2011-2016”** y el año pasado 2015 implementa la **“Directiva para la detección temprana del cáncer de cuello uterino”**, donde se reunieron profesionales médicos ginecólogos, patólogos, obstetras y enfermeras de varias regiones del país, con la finalidad de estandarizar criterios y procedimientos para la promoción, prevención, detección precoz y manejo de lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino en ESSALUD. Esto es desde el primer nivel de atención hasta el nivel resolutivo en los hospitales nacionales como el hospital Rebagliati donde se brinda atención especializada. Es en este contexto y a lo largo de 18 años de trabajar en esta especialidad, he observado la presencia de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino principalmente en mujeres en edad fértil, laboralmente activas, muchas veces siendo el único sustento familiar. También la presencia de éstas lesiones en mujeres solteras o divorciadas que de acuerdo a la literatura existente tienden a tener mayor riesgo por el mayor número de parejas sexuales sean ocasionales o permanentes.

El Cono LEEP, en nuestro servicio, es un procedimiento ambulatorio, seguro y que se realiza en casos indicados. Para lo cual las pacientes deberán tener resultados de Pap patológicos (NIC 2 –NIC 3), exámenes colposcópicos, biopsias cervicales y/o endocervical confirmando el diagnóstico. Luego de lo cual el médico especialista indicará la operación de cono leep.

Durante mi experiencia profesional he tenido la oportunidad de interactuar con la paciente y su pareja si la tuviera. Son pacientes con muchas interrogantes, que desconocen las acciones preventivas a tener en cuenta, necesitadas de mucha educación y sobre todo consejería respecto a su vida sexual. Con temor al procedimiento de Leep cervical y a las consecuencias sobre una posible maternidad ulterior, si ésta no estuviera satisfecha.

Es así que la intervención de enfermería es prioritaria y fundamental para lograr con éxito la colaboración de la paciente para su tratamiento quirúrgico y cuidado posterior al mismo, logrando que se involucre con responsabilidad en su recuperación y en el cambio de actitud hacia una sexualidad responsable.

De la intervención de Enfermería:

Se realiza la valoración de la paciente según dominios y se ejecuta el plan de cuidados, siendo los diagnósticos más frecuentes en estas pacientes el temor, patrón sexual ineficaz y el riesgo al sangrado post procedimiento. Diagnósticos que para la finalidad de éste informe de experiencia profesional se han trabajado según dominios aprobados por la NANDA.

CUADRO 3.1

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS (20,21,22)

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	FACTOR RELACIONADO	DOMINIO
1. Patrón sexual ineficaz	Conducta sexual de riesgo e/p múltiples parejas sexuales.	Dominio 8: Sexualidad Clase 2: Función sexual Código: 00065
2. Temor	Ansiedad con respecto al pronóstico de su enfermedad e/p Impaciencia por el resultado de su operación	Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento Código: 00148
3. Riesgo de sangrado	. Sometida a operación cono leep e/p Colocación de gasa vaginal.	Dominio 11: Seguridad / protección Clase 2: Lesión física Código: 00206

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC) (23)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC) (24)
<p>(00065) 1.-Patrón sexual ineficaz</p>	<p>(1905) *Control de riesgo: Enfermedad de transmisión sexual (ETS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica los factores de riesgo de enfermedades de transmisión sexual - Reconoce los factores de riesgo personales. - Limita el número de parejas. - Reconoce la capacidad para cambiar de conducta. <p>(1600) *Conducta de adhesión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Busca información relacionada con la salud a partir de diversas fuentes. - Contrapesa los riesgos y los beneficios de la conducta sanitaria. - Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta inadecuada y optimizar al máximo la salud. 	<p>(5622) *Enseñanza de relaciones sexuales seguras.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir a la paciente sobre las ETS y los factores que aumentan el riesgo de ETS. - Proporcionar información precisa sobre las implicaciones de tener múltiples parejas sexual. - Comentar los métodos de protección para las relaciones sexuales (barrera, vacunación, dispositivo intrauterino, abstinencia) incluyendo eficacia, los efectos secundarios, contraindicaciones. - Comentar las consideraciones religiosas, culturales, socioeconómicas, e individuales referentes a la elección de la protección sexual. <p>(5248) *Asesoramiento Sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación basada en la confianza y respeto. - Proporcionar intimidad y asegurar confidencialidad. - Animar a la paciente que verbalice sus miedos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)
(00148) 2. -Temor	(1404) *Autocontrol del miedo <ul style="list-style-type: none"> - Busca información para reducir el miedo. - Elimina factores precursores del miedo. - Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo. (1300) *Aceptación del estado de salud. <ul style="list-style-type: none"> - Reconoce la realidad de la situación de salud. - Expresa autoestima positiva. - Se adapta al cambio en el estado de salud. - Clarifica los valores personales. (1302) *Afrontamiento de problemas <ul style="list-style-type: none"> - Verbaliza sensaciones de control. - Refiere disminución del estrés. - Verbaliza aceptación de la situación - Busca información acreditada sobre el diagnóstico. 	(5230) *Mejorar el afrontamiento. <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y a largo plazo. - Animar a los pacientes a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. - Ayudar a la paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida. - Ayudar a la paciente a clarificar los conceptos equivocados. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. (5270) *Apoyo emocional. <ul style="list-style-type: none"> - Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad ira o tristeza. - Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.

	<p>(1305) *Modificación psicosocial: cambio de vida.</p> <ul style="list-style-type: none">- Mantenimiento de la autoestima.- Expresiones de optimismo sobre el presente y futuro.	<p>(5380) *Potenciación de la seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none">- Disponer un ambiente no amenazador.- Mostrar calma.- Permanecer con la paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad.
--	---	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)
<p>(000206) 3.-Riesgo de sangrado</p>	<p>(0409) *Coagulación sanguínea</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observación de sangrado (ginecorragia) - Formación de coágulo <p>(0300) *Autocuidados. Actividades de la vida diaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retiro de gasa vaginal según indicación - Reposo relativo y deambulación limitada según indicación - No relaciones sexuales por seis semanas mínimo - Sigue las indicaciones de no tener baños de inmersión (tina, piscina, mar) - Realiza su higiene corporal 	<p>(4010) *Prevención de hemorragias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar a la paciente por si presenta ginecorragia - Control de signos vitales - Mantener reposo luego de procedimientos - Evitar el estreñimiento (fomentar ingesta de líquidos) <p>(1800) *Ayuda con el autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar la edad de la paciente al promover las actividades de autocuidado - Comprobar la capacidad de la paciente para ejercer un autocuidado independiente <p>(5612) *Enseñanza: Ejercicio prescrito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar a la paciente el propósito de las actividades que puede realizar - Informar acerca de las actividades que puede realizar en función de su estado físico

Debo de exponer que a lo largo de mi experiencia profesional, he encontrado limitaciones materiales, como por ejemplo: para realizar esta operación de Cono Leep, la literatura nos dice que se debe de contar con un espéculo teflonado y un equipo de aspiración de humo sellado, pero en nuestro servicio de Ginecología Oncológica, no contamos con dicho material. Este humo quirúrgico, contiene monóxido de carbono, hidrocarburos poliaromáticos y diversos gases tóxicos en cantidades mínimas (National Institute for Occupational Safety and Health,1999). Aunque no ha habido demostración de la transmisión de enfermedades infecciosas a través del humo quirúrgico, existe la posibilidad de que se generen fragmentos virales infectantes (25). Y al tratar lesiones producidas por el Virus del papiloma humano, pone en riesgo de infección por este virus al personal de enfermería y médico. Sin embargo, en la unidad de cirugía menor de Ginecología Oncológica se atienden en promedio 200 cirugías , donde están incluidos los procedimientos de cono leep.

Se ha hecho una revisión de 6 meses desde Marzo del 2016 a Agosto del 2016.

CUADRO 3.2

N° De pacientes atendidas de Marzo a Agosto del 2016 en cirugía menor en el Servicio de Ginecología Oncológica. HNERM

MESES	CIRUGÍA MENOR
MARZO 2016	223
ABRIL 2016	220
MAYO 2016	223
JUNIO 2016	191
JULIO 2016	218
AGOSTO 2016	216
TOTAL DE PACIENTES ATENDIDAS	1291

En el servicio de ginecología oncológica, se ha visto la necesidad de contar con un consultorio de consejería a cargo de la enfermera oncóloga, inquietud que se dio a conocer a nuestras autoridades de enfermería, se presentó en físico un proyecto de Consejería de Enfermería dirigido a pacientes del servicio de Ginecología Oncológica, tanto para aquellas pacientes en el pre operatorio como para aquellas que luego de ser operadas requieren educación y orientación para reinsertarse en su vida familiar, de pareja y laboral. Este proyecto se presentó con fecha de Febrero del 2013, pero hasta la fecha no es implementado.

Este proyecto es de suma importancia porque la paciente al ser diagnosticada de cáncer tiene sentimientos de tristeza, rabia, negación, rechazo, ira, temor, sentimientos que muchas veces no son verbalizados, y que hacen que nieguen su realidad, abandonando muchas veces el

tratamiento y dejando que la enfermedad siga su curso y acudiendo a buscar solución cuando la enfermedad está avanzada.

Luego deberá enfrentar cambios físicos por el tratamiento quirúrgico y/o médico y tendrá que aprender a aceptar y convivir con la enfermedad.

La consejería de enfermería oncológica es un espacio que genera confianza al paciente, quien requiere una consulta oportuna e individualizada, que le brinde orientación sobre su patología, que le permita conocimiento sobre su enfermedad, tratamiento, recuperación y rehabilitación.

Dado el alto número de pacientes que acuden a la consulta externa, el tiempo es escaso para brindarles la atención requerida. Por eso, el consultorio de enfermería es de necesidad primordial para beneficio de la paciente oncológica y su familia.

Confiamos que ESSALUD acceda a este proyecto, más aún con la modificatoria del art. 9 inciso K de la Ley 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera (o), aprobado mediante el Decreto Supremo 004-2002-SA por el congreso de la República este año 2016.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

N° de Colposcopias en relación al número de atenciones en la unidad de cirugía menor en el servicio de Ginecología Oncológica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Marzo – Agosto 2016

Meses	N° Atenciones	N° Colposcopias	%
MARZO	223	15	6.7%
ABRIL	220	15	6.8%
MAYO	223	24	10.7%
JUNIO	191	12	6.2%
JULIO	218	24	11.0%
AGOSTO	216	21	9.7%
TOTAL	1291	111	8.6%

En el cuadro N° 4.1, podemos observar que del total de atenciones en la unidad de cirugía menor del servicio de Ginecología oncológica, en consulta externa, se ha realizado el procedimiento de colposcopia las pacientes referidas a nuestro servicio con resultados anormales en la citología cervical..

Esto permite identificar lesiones premalignas para luego ser tratadas.

CUADRO 4.2

N° de Colposcopías más biopsia cervical respecto al número de atenciones en la unidad de cirugía menor en el Servicio de Ginecología Oncológica Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Marzo – Agosto 2016.

Meses	N° Atenciones	N° colposcopia más Biopsia	%
MARZO	223	23	10.3%
ABRIL	220	20	9.0%
MAYO	223	20	8.9%
JUNIO	191	23	12.0%
JULIO	218	18	8.2%
AGOSTO	216	30	13.8%
TOTAL	1291	134	10.38%

En el cuadro N° 4.2 observamos que en aquellas pacientes con citología cervical anormal programadas para colposcopia se decidió tomar biopsia cervical, porque se identificaron zonas de lesiones premalignas. Teniendo un aumento significativo que evidencia presencia de lesiones de alto grado.

CUADRO N° 4.3

N° de Cono Leep en relación a colposcopia más biopsia cervical en la unidad de cirugía menor en el Servicio de Ginecología Oncológica Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Marzo – Agosto 2016.

MESES	N° colposcopias más biopsia cervical	N° Cono Leep	%
MARZO	23	0	0
ABRIL	20	02	10 %
MAYO	20	03	15 %
JUNIO	23	03	13.04%
JULIO	18	02	11.11%
AGOSTO	30	06	20 %
TOTAL	134	16	11.94%

En el Cuadro N° 4.3 se puede observar que pacientes con biopsia cervical positiva a lesiones de alto grado, sin componente invasor, fueron tratadas en la consulta externa, con un procedimiento ambulatorio como el cono leep, llegando hasta un 20% de los casos durante el mes de Agosto. Las demás pacientes fueron programadas para recibir tratamiento hospitalizadas.

CUADRO 4.4

Resultados luego de la intervención de enfermería, según diagnósticos.

Consulta externa de Ginecología Oncológica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2016

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	ANTES	DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
1.-Patrón sexual ineficaz	Pacientes con conducta de riesgo por tener múltiples parejas sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Logra identificar los factores de riesgo para desarrollar cáncer de cérvix, reconoce su capacidad para cambiar de conducta.
2.-. Temor	Pacientes con ansiedad, temor con respecto al resultado de la operación y el pronóstico de su enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la realidad de su estado de salud, disminuye su estrés al tener información sobre su diagnóstico y pronóstico
3.- Riesgo de sangrado	Pacientes post operadas de cono leep con riesgo de sangrado posterior a la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> • . No presenta sangrado en el post operatorio inmediato, paciente con gasa vaginal. • Capaz de realizar acciones de autocuidado según la educación brindada.

Cuadro 4.5

Diagnóstico de Enfermería: Patrón sexual ineficaz (00065)

Escala de Likert	Puntuación	Previo a la intervención de Enfermería	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Evaluación de los resultados (NOC)
Totalmente en desacuerdo	1	2 puntos	*Control de riesgo: Enfermedad de transmisión sexual ETS (19905)	5 puntos
En desacuerdo	2			
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	3		*Conducta de adhesión (1600)	
De acuerdo	4			
Totalmente de acuerdo	5			

En el cuadro 4.5 se aprecia que el diagnóstico de Enfermería, **Patrón sexual ineficaz (00065)** que presentaban las pacientes antes de la intervención de enfermería era de 2 puntos, según la escala de Likert, luego de la intervención de enfermería se obtuvo una puntuación de 5, lo que se traduce que la intervención de enfermería fue positiva, logrando un cambio de opinión y actitud de la paciente.

Cuadro 4.6

Diagnóstico de Enfermería: Temor, Ansiedad (00148)

Escala de Hamilton	Puntuación	Previo a la intervención de enfermería	Intervención de enfermería (NIC)	Evaluación de los resultados (NOC)
Ninguno	0		*Mejorar el afrontamiento (5230)	1 punto
Leve	1			
Moderado	2	2 puntos	*Apoyo emocional (5270)	
Grave	3			
Muy grave	4		*Potenciación de la seguridad (5380)	

En el cuadro 4.6 Se aprecia que el diagnóstico de Enfermería Temor, Ansiedad (000148), que presentan las pacientes antes de la intervención de enfermería, tenía una puntuación de 2 (moderado) según la escala de Hamilton, luego de la intervención de enfermería se obtuvo una puntuación de 1 (leve). Lo que se traduce que la intervención de enfermería fue favorable y efectiva, mejorando el afrontamiento hacia su enfermedad.

Gráfico 4.1

Procedimientos por mes en consulta externa de ginecología oncológica 2016

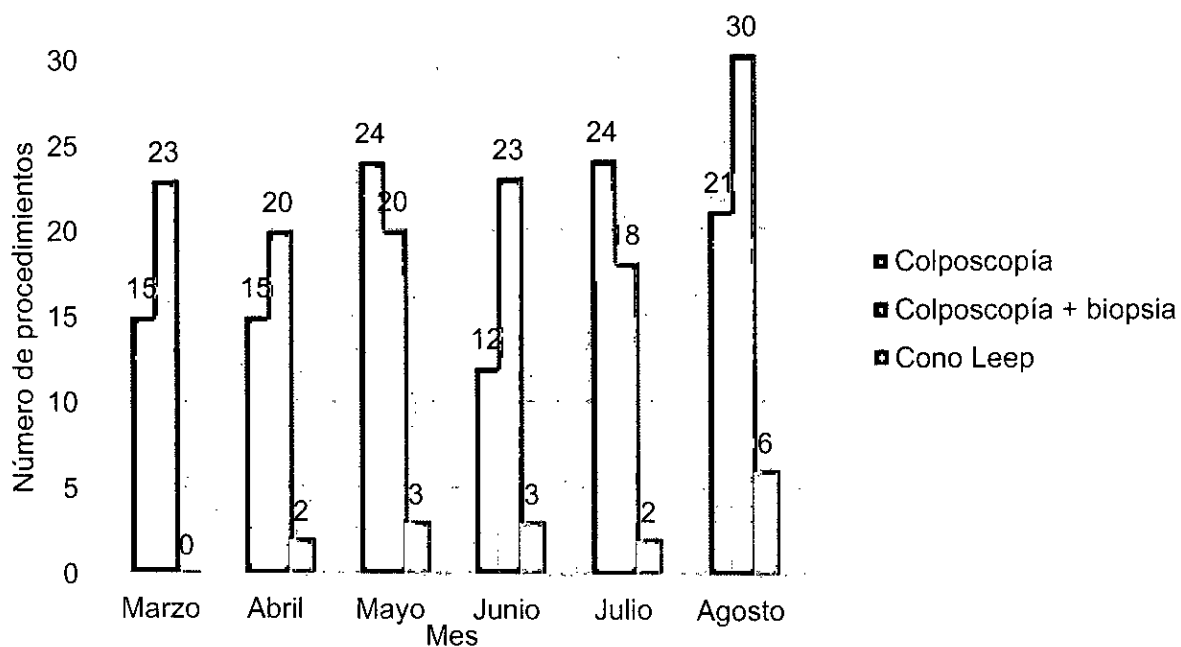
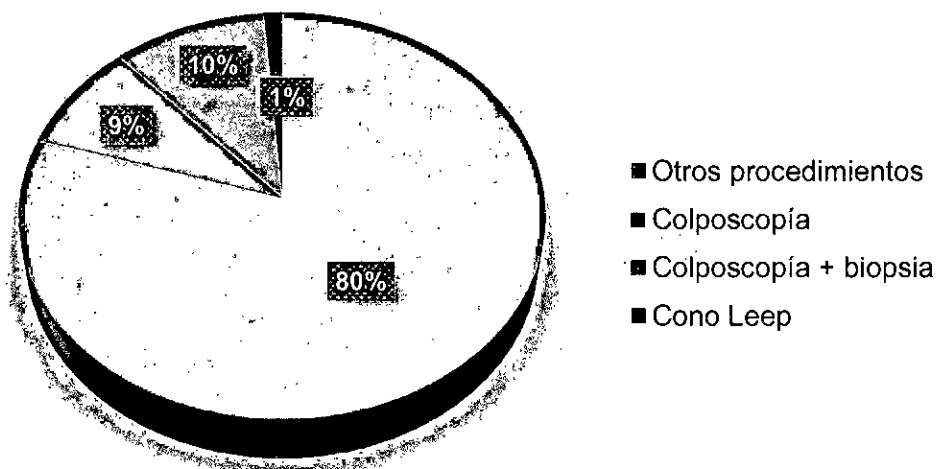


Gráfico 4.2

Procedimientos en cirugía menor en el
Servicio de Ginecología Oncológica
Marzo-Agosto 2016



Se observa que del total de procedimientos que se realizan en Cirugía Menor aproximadamente un 20% corresponden a colposcopias, biopsias cervicales y cono leep. Los demás procedimientos incluyen, tumorectomías, extirpación de lesiones no palpables de mama., vulvoscopías. etc.

V. CONCLUSIONES

- a) La educación y consejería de enfermería oportuna a las pacientes, sus parejas y familia en el servicio de Ginecología Oncológica, consultorios externos, mejora el afrontamiento respecto a su enfermedad y la hace partícipe de su autocuidado.

- b) Los procedimientos de colposcopías, biopsias y cono leep, corresponden a un 20% del total de atenciones en la unidad de cirugía menor del servicio de Ginecología Oncológica, consulta externa del hospital Rebagliati de ESSALUD.

- c) La experiencia profesional y una adecuada preparación permite que el profesional de enfermería desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro a las pacientes del servicio de ginecología oncológica.

VI.RECOMENDACIONES

- a) Implementar estrategias para la promoción y prevención sobre el cáncer de cérvix.

- b) Priorizar la atención de la paciente oncológica en la consulta ambulatoria, dado que el retraso en el diagnóstico y en la terapéutica implica empeorar el pronóstico de vida, aumentando el stress y la ansiedad en la paciente. Es deber de la institución proveer los mecanismos necesarios para tal efecto.

- c) Implementar el consultorio de enfermería en la consulta de ginecología oncológica, para educación, monitoreo, priorización de la atención y seguimiento de las pacientes del servicio.

VII. REFERENCIALES

1. Globocan. [Online]. [cited 2016 Abril 13. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
2. Herdon J. Healthline. [Online].; 2012 [cited 2016 Septiembre 16. Available from: <http://es.healthline.com/health/carcinoma-cervical-situ#Definición1>.
3. ESSALUD. Directiva para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. 2015. Directiva de gerencia general N° -GG-ESSALUD-2015.
4. Schorge SHHByC. Ginecología. In Schorge SHHByC. Ginecología.: MG Graw-Hill ; 2008. p. 617.
5. Schorge SHHByC. Ginecología. In Schorge SHHByC. Ginecología.: Mc Graw-Hill; 2008. p. 619.
6. Society AC. Cancer.org. [Online].; 2014 [cited 2016 Septiembre 18. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002781-pdf.pdf>.
7. Medline Plus. [Online].; 2015 [cited 2016 Abril 26. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007436.htm>.
8. Dhome MS&. Merck vaccines.com. [Online].; 2016 [cited 2016 Setiembre 18. Available from: <https://www.merckvaccines.com/Products/Gardasil9>.
9. Lazo Pina E, Aguilar Flores F. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2. Tesis. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín, San Martín; 2011.

10. Schorge SHHByC. Ginecología. In Schorge SHHByC. Ginecología.: Mc Graw-Hill; 2008. p. 623.
11. **Diccionarios** Oxford Complutense España: Complutense; 2001.
12. Schorge SHHByC. Ginecología. In Schorge SHHByC. Ginecología.: Mc Graw-Hill; 2008. p. 625.
13. Casciato DA,TMC. Manual de oncología clínica. Sexta ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
14. American Cancer Society. [Online].; 2014 [cited 2016 Abril 26. Available from:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/queesloquecausaelcancer/infeccionesycancer/fragmentado/el-vph-y-las-pruebas-para-el-vph-hpv-testing>.
15. Schorge SHHByC. Ginecología. In Schorge SHHByC. Ginecología.: Mc Graw-Hill; 2008. p. 629-631.
16. Hernández Morón P. Guía de manejo de NIC de alto grado con Cono Leep. Guía. Trujillo: INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS; 2009.
17. Anierte Hernandez N. Teoria y metodo en enfermería. [Online].; 2001 [cited 2016 Setiembre 18. Available from: [http://www.aniorte-nic.net/progr asignat teor metod5.htm#Orem](http://www.aniorte-nic.net/progr%20asignat%20teor%20metod5.htm#Orem).
18. Dorothea E. Orem. [Online]. [cited 2016 Abril 26. Available from: <http://ambitoenfermeria.galeon.com/dorothea.html>.
19. Diccionario de Medicina. Océano Mosby: Océano; 2005.
20. Nanda International I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2015-2017. In T. Heathet Herdman PySKP, editor.

Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 306.

21. Nanda International I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2015-2017. In T. Heathet Herdman PySKP, editor. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 401.
22. Nanda International I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2015-2017. In T. Heathet Herdman PySKP, editor. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 348.
23. Sue Moorhead PMJPMLMP. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5th ed. Barcelona: ELSEVIER; 2014.
24. Gloria M. Bulechek PJMDPHKBP. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6th ed. Barcelona: ELSEVIER; 2014.
- 25 Schorge SHHByC. Ginecología. In Schorge SHHByC. Ginecología.: Mc GRaw-Hill; 2008. p. 890.

ANEXOS

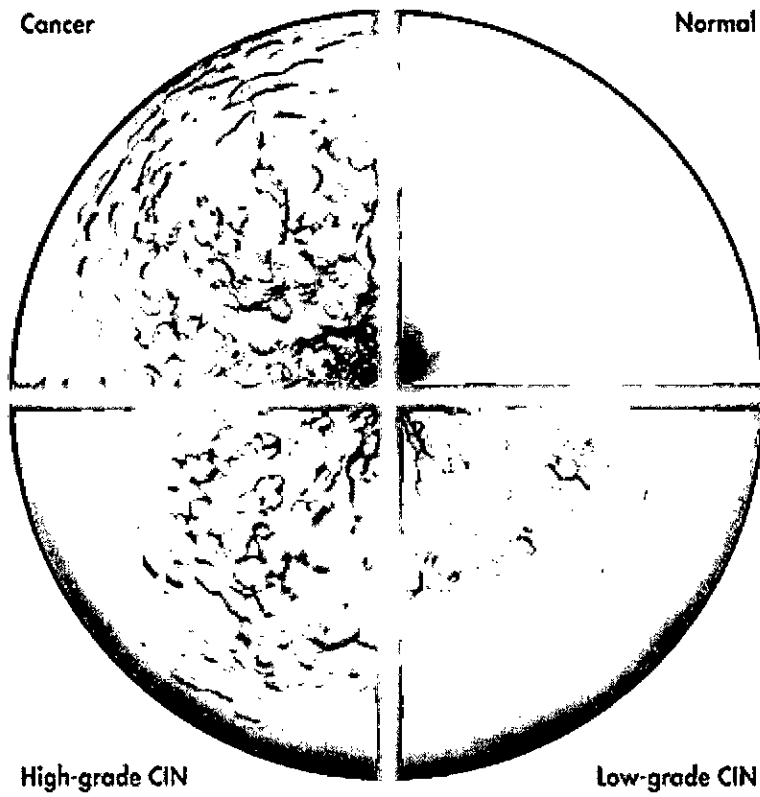
Anexo N°1

GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL	
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN CONO LEEP	RESPONSABLE ENFERMERA
DEFINICIÓN: Es la participación directa de la enfermera en el procedimiento de cono leep. Cono Leep es la exeresis de la lesión pre maligna o cáncer in situ del cuello uterino mediante cortes en forma semilunar utilizando el asa leep.	REQUISITOS: () Consentimiento Informado. () Indicación Médica.
OBJETIVOS: 1.-Brindar seguridad y apoyo emocional antes, durante y después del Procedimiento. 2.-Educar a la paciente acerca del procedimiento. 3.-Lograr colaboración eficaz de la paciente. 4.-Proveer el material necesario para su realización. 5.-Atender las emergencia o urgencias que se presenten.	
MATERIALES: 1.-Equipo estéril: -01 Espéculo de teflón o descartable -01 pinza de disección larga -01 Asa Leep -01 Asa de Bolilla -01 Lápiz cauterio -01 Jeringa de 10cc -01 Aguja # 18 y 01 aguja # 22 epidural -01 sonda nelaton # 14 ó 16 -Guantes descartables - 01 ó 02 gasas ginecológicas, gasas y torundas de algodón -Conexión de aspiración y frasco de aspiración -Ropa quirúrgica estéril. 2.-Equipo no estéril: -Frasco de Xilocaína 2% sin epinefrina -Equipo de electrocauterio -Equipo de aspiración -Colposcopio 3.-Soluciones: -Acido acético, solución de lugol, agua oxigenada, frascos con formol. 4.-Medicinas de emergencia.	

N DE PASOS	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1.-	Médico	Responsable de la realización del procedimiento.
2.-	Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> -Recepción, orientación y preparación de la paciente: retirar joyas, todo objeto de metal, prótesis dental. -Toma de funciones vitales, firma del consentimiento informado, preguntar a la paciente si tiene antecedentes de alergia, hipertensión, diabetes, asma u otros. -Ubicación en un ambiente respetando su privacidad y colocarla en posición ginecológica. -Colocar la placa indiferente del cauterio a nivel del coxis. -Participar como circulante durante el procedimiento. -Observación y evaluación de la paciente en busca de signos de alarma. -Terminado el procedimiento se dejará a la paciente descansar mínimo 15 minutos. -Se le indicará a la paciente los cuidados posteriores que debe tener, se le explicará las indicaciones terapéuticas y sus citas posteriores. -Rotular los frascos de las muestras con letra clara. -Entregar al médico la orden de anatomía patológica. -Realizar el registro de enfermería donde se consigna los siguientes datos: Datos de filiación de la paciente, diagnóstico, procedimiento y material utilizado.
3.-	Técnica de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> -Preparar los frascos de formol para la recolección de la muestra. -Lavado del material utilizado.

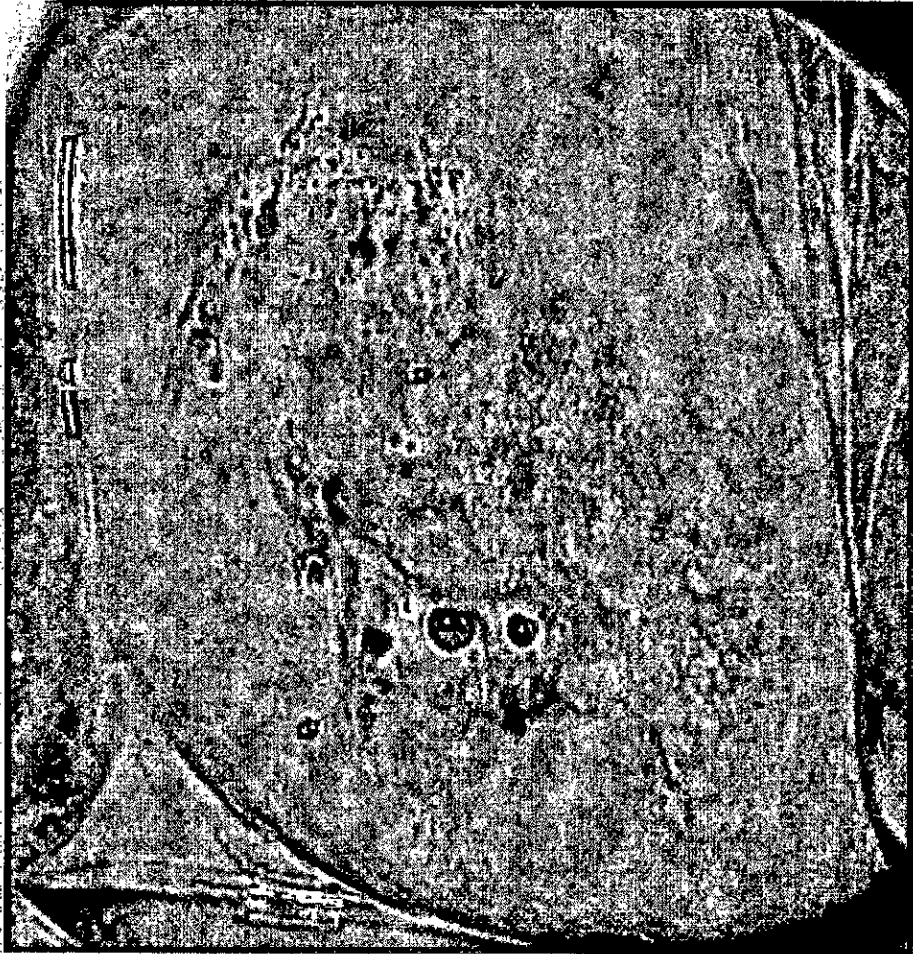
Fuente: Elaboración propia

Anexo N° 2



Anexo N° 3

Cuello uterino antes de prueba de IVAA.



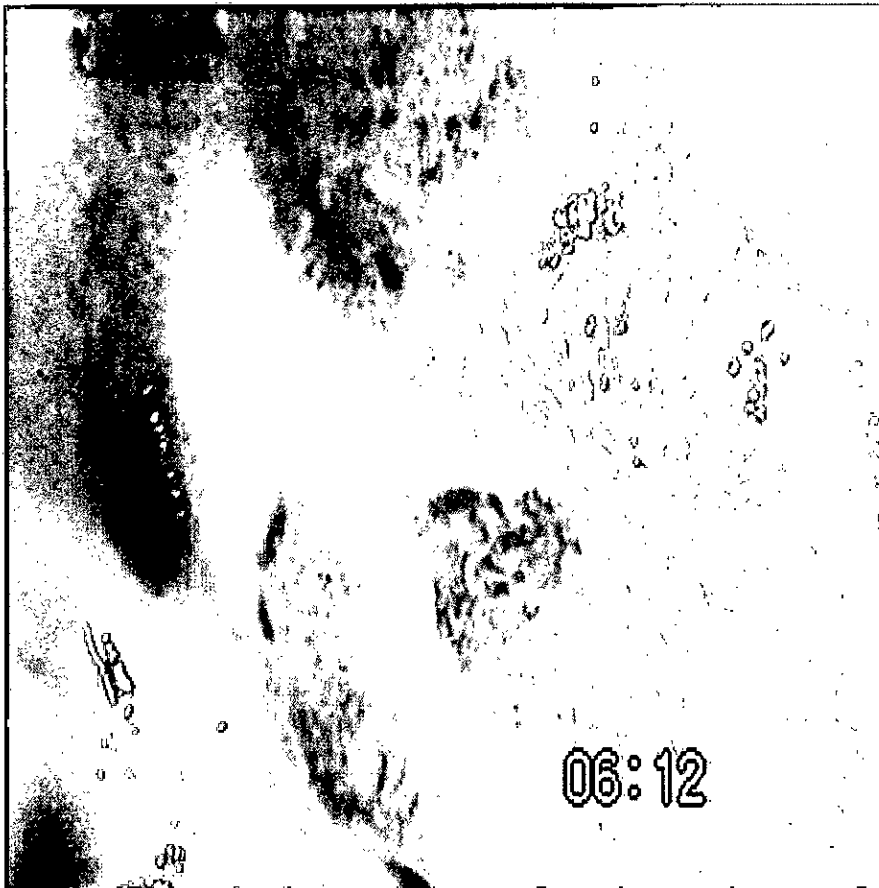
Anexo N° 4

Imagen aceto blanca gruesa en el examen colposcópico



Anexo N° 5

Imágenes de mosaico en el examen colposcópico



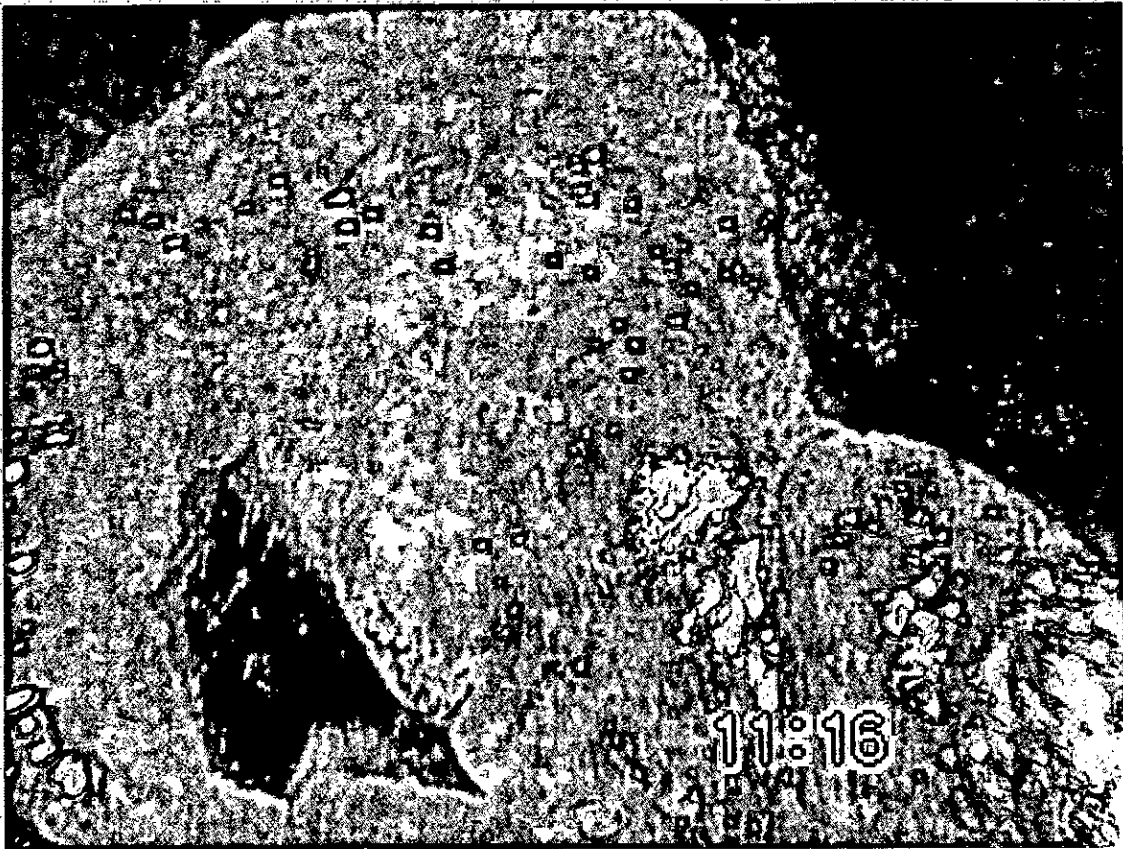
Anexo N° 6

Test de Shiller Positivo



Anexo N° 7

Test de Shiller positivo. Iodo negativo



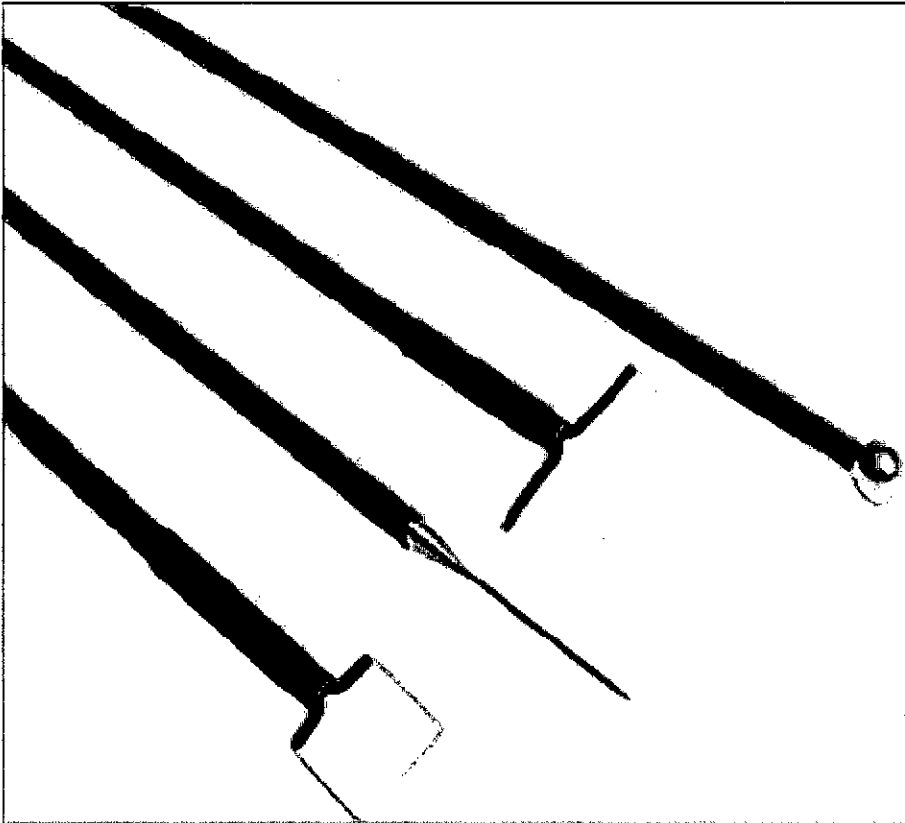
Anexo N° 8

Lesiones en periné por papiloma virus humano



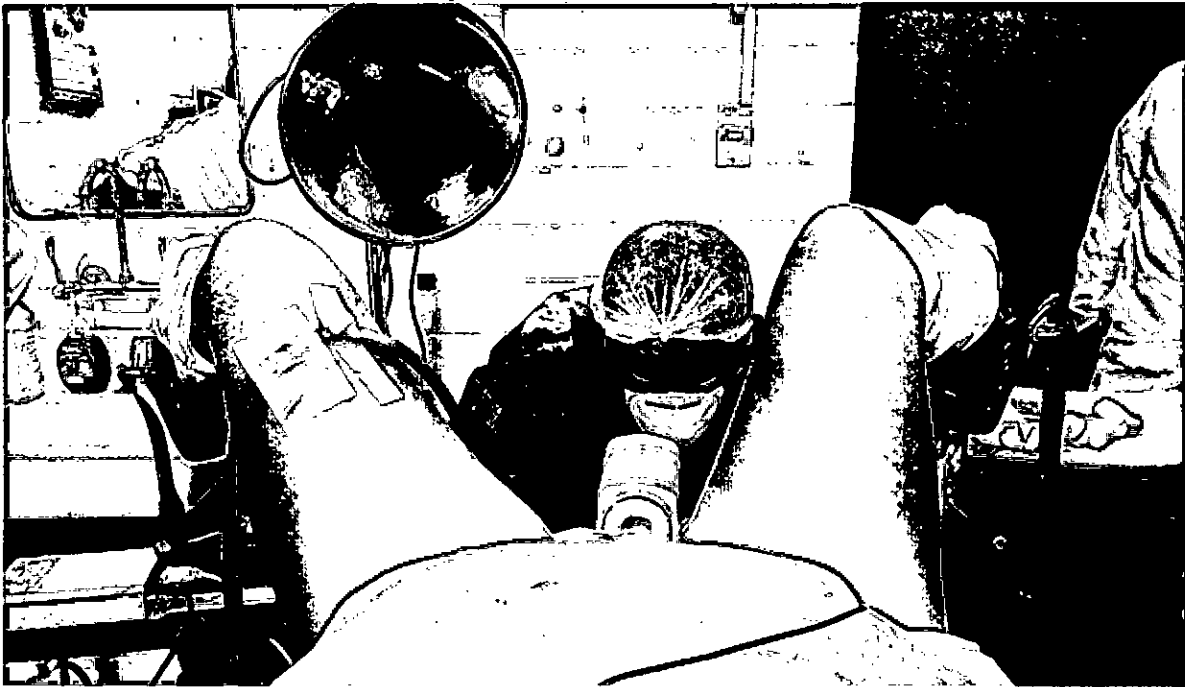
Anexo N° 9

Diferentes tipos de Asa para Cono Leep



Anexo N° 10

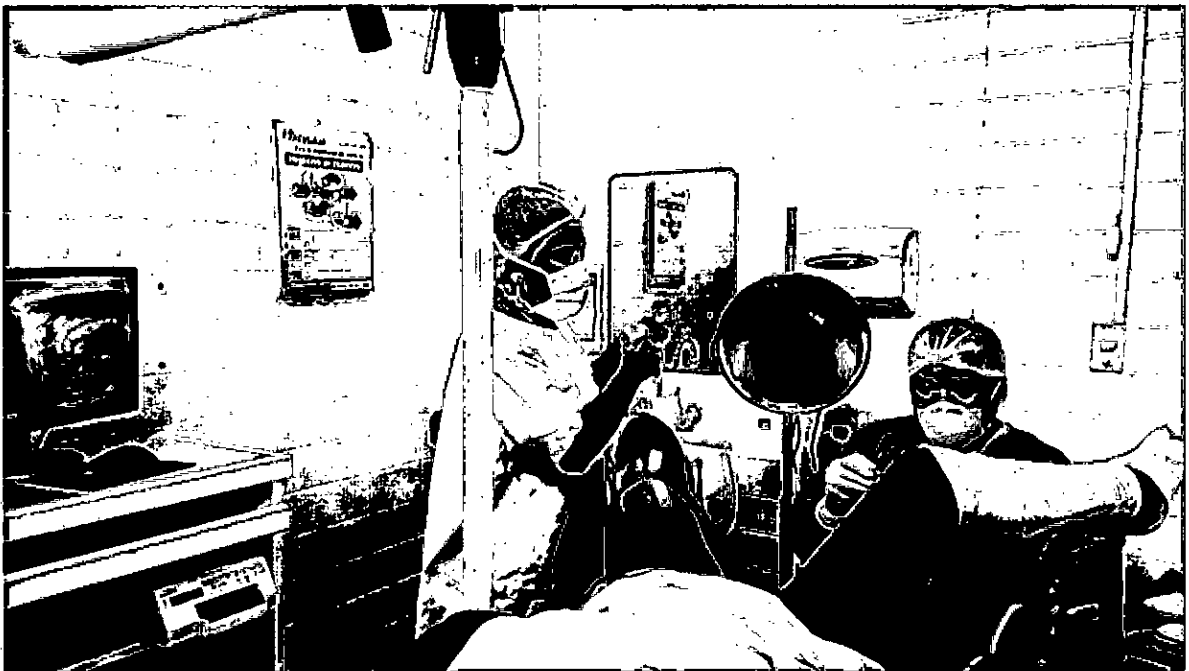
Procedimiento de cono leep



Fuente: Elaboración propia, 2016

Anexo N° 11

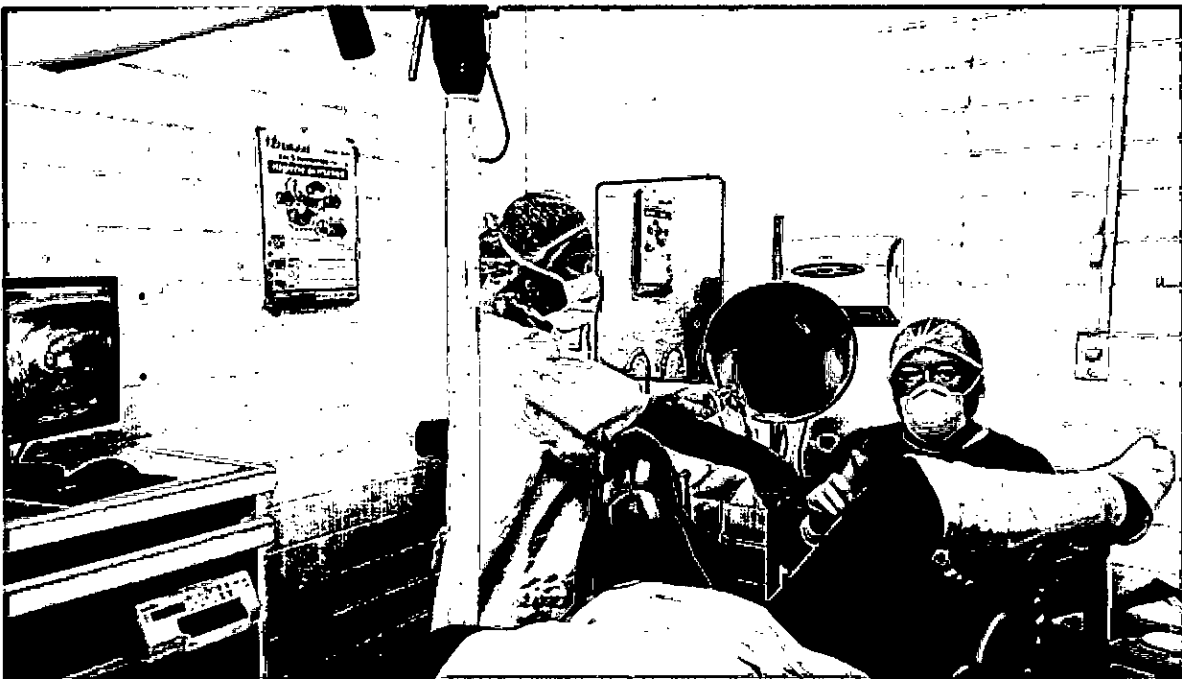
Procedimiento de Cono Leep



Fuente: Elaboración propia, 2016

Anexo N° 12

Procedimiento de Cono Leep



Fuente: Elaboración propia, 2016