



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado
Quirúrgico

TESINA

Título:

Proceso de atención de enfermería para paciente sometida a histerectomía
abdominal abierta en el postoperatorio inmediato.

P R E S E N T A:

Licenciado en Enfermería

Ricardo Cerino Méndez

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con
Énfasis en Cuidado Quirúrgico

DIRECTORA DE TESINA

Dra. Verónica Gallegos García

San Luis Potosí. S.L.P; Marzo 2018



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título:

Proceso de atención de enfermería para paciente sometida a histerectomía abdominal abierta en el postoperatorio inmediato.

Tesina

Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Quirúrgico

PRESENTA:

L.E. Ricardo Cerino Méndez

Directora

Dra. Verónica Gallegos García

San Luis Potosí, S.L.P.

Marzo, 2018



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título:

Proceso de atención de enfermería para paciente sometida a histerectomía abdominal abierta en el postoperatorio inmediato.

Tesina

Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Quirúrgico

P R E S E N T A:

L.E. Ricardo Cerino Méndez

Sinodales

Dra. Beatriz Adriana Urbina Aguilar

Presidente

Firma

MAAE Amada Julieta Villareal Cruz

Secretario

Firma

Dra. Verónica Gallegos García

Vocal

Firma

San Luis Potosí, S.L.P.

Marzo, 2018

Resumen

Introducción: La atención de enfermería en el perioperatorio es indispensable para la prevención oportuna de complicaciones, por ejemplo en pacientes sometidas a histerectomía abdominal en el postoperatorio. El presente trabajo propone un plan de cuidados de enfermería individualizado partiendo de un caso clínico.

Objetivo: Elaborar una propuesta de un proceso de atención de enfermería para paciente sometida a histerectomía total abdominal secundario a miomatosis en el periodo postoperatorio inmediato a partir de un caso clínico.

Metodología: se eligió de la práctica hospitalaria un caso clínico, se realizó el marco teórico del mismo y fue elaborado el PLACE mediante la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Conclusión: El proceso de atención de enfermería es una herramienta para brindar el cuidado a los pacientes y en el periodo postoperatorio inmediato con adecuadas y precoces intervenciones se pueden prevenir complicaciones posteriores que prolonguen la estancia hospitalaria. El abordaje de las patologías a través de un caso clínico favorece el análisis para la valoración de PLACES individualizados para brindar los cuidados que requieren pacientes que sean sometidas a histerectomía abdominal secundario a miomatosis uterina y sangrado vaginal anormal.

Palabras clave: enfermería quirúrgica, PLACE, caso clínico, histerectomía.

Summary

Introduction: Nursing care in perioperative period is essential to prevent complications, for example in patients with abdominal hysterectomy in the postoperative period. The present work proposes an individualized nursing care plan based on a clinical case.

Objective: To propose a nursing care process for a patient with total abdominal hysterectomy caused by myomatosis, in the immediate postoperative period.

Methodology: a clinical case was chosen from hospital practice, the theoretical framework was made from the same case and the PLACE (Nursing care process) was elaborated using the NANDA, NIC, NOC taxonomy.

Conclusion: The Nursing care process is a tool that provides care for patients, and with early Interventions in the immediate postoperative period, it can prevent later complications that may prolong the hospital stay. The approach of pathologies from a clinical case helps to analyze the assessment of individualized PLACES to provide the required care for patients who have suffered abdominal hysterectomy caused by uterine myomatosis and abnormal vaginal bleeding.

Key words: surgical nursing, PLACE, clinical case, hysterectomy.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a toda mi familia, en primer lugar a mi esposa y a mi hija Paulina, a quienes les debo el irrecuperable tiempo que no estuve con ellas durante el periodo de la especialidad, además de ser el impulso para lograr terminar. A mis padres y hermanos que sin su apoyo no hubiera sido posible la realización de este proyecto, que además de ser mí logro, es un logro también para ellos. A mi abuelo Pedro que ahora desde el cielo nos sigue cuidando y uniendo como familia.

A mis maestros, que en conjunto con la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP ayudaron a mi formación, en especial a mi asesora la Dra. Verónica Gallegos García por todo el tiempo que siempre estuvo disponible, a pesar de sus múltiples e importantes actividades como docente la facultad.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico que me brindó.

A mis amigos y compañeros de especialidad por todas las experiencias que indudablemente marcaron mi vida.

ÍNDICE	Pag.
I. INTRODUCCIÓN	9
II. JUSTIFICACIÓN	11
III. OBJETIVOS	13
3.1 OBJETIVO GENERAL	
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
IV. METODOLOGÍA	14
V. MARCO TEÓRICO	15
5.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	15
5.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	17
5.2.1 Valoración	17
5.2.2 Diagnóstico	19
5.2.3 Planeación	22
5.2.4 Ejecución	26
5.2.5 Evaluación	28
5.3 ENFERMERIA QUIRÚRGICA Y SU IMPORTANCIA	30
5.4 ANATOMIA QUIRÚRGICA DEL ÚTERO Y ANEXOS	32
5.5 MIOMATOSIS UTERINA	38
5.5.1 Factores de riesgo	39
5.5.2 Cuadro clínico	39
5.5.3 Diagnóstico	41
5.5.4 Tratamiento médico	42
5.5.5 Tratamiento quirúrgico	43
5.6 HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	44
5.6.1 Indicaciones	44
5.6.2 Preoperatorio	45
5.6.3 Transoperatorio	45
5.6.4 Postoperatorio	47
VI. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	48
6.1 Caso clínico	48

6.2 Diagnósticos de enfermería para paciente sometida a histerectomía abdominal	53
6.3 Planes de cuidado para paciente sometida a histerectomía abdominal	62
VII. CONCLUSIÓN	80
VIII. PERSPECTIVAS	81
IX. REFERENCIAS	82
X. ANEXOS	86

I. INTRODUCCIÓN

El útero es el órgano femenino destinado a la recepción del óvulo fecundado, conservar y nutrir al producto de la concepción hasta su expulsión en un tiempo oportuno¹. Es estimulado a diario por hormonas y mensualmente se desacama el endometrio y experimenta diversos trastornos como: desequilibrios endocrinos, complicaciones de la gestación o parto y también se puede presentar el desarrollo de proliferaciones neoplásicas², de estas últimas las más frecuentes son los miomas, pólipos endometriales y carcinomas.

Las cirugías abdominales sobre este órgano pueden corresponderse con miomectomías e hysterectomías totales o subtotales según las causas que las justifiquen, así como de las características específicas del útero.

De este modo, tenemos que hysterectomía se forma de dos raíces griegas: isteros (matriz, útero) y ectomía (extirpar) extirpación total o parcial del útero; se refiere generalmente a tres eventos de acuerdo al momento de realización: 1) hysterectomía en el puerperio, 2) cesárea hysterectomía y 3) hysterectomía en bloque.

Como antecedentes históricos podemos hablar de Fesser quien describió una técnica de hysterectomía en 1862 que fue aprobada y aceptada hasta 1878. Horacio Robinson Store, en 1869, realizó y documentó por primera vez una hysterectomía en una mujer viva después de cesárea en los Estados Unidos de América. Posiblemente fue Store el primero que, en 1866 tras realizar una cesárea, debido a la existencia de un gran tumor pélvico, practicó una hysterectomía subtotal para controlar una hemorragia importante³.

Los miomas uterinos son los tumores pélvicos más frecuentes en las mujeres; por tanto, el trastorno es causa de gran número de hysterectomías, la decisión de realizarla suele basarse en la necesidad de tratar síntomas,

como lo es la hemorragia uterina anormal, o dolor o presión pélvicos⁴. Se presentan con mayor frecuencia entre los 30 y 50 años de edad y a pesar de tratarse de una entidad ginecológica clásica, siguen existiendo controversias en cuanto a la génesis y posibilidades terapéuticas del tumor⁵.

Cabe mencionar que la atención de enfermería en el perioperatorio es indispensable para la prevención oportuna de complicaciones en cada una de las etapas operatorias y a pesar de que la histerectomía es una cirugía que se espera no tener complicaciones mayores, se llega a presentar regularmente dolor, riesgo de infección, riesgo de caídas, aspectos psicológicos como trastorno de la imagen corporal, entre otros, a los que el personal de enfermería en el periodo postoperatorio se puede enfrentar.

El presente trabajo tiene como objetivo fundamentar un plan de cuidados de enfermería individualizado partiendo de un caso clínico tomado de la práctica hospitalaria profesional y fue analizada la información para identificar los diagnósticos enfermeros prioritarios, esto como un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, intervenciones y la evaluación de todo, apegado a la metodología del proceso de atención de enfermería (PAE).

El plan de cuidados de enfermería (PLACE) fue elaborado bajo sustento científico, con un marco de referencia metodológico para la planificación⁶ apoyado por la taxonomía de NANDA para la selección adecuada de los diagnósticos enfermeros, la selección de los criterios de resultado NOC y finalmente usando la clasificación NIC donde nos detalla las intervenciones y actividades específicas de acuerdo a las necesidades del caso clínico.

II. JUSTIFICACIÓN

La cirugía ginecológica se enfoca en el tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan el aparato reproductor femenino. Esta especialidad requiere un alto nivel de conocimientos no sólo sobre anatomía y fisiología, sino también de los factores psicosociales que influyen²⁷.

La histerectomía es, aparte de la cesárea, la operación quirúrgica que se realiza con mayor frecuencia en mujeres. Entre las enfermedades benignas destacan como indicación los miomas uterinos⁷. La hemorragia uterina disfuncional es la indicación para efectuar alrededor de 20% de las histerectomías, cuando ésta produzca anemia o sea excesiva. Debe reservarse, por tanto, para las pacientes que no reaccionan o no toleran el tratamiento médico⁴, generalmente con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh), los cuales reducen los miomas significativamente de 35% hasta 60% su tamaño, uso de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como inhibidores del dolor y para la disminución de la hemorragia.⁸

La miomatosis uterina también conocida como fibroleiomiomatosis, leiomiomatosis, fibromatosis o fibromas uterinos, es la neoplasia benigna ginecológica más común. Cuenta con una incidencia del 20-30% en la población femenina a nivel mundial.

Su incidencia se incrementa con la edad, las manifestaciones clínicas varían en cada paciente y la mayoría cursan asintomáticos. La sintomatología y severidad van a depender del tamaño, localización y número.

El rango de edad de aparición de los miomas uterinos puede ir desde los 20-70 años de edad, el porcentaje varía de 11% a 18% en mujeres de 30-40 años de edad hasta un 33% en edades de 40-60 años. El riesgo relativo para presentar miomatosis uterina es 2 veces más alto para mujeres con

descendencia afroamericana en comparación con las de raza blanca, en tanto, las mujeres hispanas se ven en un riesgo intermedio⁸.

En algunos países más de 50% de las histerectomías son con intervención laparoscópica; actualmente la vía de acceso preferida sigue siendo la cirugía abierta para miomatosis con elementos grandes en más de 90% de los casos⁹. La técnica abierta tiene mejores resultados en tiempo de realización del procedimiento y menor exposición a anestésicos¹⁰, sin embargo es importante mencionar que durante todo el periodo perioperatorio es fundamental la atención de enfermería a través del PAE:

El proceso de atención de enfermería es una herramienta para brindar el cuidado a los pacientes y en el periodo postoperatorio inmediato con unas adecuadas y precoces intervenciones se pueden prevenir complicaciones posteriores que prolonguen la estancia hospitalaria o que comprometan la integridad física y emocional de los pacientes.

El presente trabajo tiene como propósito proponer un proceso de atención de enfermería para paciente sometida a histerectomía abdominal en el postoperatorio inmediato abordado a través de un caso clínico y cabe mencionar que el presente trabajo contribuirá a la generación de conocimiento en esta área ya que actualmente se encuentran publicados pocos casos clínicos pero no han sido abordados con la taxonomía NANDA, NIC, NOC, a fin de generar un cuidado más profesional permitiendo así brindar cuidados de calidad y calidez hacia los pacientes.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Elaborar una propuesta de un proceso de atención de enfermería para paciente sometida a histerectomía total abdominal secundario a miomatosis en el periodo postoperatorio inmediato a partir de un caso clínico.

3.2 Objetivos específicos

- Descripción del proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas enfocadas en el área quirúrgica.
- Elaboración del marco teórico para el proceso de atención de enfermería para paciente sometida a histerectomía total abdominal.
- Identificar los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA para la paciente que es sometida a histerectomía total abdominal en el periodo postoperatorio inmediato.
- Desarrollar las intervenciones de enfermería utilizando la taxonomía NIC, NOC para el cuidado de la paciente sometida a histerectomía total abdominal en el periodo post operatorio inmediato.

IV. METODOLOGÍA

El trabajo dio inicio en el mes de septiembre de 2017 y se realizó de la siguiente manera:

- Se llevó a cabo la selección del tema en conjunto con la asesora asignada.
- Se tomaron datos de un caso clínico dentro de la práctica hospitalaria en un hospital público de la ciudad de San Luis Potosí.
- Se realizó búsqueda de información en bases de datos como: pubmed, google académico, Scielo, ScienceDirect, así como en libros tomados del Centro de Información de Ciencias Biomédicas de la UASLP. Se incluyeron artículos científicos indexados, arbitrados, de 5 años a la fecha.
- Se elaboró por pasos la introducción, objetivo general y específicos, justificación, metodología y desarrollo del marco teórico.
- Por último se realizó la elaboración del PLACE mediante la taxonomía NANDA 2015-2017, NIC, NOC, tomando en cuenta los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon para la selección de diagnósticos de enfermería reales y de riesgo jerarquizado según las necesidades de Maslow.

La realización de este documento tiene como objetivo proponer una herramienta para el profesional de enfermería cuya práctica profesional está centrada en el área clínica hospitalaria en el ámbito quirúrgico, dirigido a pacientes sometidos a histerectomía total abdominal en su fase postoperatoria inmediata.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería (PAE) es el método mediante el cual se fundamenta científicamente la práctica profesional de enfermería; es un enfoque deliberativo para la resolución de los problemas y va dirigido a cubrir las necesidades del individuo o familia²⁶

La aplicación del método científico en la práctica profesional de enfermería es el método conocido como PAE, el cual permite a la enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Éste se originó cuando, por primera vez, fue considerado un proceso; primero considerando un proceso de tres etapas; años después se establecieron cuatro: valoración, planificación, realización y evaluación; y finalmente se crearon las cinco etapas actuales, al añadir la etapa diagnóstica¹¹.

En México, a partir de los años setenta, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería señaló la importancia de que en la enseñanza se hicieran cambios que favorecieran e impulsaran el pensamiento reflexivo, ordenado y analista que se requiere para brindar una atención adecuada, y que el cuidado se fundamente en una metodología científica; así se editó el primer libro sobre PAE, mismo que tuvo una gran influencia en esta disciplina¹².

Se enseñó el PAE de cuatro etapas; no se llegaba a un diagnóstico de enfermería, sino que a esta etapa se le conocía como necesidad o problema; fue incluido hasta los años ochenta, y con ello se mejoró considerablemente el conocimiento y la habilidad en la enseñanza del PAE; en esta última década se han incluido las taxonomías de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC, por sus siglas en inglés) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC, por sus siglas en inglés) sin embargo, en las instituciones de salud no era considerada esta taxonomía como parte de la atención de enfermería que se brindaba.

Fue hasta el año 2000 en que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se volvió el pionero en la capacitación y la aplicación de esta metodología. Ahora, como parte de las estrategias de la Secretaría de Salud, se apoya la implantación del PAE en las unidades médicas, a fin de favorecer la calidad y la seguridad de usuarios y profesionales¹³.

Alfaro¹⁴ define el PAE como “el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona o un grupo de personas reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería”; es un sistema de planificación de los cuidados de enfermería, compuesto por cinco pasos sucesivos:

- a) Valoración: consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno; son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- b) Diagnóstico de enfermería: es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- c) Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- d) Ejecución: es la realización de los cuidados programados.
- e) Evaluación: comparar las respuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos¹⁴.

5.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.2.1 Valoración

Es el proceso organizado y metódico de recoger información procedente de diversas fuentes, verificar, analizar y comunicar datos sistemáticamente, a fin de identificar el estado integral de salud de la persona o grupos; es un proceso intencionado que se basa en un plan para recoger información exacta y completa para facilitar las siguientes etapas¹⁵.

Kosier y colaboradores mencionan que tal vez esta sea la parte más importante del PAE, porque ofrece una base sólida para la atención individualizada y de calidad¹⁶.

Existen diferentes modelos o esquemas para organizar los datos obtenidos en la valoración, como ejemplos tenemos los marcos de referencia basados en las teorías de enfermería de Dorothea Orem, Virginia Henderson, Callista Roy y la tipología de patrones funcionales de Marjorie Gordon, entre otros.

TIPOS DE VALORACIÓN

Esto se determina según Gordon¹⁷ según el estado de salud del paciente o el momento en que se entre en contacto con el personal de enfermería, ya sea por primera vez o subsecuente.

- Valoración inicial o básica:

Se realiza durante la entrevista inicial con la persona para reunir información sobre todo los aspectos del estado de salud. Esta información también se llama “datos de referencia”; comunica el estado de salud antes de la intervención y es de gran utilidad para establecer comparaciones posteriores, en el momento de evaluar la evolución de la persona¹⁷.

- Valoración continua o focalizada:

Reúne información detallada sobre las respuestas a problemas de salud o a procesos vitales de un solo aspecto o patrón. Se puede realizar con preguntas cortas y las más relevantes para cada patrón, por ejemplo:

- ¿Cuál es el estado actual de la persona?
- ¿Se ha mejorado, ha empeorado o no hay variación, comparada con los datos de referencia?
- ¿Qué factores contribuyen al estado de salud?
- ¿Cuál es la perspectiva de la persona con respecto a la situación actual?¹⁷

- Valoración de urgencia o rápida:

Básicamente reúne información en el menor tiempo posible, generalmente en personas en estado crítico, con el fin de obtener datos para la intervención rápida de enfermería.

Es importante que el profesional de enfermería lleve a cabo estrategias que permitan una recolección de datos verídica, ya que de la información recabada se derivan el plan de intervención de enfermería. A continuación se enuncian algunas de ellas:

1. Establecer una relación de confianza hacia el paciente; se sugiere asegurar la intimidad realizando las preguntas en una habitación individual o, en su defecto, el uso de biombos; usar su nombre propio; explicar el propósito de la entrevista; mantener contacto ocular siempre, y nunca mostrar prisa.
2. Al observar, emplear sus sentidos para valorar aspecto general.
3. Durante el interrogatorio, dirigir preguntas abiertas para que la persona no responda con monosílabos; no utilizar términos médicos y preguntar solo la información necesaria.

4. Al escuchar, ser oyente activo; dejar que la persona termine las frases antes de hacer otra pregunta; tener paciencia y dar tiempo a la persona; evitar interrupciones y, por último, es importante constatar la información que ha recibido.
5. Durante el examen físico es importante establecer una interacción eficaz entre el profesional de enfermería y la persona, brindarle una posición cómoda y asegurar la intimidad¹⁷.

5.2.2 Diagnóstico

Se define como “juicio clínico sobre respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales”, proporciona las bases para la selección de aquellas actuaciones de lo que enfermería es responsable de tratar⁶.

Esta fase comprende un proceso de análisis-síntesis para emitir un juicio y/o conclusión sobre el estado de salud de la persona, necesidades o problemas de salud, reales o potenciales. Es la base para las posteriores fases del proceso y, por tanto, requiere que las enfermeras utilicen el pensamiento crítico-científico y sus experiencias profesionales y humanísticas para lograr el éxito de sus intervenciones⁶.

Desde 1973, la NANDA se ha ocupado de desarrollar una taxonomía diagnóstica que permite sentar las bases para encontrar y consolidar la identidad profesional del quehacer independiente de las enfermeras y, por tanto, comunicarnos con un lenguaje común entre todos los profesionales de la salud¹⁸.

COMPONENTES DE UN DIAGNOSTICO

Se establecieron componentes que cada diagnóstico real de enfermería tuviera, a continuación se describen:

1. Etiqueta (enunciado del problema): da un nombre al diagnóstico; es un término o frase concisa con el que se representa un patrón de claves relacionadas.
2. Definición: provee una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
3. Características definitorias: son los signos y síntomas y factores de riesgo; inferencias observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero. Se usan solamente en los diagnósticos reales.
4. Factores relacionados: elementos que muestran algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes en el diagnóstico.
5. Factores de riesgo: pueden ser ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que extienden la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable¹⁹.

Puntos a considerar a la hora de redactar un diagnóstico enfermero:

- Se describe un patrón disfuncional, o potencialmente disfuncional, mediante el uso de etiquetas diagnosticas aceptadas; No precisamente se refiere o incluye una necesidad terapéutica, diagnóstico médico, tratamientos. Ejemplo: necesidad de succión.
- La relación existente entre la categoría diagnostica que describe el problema y los factores etiológicos se enuncian por un: relacionado con (R/C). ejemplo: déficit de autocuidado r/c intolerancia a la actividad.

- Tanto el problema como la etiología se refieren a grupos distintos de signos y síntomas. Ejemplo: estreñimiento relacionado con disminución de la actividad física y líquidos, manifestado por disminución del peristaltismo, menor número de evacuaciones, heces duras y secas.
- La estructura del problema y los factores etiológicos es concisa y clara e incluye calificaciones recomendadas; no indique diagnóstico de enfermería como si fuera diagnóstico médico. Ejemplo: temor relacionado con cirugía
- Los factores relacionados dan pauta a las intervenciones de enfermería, por lo que no debe de utilizar diagnósticos médicos. Por ejemplo: dolor crónico relacionado con artritis, debe ser: dolor crónico relacionado con desconocimiento de técnicas no farmacológicas.
- El problema y los factores etiológicos se escriben sin palabras ambiguas o cargadas de juicios de valor y términos legalmente recomendables. Ejemplo: patrón de sueño pobre; ulcera por presión, relacionada con giro inadecuado.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería. Ejemplo: necesita cambios posturales relacionados con la inmovilidad, sería afectación de la movilidad física relacionada con inmovilidad secundaria por amputación de extremidad izquierda²⁰.

5.2.3 Planeación

Tercera etapa del proceso; aquí se seleccionan las intervenciones de enfermería, una vez que se han analizado los datos obtenidos en la valoración y se ha identificado el diagnóstico de enfermería. Se procura establecer intervenciones de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados²⁰.

Phaneuf la define como “el establecimiento de un plan de acción para prever las etapas de su realización y las acciones que se han de llevar a cabo”²¹.

ETAPAS DE LA PLANEACIÓN

- Establecimiento de prioridades

Al momento de identificar más de un diagnóstico de enfermería es necesario establecer un orden de prioridad entre ellos; para establecer dicha prioridad, se debe consensuar con la persona, a fin de fortalecer la relación terapéutica y evitar errores y pérdida de tiempo.

Una persona puede tener varios diagnósticos de enfermería que, en ocasiones, están entrelazados unos con otros, por ello es esencial establecer un orden de importancia para lograr el equilibrio biológico, psicológico, social o espiritual¹⁴.

El orden de prioridad es un sistema de clasificación dirigido a orientar la acción hacia:

1. Protección a la vida.
2. Prevención y alivio al sufrimiento.
3. Prevención y corrección de las disfunciones.
4. Búsqueda del bienestar.

- Formulación de resultados esperados y objetivos de cuidados

También se denominan objetivos de resultados, son la evolución de la persona o una modificación deseada de su comportamiento; es una forma de proyección de la respuesta esperada, observa los comportamientos que manifiestan cambio. Se determinan en términos de respuestas observables en el paciente; determinan qué espera lograr el profesional de enfermería con las intervenciones seleccionadas según el caso¹⁶.

Desde esta etapa se hace necesario determinar los resultados deseados en la persona, contenidos en la Nursing Outcomes Classification (NOC)²², que son una terminología y unos criterios estandarizados para resultados mensurables; servirán como criterios comparativos para evaluar las intervenciones de enfermería determinadas; los resultados describen conductas, respuestas y sentimientos de la persona ante los cuidados administrados.

Para realizar dichos objetivos de resultados es importante tener en cuenta los indicadores, que son aspectos concretos de valoración de cada resultado de enfermería NOC, que sirven de ayuda para determinar el estado en que se encuentra la persona en relación con el resultado de enfermería. Cada resultado tiene un grupo de indicadores asociados que cumplen esta misión²².

- Elección de intervenciones de enfermería

Están dirigidas a modificar los factores etiológicos o factores relacionados; si la intervención resulta exitosa, puede esperarse que el estado en el que se encontraba la persona mejore²³.

En los diagnósticos de enfermería de riesgo, la intervención se dirige a modificar o eliminar los factores de riesgo encontrados en la persona.

Las intervenciones representan toda acción que realiza el personal de enfermería, toda actividad o comportamiento que adopta o trata de desarrollar en la persona.

La Nursing Interventions Classification (NIC)²³ se utiliza para documentar la práctica y establecer el impacto de los cuidados de enfermería sobre los resultados de la persona; éstos deben especificarse previamente; describen conductas, respuestas y sentimientos de la persona ante los cuidados administrados.

La taxonomía NIC consta de 542 intervenciones, que incluyen²³:

- a) Cuidados directos, fisiológicos y psicosociales.
- b) Cuidados indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad.
- c) Tratamientos dependientes, puestos en marcha por médicos y otros proveedores de cuidados.
- d) Tratamientos independientes, puestos en marcha por profesionales de enfermería, seleccionados de acuerdo con los diagnósticos de enfermería.

- Tipos de intervenciones

Intervenciones independientes o autónomas. Son las actividades que el personal de enfermería está autorizado a emprender en base a sus conocimientos y habilidades. Son indicadas por enfermería como respuesta a un diagnóstico de enfermería y pueden corresponder a: cuidado físico, apoyo, valoración continua, soporte emocional, docencia, asesoramiento, control del entorno o referencia a otros profesionales del equipo de salud.

Intervenciones dependientes (derivadas o acto médico delegado). Se realizan por indicación médica, o bien, según procedimientos sistematizados; pueden ser: administración de medicamentos, instalación de terapias intravenosas, pruebas diagnósticas o dietas.

La mayoría de las veces, este tipo de intervenciones están relacionadas con el problema médico de la persona.

Intervenciones de colaboración o interdependientes. Son acciones que el personal de enfermería lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, dietistas, médicos, químicos. Son resultado de decisiones tomadas conjuntamente²³.

- Desarrollo de planes de cuidados

El plan de cuidados es una guía escrita que organiza la información sobre las intervenciones de enfermería con una persona.

Tienen como finalidad:

- a) Diferenciar las responsabilidades de enfermería de la de otros miembros del equipo de enfermería o de salud.
- b) Orientar la atención de enfermería, mediante la determinación de acciones que conduzcan a prevenir, paliar o resolver problemas de salud detectados.
- c) Proporcionar pautas para la evaluación de los cuidados, ya que sirven de registro de las actividades realizadas²⁰.

- Tipos planes de cuidado

Los planes de cuidados formales son una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados del paciente, que ofrece una continuidad en el cuidado.

Individualizados. Se realizan para cada persona en particular; se basa en la valoración detallada de la persona; pueden usarse como fuente de información para realizar planes de cuidados estandarizados y para la investigación clínica de enfermería.

Estandarizados. Son un soporte de información que reagrupa los mismos elementos que un plan de cuidados, pero estos datos son preestablecidos con respecto a un diagnóstico de enfermería, un tipo de pacientes y una práctica de cuidados determinada. Describen los cuidados de enfermería para un grupo de personas, no para individuo, y se refieren a cuidados alcanzables²⁴.

5.2.4 Ejecución

Esta es la etapa en la cual se pone en marcha el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan a la persona a lograr los objetivos deseados²⁵.

Para llevar a cabo la ejecución, el personal de enfermería debe considerar:

- Las capacidades de las personas para realizar o reanudar sus actividades.
- Las necesidades concretas de conocimiento.
- Los recursos humanos, económicos y prácticos de que dispone.
- La edad de la persona.
- Las complicaciones surgidas durante la hospitalización.
- Los problemas de salud ya existentes y el estado psicológico de la persona²¹.

Para llevar la ejecución tiene tres pasos: preparación, intervención y documentación:

1. Preparación:

- Revisar las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido y con las intervenciones de otros profesionales.
- Analizar los conocimientos y habilidades necesarias e identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución.

- Reconocer las habilidades potenciales: conocer las complicaciones más habituales de la persona, asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería. Esto permitirá poner en marcha enfoques preventivos que reduzcan riesgos.
- Proporcionar los recursos necesarios: prever el tiempo que requiere cada intervención, para la buena organización del trabajo y garantizar, de esta manera, que todas las personas reciban una atención de calidad; además, hay que tener presente el uso adecuado de los recursos.
- Proporcionar un entorno adecuado y seguro: crear un ambiente terapéutico, en el que tanto la persona como el profesional de enfermería puedan trabajar en la resolución de los factores que contribuyen a la presencia del problema de salud.

2. Intervención

Constituye el conjunto de actividades diseñadas para cubrir las necesidades de salud de las personas, dependiendo de los problemas personales específicos que presenten.

La ejecución de las actividades de enfermería se ajusta a lo siguiente:

- Refuerzo de las cualidades presentes en la persona (por ejemplo: nivel de educación, motivación para aprender a modificar la conducta, red familiar y social de apoyo, etc).
- Ayuda a las actividades de la vida diaria (ejemplo: valorar nuevos problemas, recoger datos sobre las dificultades existentes, etc).
- Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería, ya que, como coordinador del equipo, el profesional de enfermería es legalmente responsable de la prestación de los cuidados.
- Comunicación con otros miembros del equipo de salud.
- Educación: incluye todo lo que se refiere a facilitar la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades por parte de la persona.

- Prestación de cuidados para conseguir los objetivos de la persona²⁰.

3. Documentación

La documentación se realiza en todas las fases anteriores del proceso y adquiere un valor fundamental en la ejecución; “lo no escrito no forma parte de la realidad; por esta razón, las actividades de las enfermeras debe registrarse en los formatos definidos institucionalmente; además, es un registro legal de los cuidados administrados al paciente.

Generalmente, los registros proporcionan la única prueba documental de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y enfermeros; las anotaciones incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados.

Los registros de las intervenciones de enfermería deben hacerse de manera completa y exacta, por las siguientes dos razones:

- a) Anotar de manera inmediata aporta mayor exactitud a los registros.
- b) Con frecuencia, escribir lo que se ha observado y hecho, estimula en la memoria del profesional de enfermería hacer o valorar algo más.

Los propósitos del registro son entre otras cosas, mantener informado a otros profesionales de la salud sobre datos relevantes de la persona, cuidados proporcionados así como las respuestas que éste tenga a las intervenciones, así mismo, da una base para la evaluación, investigación y mejorar la calidad de los cuidado. Otro aspecto importante es que los registros respaldan legalmente las actuaciones del personal de enfermería²⁶.

5.2.5 Evaluación

Es la etapa final del PAE, se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Es el instrumento que posee enfermería para medir la calidad de

los cuidados que realizan, y de esta forma determinar si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambios o, por el contrario, se dan por finalizados.

Tiene como propósito determinar el progreso de las personas o grupos para mejorar, aliviar o recuperar su situación de salud. Su repercusión es directamente proporcional a la satisfacción de las personas que han entrado en el sistema de cuidados de salud.

En este sentido, los dos criterios más importantes que valora la enfermería son la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de la obtención de datos sobre el estado de salud/problema/diagnostico que queremos evaluar, así se hace una comparación con los resultados esperados para la elaboración de un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados²⁰.

5.4 ENFERMERÍA QUIRÚRGICA Y SU IMPORTANCIA

El papel del instrumentista quirúrgico es una combinación de 4 áreas de la atención sanitaria y la tecnología:

- Ayudante en procedimientos quirúrgicos como parte del equipo quirúrgico.
- Especialista en la preparación, manejo y uso de los dispositivos, equipos e instrumentos quirúrgicos.
- Encargado de la atención del paciente en el ámbito perioperatorio.
- Participante en el liderazgo y la dirección
- Docente e instructor

Visiblemente, el instrumentista tiene muchos roles diferentes y desempeña distintas tareas que van de lo básico a lo complejo²⁷.

Cuando existe una intervención planificada provoca una serie de cambios y respuestas fisiológicas y psicológicas en el paciente y su familia, basadas en experiencias personales previas. La mayoría de las personas ven cualquier intervención quirúrgica independientemente de su complejidad como un hecho importante, reaccionando con cierto grado de ansiedad y temor.

Enfermería perioperatoria es el término que se utiliza para describir las responsabilidades de enfermería durante el preoperatorio, transoperatorio, recuperación post anestésica y con las fases de un postoperatorio. Durante estos periodos se aplica el proceso de enfermería para identificar el funcionamiento positivo, alterado y la posible alteración del funcionamiento del paciente. Las responsabilidades de enfermería en cada fase (anexo 1) se centran en determinados problemas de salud reales o potenciales.

La intervención quirúrgica junto con la anestesia hacen una alteración de todas las funciones principales del organismo, pero la mayoría de los pacientes tienen la capacidad compensatoria de recobrar la homeostasis. Sin embargo, hay pacientes con un mayor riesgo de fracasar en este intento de

compensación sobre la función cardíaca, circulatoria, respiratoria y otras funciones ante los efectos adversos de la cirugía y anestesia. El proceso de enfermería proporciona una guía para identificar respuestas del paciente ante la experiencia quirúrgica²⁸.

El instrumentista quirúrgico es más que un asesor técnico y de manejo del equipo, el dominio de esta función integrada demanda habilidades y tareas de atención similares a las del enfermero o el ayudante médico pero incluye consideraciones específicas y únicas relacionadas con el ambiente perioperatorio²⁷.

5.5 ANATOMIA QUIRÚRGICA DEL ÚTERO Y ANEXOS

Una comprensión y conocimiento claro de la anatomía de la pelvis femenina es fundamental para el éxito de la cirugía ginecológica y así prevenir la morbilidad quirúrgica. Se tiene que apreciar la estrecha relación entre el tracto reproductivo, urinario y gastrointestinal, junto con el soporte musculo aponeurótico pélvico, circulación vascular y linfática y la innervación neurológica.

- Útero

La formación del útero se produce como consecuencia de la fusión de los conductos de Müller; esta fusión determina la aparición de los dos tercios superiores de la vagina, el cérvix y el cuerpo uterino²⁹.

Tiene forma de pera invertida, con estrechamiento hacia la parte inferior hasta el cuello uterino, en estado no gestante se encuentra situado totalmente dentro de la pelvis menor, la cavidad uterina tiene forma de triángulo invertido al ser visto desde un corte coronal.

Es un órgano hueco y contiene paredes musculares gruesas. En sus dimensiones externas máximas cuenta con aproximadamente 9cm de largo, 6cm de ancho y 4cm de espesor.

A la porción superior del útero se le conoce como “cuerpo”, a la zona de inserción de cada trompa uterina se le denomina “cuerno” y la parte del cuerpo por encima del cuerno es el “fondo”.

En cuanto a su estructura está compuesto por tres capas:

- Serosa externa (peritoneo): recubre el cuerpo del útero y, por detrás, la porción supravaginal del cuello uterino.
- Capa muscular media (miometrio): forma la parte principal del útero y comprende fibras entrelazadas del músculo liso, entrelazándose con el tejido areolar, vasos sanguíneos, nervios y vasos linfáticos.
- Capa mucosa interna (endometrio): forma la capa interior con una sola capa de epitelio cilíndrico y no se separa nítidamente del miometrio, las glándulas tubulares se sumergen dentro de las fibras musculares más profundos. Sufre cambios histológicos cíclicos durante la menstruación y su espesor varía entre 1 y 5mm.

En cuanto a sus relaciones anatómicas tenemos que por delante tiene contacto con la vejiga y se separa de ella mediante el fondo de saco uterovesical de peritoneo. Por detrás está el fondo de saco de Douglas más asas de intestino delgado, colon sigmoides y recto superior. De forma lateral se relaciona con el ligamento ancho y lo que está en su interior. De especial importancia son la arteria uterina y el uréter, que transcurren cerca del cérvix supravaginal (Fig. 1).

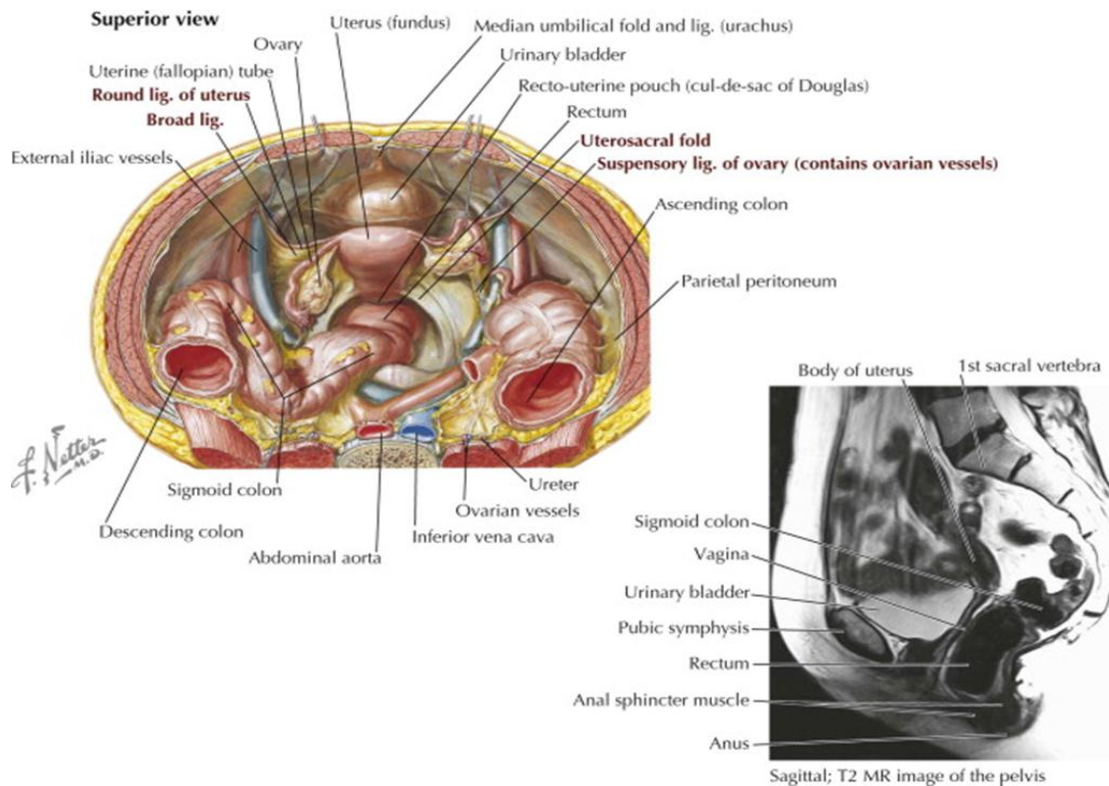


Fig. 1. Dibujo anatómico de las principales estructuras adyacentes al útero visto desde un corte transversal y resonancia magnética sagital de la pelvis. (Foto)³⁰

- Ovario

El tamaño y apariencia va a depender de la edad y de la etapa del ciclo menstrual. Generalmente en la mujer adulta joven, tienen forma de almendra, sólidos y de color blanco, sus medidas son de 3cm de largo, 1,5cm de ancho y 1cm de espesor aproximadamente.

El ovario es la única estructura intraabdominal que no está recubierta por el peritoneo. Cada ovario está unido en cada extremo lateral del útero por el ligamento ovárico, y a nivel de su ligamento ancho por el mesoovario, que contiene su irrigación sanguínea e inervación.

En cuanto a las relaciones anatómicas podemos encontrar que por delante de éstos se encuentran las trompas de Falopio, la porción superior de la vejiga y el fondo de saco uterovesical; por detrás está el fondo de saco de

Douglas. El ligamento ancho y su contenido tiene relación inferior, mientras que por encima de los ovarios están el intestino y el epiplón. La parte lateral del ovario está en contacto con el peritoneo parietal y las paredes laterales de la pelvis (Fig. 2).

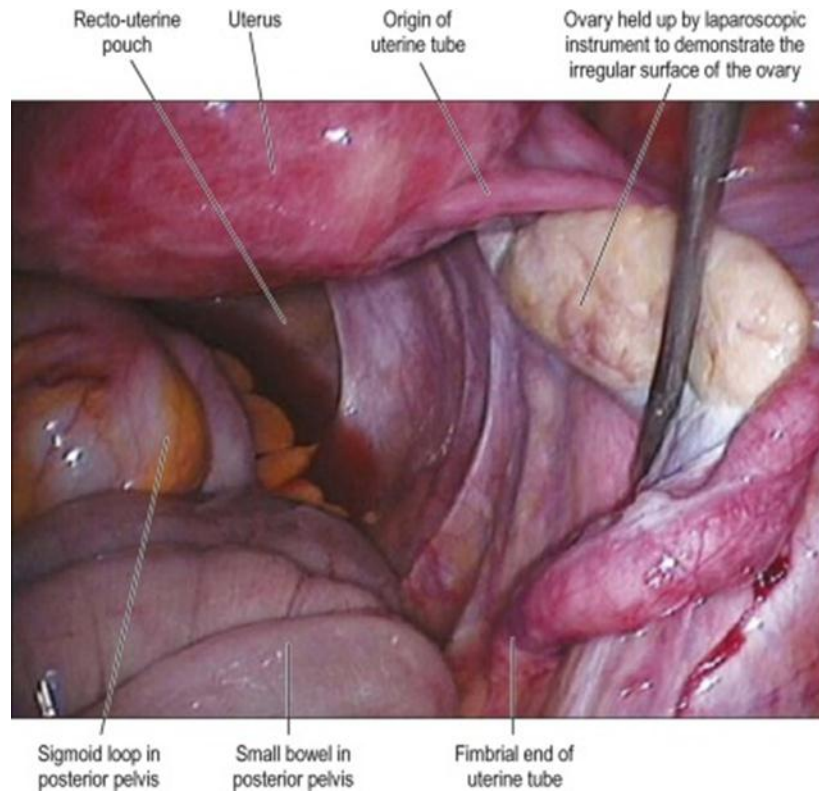


Fig 2. Vista laparoscópica de ovario derecho³¹.

Durante la vida fetal temprana, los ovarios están situados en la región lumbar cerca de los riñones, descendiendo gradualmente dentro de la pelvis menor y, durante la infancia, son pequeños y se sitúan cerca del reborde pélvico.

La principal irrigación vascular hacia los ovarios se da a través de la arteria ovárica, la cual emerge de la cara anterolateral de la aorta por debajo del origen de las arterias renales. Ramas pequeñas pasan al uréter y la trompa de Falopio, y una rama pasa hasta el cuerno del útero donde se anastomosa

libremente con ramas de la arteria uterina para producir un arco arterial continuo.

- Trompas uterinas

También llamadas trompas de Falopio, son dos oviductos que tienen su origen a nivel de los cuernos del útero y continúa su trayecto a lo largo de los márgenes superiores del ligamento ancho. Cuentan con una longitud de 10cm aproximadamente y su terminación está en la cavidad peritoneal cerca del ovario. Esta abertura abdominal se encuentra en el extremo de una porción lateral de la trompa, el infundíbulo.

Se dividen en 4 regiones:

1. Intersticial: porción más estrecha, se ubica dentro del espesor de la pared uterina y forma la boca tubaria a nivel de la cavidad endometrial.
2. Istmo: es el segmento estrecho más cercano a la pared uterina.
3. Ampolla: es el segmento de mayor diámetro lateral en relación con el istmo.
4. Fimbrinas (infundíbulo): bocas abdominales de las trompas en forma de embudo, que se abren hacia la cavidad peritoneal. Esta abertura cuenta con numerosas salientes digitiformes que ofrecen un amplio campo para la captación del óvulo, las fimbrinas ováricas forman una conexión entre el extremo de la trompa y el ovario⁴.

Cuentan con una estructura como muchas de las vísceras huecas, es decir, que contiene tres capas. La capa serosa externa consiste de peritoneo y tejido areolar subyacente. La capa muscular media consta de fibras longitudinales externas y fibras circulares internas. La membrana mucosa se ve inmersa en una serie de pliegues, está revestida con un epitelio cilíndrico, donde contiene cilios que, junto con la acción peristáltica ayudan al transporte de espermatozoides y óvulos.

Las relaciones anatómicas son similares a las del ovario. Medialmente, la trompa de Falopio, después de hacer arco sobre el ovario, curva alrededor de su extremidad tubarica y pasa por un borde libre (Fig. 3).

Las trompas de Falopio son irrigadas por ramas provenientes de la arcada vascular formada por la arteria ovárica lateralmente y una rama de la arteria uterina medialmente³².

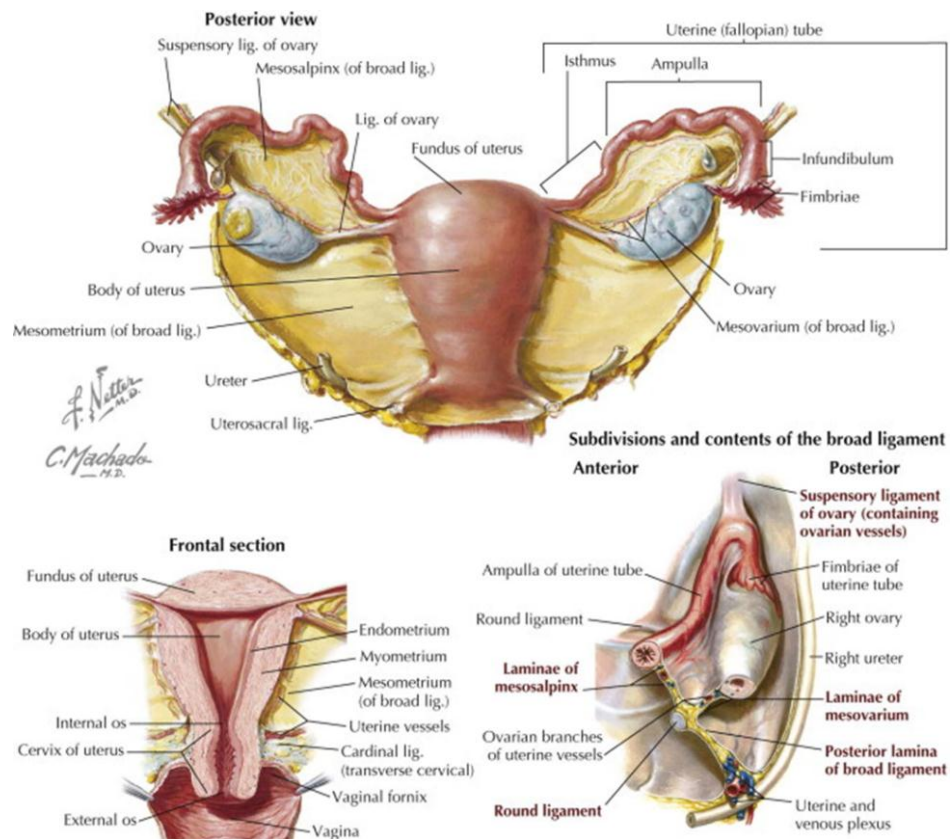


Fig. 3. Vista posterior de las trompas uterinas en donde se señalan sus partes de subdivisión así como las subdivisiones y contenido del ligamento anterior³³.

5.5 MIOMATOSIS UTERINA

Los miomas uterinos (leiomas) son los tumores benignos más frecuentes del aparato genital femenino. Se trata de tumores del musculo liso, con enorme variabilidad de tamaño, que va desde tamaños microscópicos a grandes masas las cuales pueden alcanzar hasta 30-40kg de peso. Se pueden presentar de 1 o múltiples y localizarse en el cérvix o cuerpo uterino.

Según la localización anatómica existen tres tipos:

- Subserosos: situados en la superficie del miometrio del lado peritoneal, que se desarrollan hacia la cavidad abdominal deformando los relieves uterinos. Algunos miomas pediculados cuelgan de la pared uterina.
- Intramurales o intersticiales: se localizan dentro de la pared uterina en el miometrio.
- Submucosos: se proyectan en la cavidad uterina³⁴ (Fig. 4).

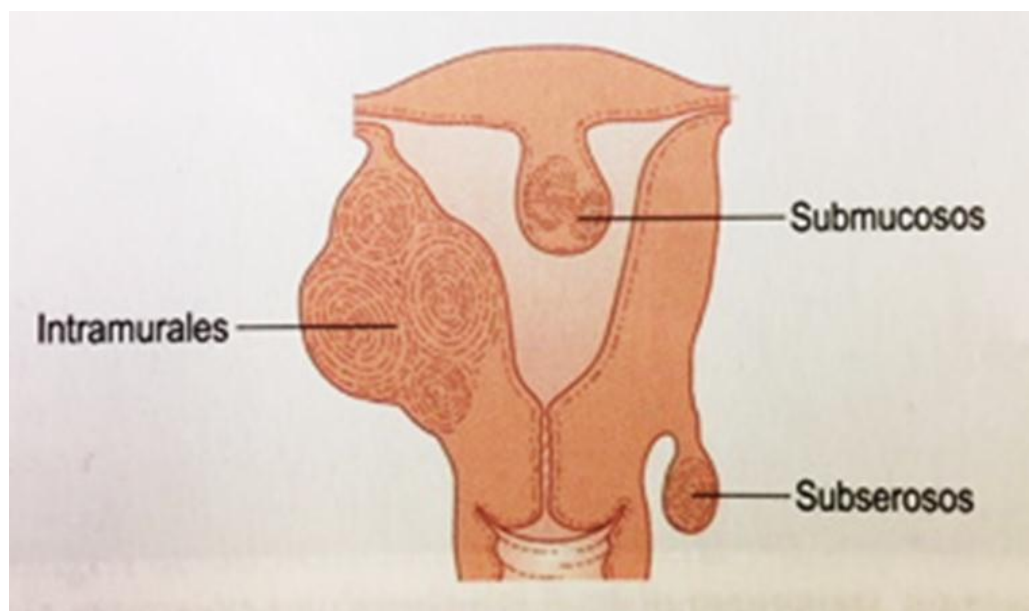


Fig. 4. Diferentes tipos de localización de los miomas uterinos³⁷.

El tamaño y localización del tumor influyen de forma notable sobre los síntomas. Los subserosos pueden comprimir órganos adyacentes y pueden provocar síntomas vesicales e intestinales, los submucosos originan hemorragia uterina disfuncional (HUD).

Se desconoce la causa de estas lesiones, son más frecuentes en las mujeres afrocaribeñas, con sobrepeso, nulíparas, en las que sufren síndrome del ovario poliquístico (SOPQ), diabetes, hipertensión o con antecedentes hereditarios de miomas²⁹.

5.5.1 Factores de riesgo

- Edad: la mayor incidencia se sitúa a partir de los 40 años de edad.
- Factores hormonales: la menarquia temprana (<10 años de edad) se ha establecido como factor independiente de riesgo. Así mismo la menarquia tardía (>16 años de edad) es un factor protector.
- Antecedentes familiares: el riesgo de aparición de miomas es mayor en aquellas mujeres que tengan familiares de primer grado afectas.
- Peso: las mujeres obesas son más propensas a padecer miomas. Puede deberse al aumento de estrógenos circulantes en las mujeres ya que en el tejido graso se produce la transformación de andrógenos a estrógenos gracias a la aromatasa³⁵.

5.5.2 Cuadro Clínico

Los miomas son frecuentemente asintomáticos; en un 50% de mujeres serán hallazgos casuales en la ecografía realizada por otra causa. En los casos sintomáticos, la clínica dependerá del tamaño, localización y número de los miomas³⁵.

- Sangrado

Es el signo más frecuente. Típicamente los miomas producen un aumento en la cantidad y duración de la menstruación. Este síntoma es más frecuente en los miomas submucosos, aunque los Intramurales también pueden producir metrorragia debido a la distensión de la cavidad uterina y aumento de la superficie sangrante.

- Dolor

Puede aparecer en un 30% de las mujeres con este padecimiento. El dolor puede ser de tipo crónico y persistente, con sensación de pesadez, o agudo originado por la torsión de miomas pediculados. También en los de tipo submucosos puede aparecer dolor; en algunos casos, el mioma resulta un cuerpo extraño para el útero, que intenta expulsarlo mediante contracciones doloras para la mujer. El dolor también puede deberse a cambios degenerativos con necrosis, y en los casos de miomas subserosos puede producir compresión nerviosa.

- Síntomas compresivos

El aumento de tamaño del útero puede producir compresión de otros órganos vecinos como vejiga, recto, uréteres e intestino. Los síntomas más frecuentes son los urinarios con poliuria, nicturia y urgencia miccional.

- Reproducción

Típicamente se ha asociado la presencia de miomas submucosos con una disminución de la fertilidad.

Los mecanismos por los que los miomas producirán infertilidad son:

- ✓ Alteración del endometrio que produce dificultad para la implantación.
- ✓ Deformidad de la cavidad uterina que puede interferir con el transporte del espermatozoide.

- ✓ Alteración de la contractilidad uterina.
- ✓ Persistencia de sangrado o coágulos intracavitarios que alteran la implantación.
- ✓ Obstrucción del ostium túbárico³⁵.

5.5.3 Diagnóstico

- Examen pelviano

El diagnóstico de los miomas (anexo 2), está basado principalmente en la exploración clínica. Los miomas Intramurales y subserosos que son clínicamente significativos generalmente pueden diagnosticarse por este medio basado en hallazgos de útero agrandado, de una forma irregular, firme y no dolorosa.

El tamaño uterino tiene buena correlación con el tamaño y peso uterino en el examen anatomopatológico. Los miomas submucosos, por lo general, requieren ecografía con infusión salina, histeroscopia o resonancia magnética (RM) para el diagnóstico definitivo.

Entre las limitaciones para la exploración física encontramos la dificultad de realización en mujeres obesas y la imposibilidad para diferenciarlo de embarazos, tumores ováricos, inflamación de las trompas de Falopio, adenomiosis uterina, etc.³⁶.

- Diagnóstico por imágenes

Para la confirmación del diagnóstico mediante el uso de imágenes podemos usar la ecografía, ecografía con infusión salina, la histeroscopia y la resonancia magnética (RM).

1. Ecografía: es la exploración complementaria más útil y accesible. La ecografía abdominal y transvaginal es la técnica más disponible y menos costosa, y sirve para la diferenciación de los miomas de otras

patologías pelvianas. Puede utilizarse la solución salina en la ecografía para proveer un contraste en la cavidad uterina.

La imagen ecográfica del mioma es un nódulo hipocogénico en relación al miometrio, homogéneo, bien delimitado, de bordes irregulares y tamaño variable.

2. Resonancia magnética: es el método adecuado para evaluar el tamaño, posición y cantidad de miomas uterinos, constituye la mejor modalidad para la valoración de la penetración del mioma submucoso en el miometrio.

3. Histeroscopia: técnica exploratoria endoscópica a fin de estudiar el interior de la cavidad uterina junto con el canal endocervical³⁶.

5.5.4 Tratamiento Médico

No siempre se requiere de tratamiento para los miomas debido al alto índice de miomas asintomáticos, cuando no es así, de considerarse como indicación relativa el tamaño del mioma, cuando es de gran tamaño está indicada la resección del tumor. También está justificado en el caso de que el mioma crezca rápidamente.

- Progestágenos: este tratamiento está indicado en mujeres premenopáusicas con miomas pequeños pero sintomáticos. Puede usarse tanto progesterona natural como derivados sintéticos de la noertindrona y del levogestrel. Estos fármacos actúan sobre dos mecanismos básicos, uno directo por efecto antiestrogénico sobre los receptores del mioma y otro indirecto, inhibiendo la secreción de gonadotropinas a nivel de la hipófisis.
- Esteroides androgénicos: la gestriona y el danazol son dos fármacos de este tipo los cuales producen disminución del tamaño del tumor. Su

utilización está muy limitada debido que su principal efecto adverso es la virilización.

- Análogos de GnRH: actúan suprimiendo el eje hipotálamo-hipofisario, inhibiendo a secreción de LH y FSH, y por tanto, la producción de estrógenos ováricos. Traduciéndolo a nivel del tumor, disminuye su volumen, vascularización y sintomatología.

Presentan efectos adversos como la aparición de sintomatología climatérica como sofocos, depresión, nerviosismo y sequedad vaginal. En tratamientos prolongados de más de 6 meses producirá una disminución de la masa ósea.

Este tratamiento solo debe usarse por lo general como preparación para la cirugía.

- Mifepristona: es antagonista de la progesterona que ha demostrado eficacia en dosis que van desde 10mg hasta 50mg. Su mecanismo de acción no está del todo claro, produce una disminución del número de receptores de progesterona tanto en el miometrio como en el mioma. Además produce inhibición del crecimiento del mioma dependiente de los estrógenos, por ultimo parece que produce una disminución de la vascularización del mioma por un efecto directo sobre los vasos³⁵.

5.5.5 Tratamiento quirúrgico

- Histerectomía

Está indicada en aquellas mujeres mayores de 40 de edad o que tengan paridad satisfecha. Puede realizarse de manera total, extirpando el cuello del útero y el cérvix, o subtotal en la que se conserva el cuello. La justificación de la histerectomía total está basada en la potencial cancerización del muñón cervical que ocurre con una frecuencia de hasta 2-4% de los casos. En aquellos casos donde se opta por la histerectomía supracervical se basan en que la persistencia del cérvix facilita las

relaciones sexuales de la mujer, disminuye la tasa de prolapso y disminuye la morbilidad de la técnica.

Puede realizarse por vía abdominal, laparoscópica o vaginal. La elección de cada una de ellas dependerá de las características de la mujer, cirugías previas, morbilidad asociada y las características del útero, tamaño y movilidad³⁵.

5.6 HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico en ginecología más realizado sólo después de la cesárea. Existen muchas indicaciones para llevarla a cabo y el útero puede ser extirpado de forma parcial o total por medio de diferentes técnicas y abordajes, que incluye las vías abdominal, vaginal y laparoscópica. El cirujano ginecológico debe emplear los antecedentes, examen físico y los análisis con el paciente para determinar el procedimiento adecuado y así se logre el resultado más satisfactorio³⁷.

5.6.1 Indicaciones

Aunque a veces se realicen histerectomías que no están indicadas y otras se efectúan con indicaciones dudosas, la mayoría se realizan debido a indicaciones bien conocidas para aliviar síntomas, evitar síntomas futuros o salvar la vida. En el cuadro 1, se enlistan las indicaciones las frecuentes.

Cuadro 1. Indicaciones de la histerectomía	
Enfermedades benignas	Enfermedades malignas
- Sangrado anormal	- Neoplasia intraepitelial cervical
- Leiomas	- Cáncer de cuello invasor
- Adenomiosis	- Hiperplasia endometrial atípica
- Endometriosis	- Ca de endometrio
- Prolapso de órganos pelvianos	- Ca de ovario
- Enfermedad pelviana	- Ca de la trompa de Falopio

inflamatoria - Dolor pélvico crónico - Condiciones relacionadas con el embarazo - Otras	- Tumores gestacionales trofoblasticos
--	---

5.6.2 Preoperatorio

Se requiere de una anamnesis completa y un examen físico para estar seguro de que la paciente pueda tolerar la anestesia y la cirugía sin complicaciones.

Las radiografías de tórax no se recomiendan en forma sistemática, pero pueden indicarse en pacientes con enfermedades cardiorrespiratorias o neoplasias.

El riesgo de infección disminuye si se usa antibiótico por vía intravenosa de rutina inmediatamente antes de la inducción de la anestesia. Suelen utilizarse cefalosporinas de segunda generación, como la cefoxitina³⁷.

5.6.3 Transoperatorio

A continuación se describirá brevemente la técnica quirúrgica de la histerectomía total por vía abdominal.

Incisión en la piel y tejido celular subcutáneo con bisturí 4 hoja 20, se realiza hemostasia con pinza Kelly curva y electro cauterio o con catgut cromado 2/0. Con los dos separadores de farabeuf se separa la grasa para visualizar las fascias, se repara con 2 pinzas Kelly curvas o allis y se crea un ojal con bisturí 4 hoja 20 el cual se amplía con tijera de metzenbaum hacia cada lado o hacia arriba y abajo, así quedan expuestos el músculo recto anterior, el cual se separa manualmente o se seccionan con tijera de tejido.

Se visualiza el peritoneo el cual se repara con dos pinzas de Kelly curva y se secciona con tijera de tejido, se llega a la cavidad abdominal y el cirujano

inspecciona el útero y sus anexos. Se coloca el separador de O' Sullivan a fin de lograr una mejor exposición de la cavidad abdominal, en este punto se le da posición de trendelenburg a la paciente.

Se toma el útero con el hysterolabo o se realiza de una vez el pinzamiento del ligamento redondo junto con istmo de la trompa y el ligamento uteroovaricos con dos pinzas de heanney, Rochester o kocher curva, se seccionan con tijera de metzenbaum y se liga con sutura absorbible (cromado) calibre 2 o 1 de ½ circulo y se corta el hilo con tijera de mayo. Con tijera de metzenbaum y pinza de disección se secciona lo que queda del ligamento ancho y el repliegue peritoneal vesico-uterino, luego con una gasa montada en una pinza Rochester recta o de anillos se realiza disección roma, también se puede hacer digitalmente, con una compresa húmeda o con gasas enrolladas en los dedos, teniendo precaución que se devuelva.

Se pinzan las arterias uterinas con pinza de heanney, Rochester o kocher y se seccionan con tijera de tejido, se sutura con cromado 2 o 1 de ½ circulo y se corta con tijera de mayo.

Se toman los ligamentos cardinales con pinza heanny a cada lado y se secciona con tijera y se liga con cromado 2 o 1 montado en un porta aguja largo, luego se pinza la cúpula vaginal por debajo del cuello uterino con heanney se secciona con tijera de metzenbaum, se recibe el útero en una riñonera o en una compresa.

Con dos pinzas allis para separar el orificio de la cúpula vaginal, se pasa el porta agujas largo para que con los puntos se realice el cierre de la cúpula vaginal, con puntos separados o continuos algunos cirujanos dejan un espacio de medio centímetro para que en caso de que haya hematoma de cúpula, drene por allí.

Se realiza lavado de cavidad, se retiran las valvas, se hace conteo y se le informa al cirujano si el conteo está completo.

Se realiza cierre de planos:

- Peritoneo parietal: cromado 2/0 de ½ circula punta redonda de 25mm.
- Músculo: cromado 2/0 de ½ círculo punta redonda de 25mm
- Fáschia: poliglactina 910, 1 de ½ círculo punta redonda de 25 mm
- Tejido celular subcutáneo: catgut simple 2/0 de ½ círculo punta redonda de 25mm.
- Piel: Prolene o nylon 2/0 o 3/0 recta de keith de 60-65 mm o curva de 3/8 punta cortante³⁸.

Por último se limpia la piel con compresa húmeda y se coloca el apósito en la incisión.

5.6.4 Postoperatorio

En muchos casos, las pacientes son capaces de tolerar la dieta solida por vía oral en el primer día post operatorio, considerando y tomando en cuenta la magnitud de la resección y el traumatismo intestinal generados durante el procedimiento quirúrgico.

En la mayoría de las pacientes se opta por dejar la sonda Foley (colocada antes de la histerectomía) durante la noche después de la intervención. En pacientes con lesión vesical o analgesia peridural continua para aliviar el dolor postoperatorio, se puede indicar un uso más prolongado de la sonda.

Las complicaciones pueden diagnosticarse durante la intervención o inmediatamente después de ella. Las complicaciones graves que requieren reoperación o que generan una incapacidad prolongada son relativamente infrecuentes. Las complicaciones más frecuentes son infección, hemorragia y lesión de órganos adyacentes.

Hay factores influyentes como la edad, enfermedades médicas, obesidad y neoplasias con relación a un mayor riesgo de complicaciones³⁷.

VI. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

6.1 Caso clínico

Transoperatorio

Exploración física: mioma en canal cervical, en fase de aborto; paciente en malas condiciones generales, laboratorios: hemoglobina 5.4g/dl, Hto 18.5%, VCM 68fl, Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 24pg plaquetas 449miles/UL, leucocitos 9,6miles/UL, TP 12.4seg, TPT 34.2seg. Grupo «A» positivo. Sangrado vaginal anormal de 1 semana de evolución, se comunica que presentó lipotimia durante estancia preoperatoria. Se realiza colocación de catéter subclavio y vía periférica. Dado el sangrado activo se decide realizar histerectomía de urgencia, se informa que existe riesgo elevado para la paciente, así como posibilidad de lesiones a vejiga, uréteres y órganos adyacentes por antecedente de tres cesáreas previas.

Riesgo quirúrgico: ASA IV con posibilidad de fallecimiento.

Plan terapéutico preoperatorio: soluciones endovenosas, estudios preoperatorios y dos paquetes globulares en reserva.

Carta de consentimiento bajo información: Se autoriza la realización de histerectomía total abdominal.

Diagnóstico postoperatorio: mioma abortivo con sangrado activo, lesión vesical.

Cirugía efectuada: histerectomía total abdominal más reparación vesical en cara posterior.

Descripción de la técnica: colocación de sonda Foley, incisión media infraumbilical, se localiza útero, se disecan ligamentos, se pinzan, cortan y ligan ligamentos redondos, trompas y ligamentos útero-ováricos de manera bilateral, se disecan hojas anterior y posterior de ligamento ancho, se

esqueletizan arterias uterinas, se pinzan, cortan y ligan; disección de cérvix, pinzamiento, corte y ligadura de Mackenroad, se pinzan cortan y ligan útero sacros, se extrae la pieza quirúrgica (sangrado abundante de arterias vaginales, las cuales se ligan del lado izquierdo). Se detecta lesión en pared posterior de vejiga de 4 centímetros, la cual se repara en tres planos; se corrobora hemostasia, marsupialización, cierre por planos.

Hallazgos: útero de 11 x 10 x 8cm, mioma cervical de 5cm protruyendo hacia vagina, a 2cm del orificio cervical externo, el cual se encontraba borrado y dilatado, el mioma distorsionaba la anatomía de la región, vejiga muy adherida, ovarios normales, tejidos sumamente lábiles sangrantes al mínimo estímulo.

Incidentes: lesión vesical posterior de 4 centímetros reparada.

Plan terapéutico: pasa a Terapia Intensiva.

Postoperatorio

En postoperatorio inmediato se observa palidez de tegumentos, piel y mucosas oral y nasal resecos, con ventilación espontánea.

Signos vitales: TA 145/90mmHg, FC 110x', FR 14x', SpO₂ 97% con ayuda de oxígeno suplementario con puntas nasales a 5 L/min. Uresis a través de sonda Foley presente, a una razón de 0.4 ml/kg/hr. Se observan facies evidentes de dolor, refiere dolor en el sitio de la incisión quirúrgica con escala EVA 8/10 (ver anexo 3), con dificultad de movimiento en cama.

Herida quirúrgica abdominal infraumbilical de aproximadamente 15cm de longitud con ligero sangrado en el sitio, se realiza curación y cambio de parche con gasas estériles.

A las 12 horas después de la intervención continua dolor en herida quirúrgica a pesar de ser manejada con analgésicos; tramadol 100mg vía IV, ketorolaco 30mg vía IV. Biometría hemática de control después de transfundir 1 paquete

globular en sala de operaciones reporta hemoglobina 10.3g/dl, signos vitales en parámetros normales.

A las 24 horas de post operatorio se reporta Hemodinámicamente estable, dolor moderado en herida quirúrgica que cede con analgésico, escala de EVA 5/10.

Paciente refiere sentirse triste por perdida de su órgano femenino y con temor a rechazo por parte de su pareja por creer que su aspecto ya no será al de una “mujer común” en etapa reproductiva.

PATRONES FUNCIONALES AFECTADOS DE LA PACIENTE SOMETIDA A HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL	
Patrón afectado	Datos objetivos/subjetivos (trans y post operatorio)
Percepción - manejo de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Tres cesáreas previas por DCP. - Malas condiciones generales. - Riesgo quirúrgico: ASA IV. - Ingreso a terapia intensiva, post operatorio inmediato.
Nutricional – metabólico	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con catéter venoso central en vena subclavia derecha, además de catéter venoso periférico en MSD. - Sangrado vaginal anormal de 1 semana de evolución. - Hb 5.4g/dl en el pre operatorio (se transfunden 2 PG preoperatorio y 1 PG transoperatorio). - Hb 10.3g/dl a las 24hrs después en post operatorio. - Palidez de tegumentos.

	<ul style="list-style-type: none"> - Incisión media infraumbilical de aprox. 15cm de longitud. - Tejidos sumamente lábiles sangrantes al mínimo estímulo. - Mucosas oral y nasal reseca.
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> - Lesión a pared vesical reparada en el transoperatorio reparada. - Sangrado abundante de arterias vaginales. - Diuresis presente a través de sonda Foley a razón de 0.4 ml/kg/hr.
Actividad – ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilación espontanea. - TA 145/90mmHg FC 110x' SpO₂ 97% FR 14x'. - O₂ suplementario con puntas nasales a 5 L/min. - Dificultad de movimientos en cama.
Cognitivo – perceptual	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor en herida quirúrgica. - Presentó lipotimia. - EVA 8/10 en post operatorio inmediato. - Disminución de la conciencia por efectos post anestésicos.
Autopercepción - autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> - Refiere tristeza por perdida de su órgano femenino. - Temor a rechazo por parte de su pareja. - Se siente diferente a una “mujer común”.
Sexualidad – Reproducción	<ul style="list-style-type: none"> - Mioma en canal cervical de 5cm en fase de aborto con sangrado activo. - Útero 11 x 10 x 8cm. - Cervicitis quística crónica. - Endometrio hipotrófico.

Se identificaron 5 diagnósticos de enfermería reales y 4 de riesgo encontrados en el caso clínico presentado de acuerdo a los patrones funcionales de Marjory Gordon, de los cuales se desarrollan 2 diagnósticos de enfermería reales, 2 de riesgo y 1 social.

Durante la atención hospitalaria de enfermería se dispone de poco tiempo para la realización total de diversas actividades en la atención hacia los pacientes, por lo tanto, es importante saber establecer prioridades y de esta manera tratar los problemas más urgentes en primer orden. La clasificación que hace Maslow de las necesidades básicas del ser humano puede dar una orientación para hacer la priorización.

El personal de enfermería debe ocuparse en primer lugar, de un diagnóstico cuyo problema:

- Afecte las necesidades fisiológicas esenciales y suponga un riesgo para la vida: equilibrio homeostático, suponga un peligro para la vida de la persona.
- Presenta un riesgo para la seguridad: puede comprometer la seguridad de la persona o la de los demás.
- Entrañe un sufrimiento físico o psicológico.
- Multiplique las dependencias y conduzca a una disfunción
- Altere el confort, que provoque sensaciones desagradables.
- Dificulte el funcionamiento afectivo, cognitivo o social, que pueda atentar contra la imagen propia.³⁹

6.2 Diagnósticos de enfermería para paciente sometida a histerectomía abdominal

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO			
Racimo	Deducción	Dominio / clase	Diagnóstico de enfermería
<ul style="list-style-type: none"> - Incisión media infraumbilical de aprox. 15cm de longitud. - Dificultad de movimientos en cama. - Dolor en herida quirúrgica. - Presentó lipotimia. - EVA 8/10 en post operatorio inmediato. 	<p>A medida que disminuyen los efectos de la anestesia, vuelven los reflejos del paciente, aumenta su fuerza muscular y recupera un estado de orientación normal. Los pacientes sometidos a la anestesia regional empiezan a recuperar la función motora antes de que reaparezca la sensación táctil⁴⁰.</p>	<p>Dominio 4. Actividad / Reposo Clase 2. Actividad / Ejercicio</p>	<p>Deterioro de la movilidad física (00085) R/C dolor, M/P dificultad para girarse, disminución de las habilidades motoras gruesas y limitación de la amplitud de movimientos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Refiere tristeza por perdida de su órgano femenino. 	<p>La extirpación quirúrgica de una parte del cuerpo</p>	<p>Dominio 6. Autopercepción</p>	<p>Trastorno de la imagen corporal (00118) R/C</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Temor a rechazo por parte de su pareja. - Se siente diferente a una "mujer común". - Mioma en canal cervical de 5cm en fase de aborto con sangrado activo. - Útero 11 x 10 x 8cm. 	<p>deja a menudo como secuela una desfiguración permanente o una alteración de la función corporal.</p> <p>Con frecuencia, la cirugía cambia los aspectos físicos o psicológicos de la sexualidad del paciente.</p> <p>Las personas reaccionaran de manera diferente según su auto concepto y el grado de autoestima⁴⁰.</p>	<p>Clase 3.</p> <p>Imagen corporal</p>	<p>alteración del funcionamiento del cuerpo (cirugía), M/P alteración en la estructura del cuerpo, centrar la atención en el aspecto anterior, centrar la atención en las funciones anteriores.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ingreso a terapia intensiva, post operatorio inmediato. - Presentó lipotimia. - Dolor en herida quirúrgica. - EVA 8/10 en post operatorio 	<p>La cirugía es un acto psicológicamente estresante. Un paciente puede presentar ansiedad tanto por la intervención quirúrgica como por sus</p>	<p>Dominio 9.</p> <p>Afrontamiento / tolerancia al estrés</p> <p>Clase 2.</p> <p>Respuestas de afrontamiento</p>	<p>Ansiedad (00146) R/C grandes cambios (en el estado de salud), M/P sufrimiento, temor e inquietud.</p>

<p>inmediato.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temor a rechazo por parte de su pareja. - Se siente diferente a una “mujer común”. 	<p>implicaciones.</p> <p>Para entender el impacto de la cirugía sobre la salud emocional del paciente y la familia, el enfermero ha de valorar los sentimientos que le despierta la cirugía, su auto concepto y los recursos para hacer frente a los problemas⁴⁰.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Tres cesáreas previas por DCP. - Incisión media infraumbilical de aprox. 15cm de longitud. - Tejidos sumamente lábiles sangrantes al mínimo estímulo. 	<p>Después de la cirugía, la mayoría de las heridas quirúrgicas se cubren con un apósito que sirve para proteger la zona y para recoger el drenaje.</p> <p>El enfermero debe observar la cantidad, el color y la consistencia de</p>	<p>Dominio 11.</p> <p>Seguridad / protección</p> <p>Clase 2.</p> <p>Lesión física</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea (00046) R/C factores mecánicos, M/P alteración en la integridad cutánea.</p>

	drenajes depositados en los apósitos ⁴⁰ .		
<ul style="list-style-type: none"> - Incisión media infraumbilical de aprox. 15cm de longitud. - Tejidos sumamente lábiles sangrantes al mínimo estímulo. - Dolor en herida quirúrgica. - EVA 8/10 en post operatorio inmediato. 	<p>A medida que pasa el tiempo de efecto anestésico aumentan las sensaciones dolorosas. El dolor agudo en la incisión quirúrgica intranquiliza al paciente y puede ocasionar variaciones en los signos vitales.</p> <p>La valoración de la comodidad o bienestar del paciente y la evaluación de las terapias para aliviar el dolor son funciones de enfermería esenciales⁴⁰.</p>	<p>Dominio 12.</p> <p>Confort</p> <p>Clase 1.</p> <p>Confort físico</p>	<p>Dolor agudo (00132) R/C lesiones por agentes físicos (procedimiento quirúrgico), M/P auto informe de intensidad con escalas estandarizadas de dolor, conducta expresiva y expresión facial de dolor.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con catéter venoso central en vena 	<p>El riesgo de aparición de una infección en la</p>	<p>Dominio 11.</p> <p>Seguridad / protección</p>	<p>Riesgo de infección (00004) R/C procedimientos</p>

<p>subclavia derecha, además de catéter venoso periférico en MSD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hb 5.4g/dl en el preoperatorio (se transfunden 2 PG pre operatorio y 1 PG Transoperatorio). - Hb 10.3g/dl a las 24hrs después en post operatorio. - Incisión media infraumbilical de aprox. 15cm de longitud. - Ingreso a terapia intensiva, post operatorio inmediato. - Uso de sonda Foley. 	<p>herida quirúrgica depende de los siguientes aspectos: la cantidad y el tipo de microorganismos que la contaminan, la susceptibilidad del huésped y el estado de la herida al final de la intervención quirúrgica. Un tiempo crítico para la cicatrización de las heridas es entre las 24 y 72 horas posteriores a la intervención, tras lo cual la herida está cerrada. Si aparece una infección en la herida, ello suele ocurrir a los 3-6</p>	<p>Clase 1. Infección</p>	<p>invasivos, alteración en la integridad cutánea y disminución de la hemoglobina.</p>
---	--	-------------------------------	--

	días después de la intervención. El enfermero debe utilizar una técnica aséptica al cambiar los apósitos y cuidar la herida. Mediante una observación continuada de la herida puede identificarse los síntomas y signos más precoces de infección ⁴⁰ .		
<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la conciencia por efectos post anestésicos. - O₂ suplementario con puntas nasales a 5 L/min. - Dificultad de movimientos en cama. 	Ciertos anestésicos pueden producir depresión respiratoria y una de las mayores preocupaciones del enfermero ha de ser la obstrucción de las vías aéreas. En los pacientes post anestésicos, la	<p>Dominio 11. Seguridad / protección</p> <p>Clase 2. Lesión física</p>	<p>Riesgo de aspiración (00039) R/C depresión del reflejo nauseoso, disminución del nivel de conciencia y régimen de tratamiento.</p>

	mayoría de las obstrucciones están producidas por la lengua ⁴⁰ .		
<ul style="list-style-type: none"> - Malas condiciones generales. - Ingreso a terapia intensiva, post operatorio inmediato. - Dificultad de movimientos en cama. - Dolor en herida quirúrgica. - Presentó lipotimia. - EVA 8/10 en post operatorio inmediato. - Disminución de la conciencia por efectos post anestésicos. 	El personal de enfermería debe realizar una valoración completa del estado del paciente. Esta valoración debe hacerse de manera rápida y completa; además, debe estar orientada a las necesidades propias del cliente post quirúrgico ⁴⁰ .	<p>Dominio 11. Seguridad / protección</p> <p>Clase 2. Lesión física</p>	Riesgo de caídas (00155) R/C alteración en el funcionamiento cognitivo, anemia y periodo de recuperación post operatoria.
<ul style="list-style-type: none"> - Tres cesáreas previas por DCP. - Malas condiciones 	Durante la convalecencia, una herida quirúrgica	Dominio 11. Seguridad / protección	Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246) R/C cirugía mayor,

<p>generales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo quirúrgico: ASA IV. - Ingreso a terapia intensiva, post operatorio inmediato. - Incisión media infraumbilical de aprox. 15cm de longitud. - Tejidos sumamente lábiles sangrantes al mínimo estímulo. - Lesión a pared vesical reparada en el transoperatorio reparada. 	<p>experimenta un estrés importante. Así, el estrés relacionado con una nutrición inadecuada, trastornos de la circulación y alteraciones metabólicas, son factores que aumentan el riesgo de retraso de la cicatrización⁴⁰.</p>	<p>Clase 2. Lesión física</p>	<p>procedimiento quirúrgico prolongado y traumatismo en el sitio quirúrgico.</p>
---	---	-----------------------------------	--

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PRIORIZADOS

<p>Nivel 1. Fisiológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor agudo (00132) R/C lesiones por agentes físicos (procedimiento quirúrgico), M/P auto informe de intensidad con escalas estandarizadas de dolor, conducta expresiva y expresión facial de dolor. - Riesgo de infección (00004) R/C procedimientos invasivos, alteración en la integridad cutánea y disminución de la hemoglobina. - Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246) R/C cirugía mayor, procedimiento quirúrgico prolongado y traumatismo en el sitio quirúrgico. - Deterioro de la integridad cutánea (00046) R/C factores mecánicos, M/P alteración en la integridad cutánea. - Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246) R/C cirugía mayor, procedimiento quirúrgico prolongado y traumatismo en el sitio quirúrgico.
<p>Nivel 2. Seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la movilidad física (00085) R/C dolor, M/P dificultad para girarse, disminución de las habilidades motoras gruesas y limitación de la amplitud de movimientos. - Riesgo de aspiración (00039) R/C depresión del reflejo nauseoso, disminución del nivel de conciencia y régimen de tratamiento. - Riesgo de caídas (00155) R/C alteración en el

	funcionamiento cognitivo, anemia y periodo de recuperación post operatoria.
Nivel 3. Afiliación	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de la imagen corporal (00118) R/C alteración del funcionamiento del cuerpo (cirugía), M/P alteración en la estructura del cuerpo, centrar la atención en el aspecto anterior, centrar la atención en las funciones anteriores. - Ansiedad (00146) R/C grandes cambios (en el estado de salud), M/P sufrimiento, temor e inquietud.

6.3 Planes de cuidado para paciente sometida a histerectomía abdominal

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
			CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
NANDA			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
<p>DOMINIO: 11 seguridad/protección CLASE: 01 infección</p> <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</p> <p>Riesgo de infección (00004) R/C procedimientos invasivos, alteración en la integridad cutánea, disminución de la hemoglobina.</p> <p>Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</p>			<p>DOMINIO: IV conocimiento y conducta de salud. CLASE: T control del riesgo y seguridad</p> <p>Control de riesgo (1902)</p> <p>Definición: acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.</p>	<p>190201 Reconoce factores de riesgo 190202 Supervisa los factores de riesgo medioambientales 190203 Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal 190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo 190209 Evita exponerse a las amenazas para la salud 190213 Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita 190216 Reconoce cambios en el estado de salud 190217 Supervisa los cambios en el estado de salud</p>	<p>1 Nunca demostrado</p> <p>2 Raramente demostrado</p> <p>3 A veces demostrado</p> <p>4 Frecuentemente demostrado</p> <p>5 Siempre demostrado</p>	MANTENER A	AUMENTAR A

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

<p>INTERVENCION INDEPENDIENTE: CAMPO: 04 seguridad CLASE: v control de riesgos</p> <p>Protección contra las infecciones (6550) Definición: prevención y detección precoz de la infección de un paciente de riesgo.</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTO</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>655001 Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</p> <p>655002 Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</p> <p>655004 Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.</p> <p>655012 Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.</p> <p>655013 Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.</p> <p>655015 Fomentar una ingesta nutricional suficiente.</p> <p>655016 Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.</p> <p>655026 Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.</p>	<p>Los tejidos responden a la infiltración de patógenos con aumento del flujo de sangre y linfa (manifestado por edema, enrojecimiento y aumento del drenado) y epitelización reducida (marcada por separación de a herida). Los patógenos circundantes desencadenan que el hipotálamo eleve la temperatura corporal; ciertos patógenos no pueden sobrevivir a elevadas temperaturas.</p> <p>Una herida quirúrgica con los bordes aproximados por las suturas generalmente cicatrizan por primera intención. El tejido de granulación no es visible y la formación de cicatriz es mínima. En cambio, una herida quirúrgica con un drenaje o absceso cicatriza por segunda intención o granulación, con formación de una cicatriz más clara. Una herida reestructurada cicatriza por tercera intención y da como resultado una cicatriz más ancha y profunda.</p> <p>Para reparar el tejido, el cuerpo necesita un aumento de la ingesta de hidratos de carbono y proteínas, y una hidratación adecuada para el transporte vascular de oxígeno⁴¹.</p>

<p>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: CAMPO: 04 seguridad CLASE: v control de riesgos</p> <p>Identificación de riesgos (6610) Definición: análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p>	<p>FUNDAMENTO</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>661002 Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos.</p> <p>661004 Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.</p> <p>661006 Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.</p> <p>661012 Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.</p>	<p>Dar los pasos para prevenir la infección: lavarse las manos antes y después de cambiar los parches, llevar guantes hasta que la herida este sellada, limpiar completamente la zona alrededor de la herida, desechar las soluciones no usadas después de 24 horas.</p> <p>Estas medidas ayudan a prevenir la introducción de microorganismos en la herida y también reducen el riesgo de transmitir la infección a otros⁴¹.</p>

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
			CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
NANDA			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
<p>DOMINIO: 11 seguridad/protección CLASE: 02 lesión física</p> <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p> <p>Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246) R/C cirugía mayor, procedimiento quirúrgico prolongado, traumatismo en el sitio quirúrgico.</p> <p>Definición: vulnerable a un aumento del número de días del postoperatorio requeridos para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar que puede comprometer la salud.</p>			<p>DOMINIO: II salud fisiológica CLASE: A respuesta terapéutica</p> <p>Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato (2305)</p> <p>Definición: Grado que una persona alcanza la función basal fisiológica después de una cirugía mayor que requiere anestesia.</p>	<p>230501 Vías aéreas permeables. 230502 Presión arterial sistólica. 230503 Presión arterial diastólica. 230505 Temperatura corporal. 230506 Frecuencia cardíaca apical. 230510 Frecuencia respiratoria. 230512 Saturación de oxígeno. 230513 Nivel de conciencia. 230514 Orientación cognitiva. 230515 Diuresis. 230518 Integridad tisular. 230521 Sangrado. 230522 Dolor. 230526 Náusea. 230527 Vómitos. 230530 Hiperglucemia. 230531 Hipoglucemia.</p>	<p>1 Desviación grave del rango normal</p> <p>2 Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3 Desviación moderada del rango normal</p> <p>4 Desviación leve del rango normal</p> <p>5 Sin desviación del rango normal</p>	MANTENER A	AUMENTAR A

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
<p>INTERVENCION INDEPENDIENTE: CAMPO: 02 Fisiológico complejo CLASE: L control de la piel/heridas</p> <p>Cuidados del sitio de incisión (3440) Definición: limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTO</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>344002 Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.</p> <p>344007 Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.</p> <p>344004 Facilitar que el paciente vea la incisión.</p> <p>344017 Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.</p> <p>344019 Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluido los signos y síntomas de infección.</p>	<p>Después de la cirugía, la mayoría de las heridas quirúrgicas se cubren con un apósito que sirve para proteger la zona y para recoger el drenaje. La enfermera debe observar la cantidad, el color, olor y consistencia de los drenajes depositados en los apósitos. Contando el número de apósitos o gasas se puede hacer una estimación aproximada de la cantidad de las secreciones⁴¹.</p>

<p>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: CAMPO: 04 seguridad CLASE: V control de riesgos</p> <p>Monitorización de los signos vitales (6680) Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.</p>	<p>FUNDAMENTO</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>668001 Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.</p> <p>668002 Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.</p> <p>668008 Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.</p> <p>668009 Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.</p> <p>668014 Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.</p> <p>668016 Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).</p> <p>668020 Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.</p>	<p>Tomar las constantes vitales del paciente (temperatura, pulso, respiraciones y tensión arterial) cada 15 minutos hasta que son estables o con arreglo al protocolo de la institución. Además, valora al paciente para detectar los signos de problemas circulatorios usuales; hemorragia, shock, paro cardíaco, e hipotensión post operatoria.</p> <p>La dehiscencia de las suturas y la ligadura poco segura de los vasos sanguíneos puede causar hemorragia. El shock se produce como resultado de una hemorragia masiva o una insuficiencia cardíaca⁴¹.</p>

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
NANDA			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
<p>DOMINIO: 11 seguridad/protección CLASE: 02 lesión física</p> <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea (00046) R/C factores mecánicos M/P alteraciones de la superficie de la piel, destrucción de las capas de la piel, invasión de las estructuras corporales.</p> <p>Definición: alteración de la epidermis y/o la dermis.</p>			<p>DOMINIO: II Salud fisiológica CLASE: L Integridad tisular</p> <p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</p> <p>Definición: indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</p>	<p>110101 Temperatura de la piel. 110103 Elasticidad. 110104 Hidratación. 110105 Pigmentación anormal. 110108 Textura. 110111 Perfusión tisular. 110113 Integridad de la piel. 110115 Lesiones cutáneas. 110121 Eritema. 110123 Necrosis.</p>	<p>1 Gravemente comprometido</p> <p>2 Sustancialmente comprometido</p> <p>3 Moderadamente comprometido</p> <p>4 Levemente comprometido</p> <p>5 No comprometido</p>	MANTENER A	AUMENTAR A

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

<p>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: CAMPO: 2 fisiológico: complejo CLASE: L control de la piel/heridas</p> <p>Cuidados de las heridas (3660) Definición: prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.</p>	<p align="center">FUNDAMENTO</p>
<p align="center">ACTIVIDADES</p> <p>366003 Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</p> <p>366008 Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.</p> <p>366015 Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.</p> <p>366017 Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.</p> <p>366028 Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.</p> <p>366029 Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.</p> <p>366030 Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.</p>	<p>Existen dos aspectos principales para controlar la infección de las heridas: impedir que los microorganismos entren en la herida y prevenir la transmisión de patógenos transmitidos por vía hemática de otros pacientes o del propio paciente a otras personas.</p> <p>Los microorganismos pueden introducirse en el cuerpo durante la cirugía o a través de la incisión. Los patógenos circundantes desencadenan los mecanismos de defensa del cuerpo: se liberan leucocitos para destruir algunos patógenos, y el hipotálamo eleva la temperatura para matar a otros.</p> <p>El enrojecimiento de la herida, el dolor y el edema resultan de la migración de linfocitos al área⁴¹.</p>

<p>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: CAMPO: 2 fisiológico: complejo CLASE: L control de la piel/heridas</p> <p>Cuidados del sitio de incisión (3440) Definición: limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.</p>	<p>FUNDAMENTO</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>344002 Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.</p> <p>344003 Observar las características de cualquier drenaje.</p> <p>344004 Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.</p> <p>344005 Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.</p> <p>344006 Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.</p> <p>344017 Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.</p> <p>344019 Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluido los signos y síntomas de infección.</p>	<p>La limpieza de las heridas tradicionalmente ha implicado la eliminación de los restos (p. ej., materiales extraños, exceso de restos de tejido, tejido necrosado, bacterias y otros microorganismos).</p> <p>Limpiar con una dirección desde la herida hacia afuera para evitar la transmisión de microorganismos de la piel circundantes hacia el interior de la herida, en contraposición a limpiar a cualquier dirección, a menos que haya signos evidentes de infección.</p> <p>Los profesionales de enfermería valoran las heridas mediante la inspección visual, la palpación y el sentido del olfato, observan el aspecto de la herida y de cualquier secreción, tumefacción, olor, dehiscencia y dolor.</p> <p>Se puede observar una inflamación (enrojecimiento y tumefacción) de los bordes de la herida durante 1 a 3 días posteriores a la intervención⁴¹.</p>

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA		
			CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
NANDA		RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 12 confort CLASE: 01 confort físico DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA Dolor agudo (00132) R/C lesiones por agentes físicos M/P auto informe de intensidad con escalas estandarizadas de dolor, conducta expresiva y expresión facial de dolor. Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.		DOMINIO: V Salud percibida. CLASE: V Sintomatología Nivel de dolor (2102) Definición: intensidad del dolor referido o manifestado.	210201 Dolor referido. 210204 Duración de los episodios de dolor. 210206 Expresiones faciales de dolor. 210212 Presión arterial. 210214 Sudoración. 210217 Gemidos y gritos. 210221 Frotarse el área afectada. 210222 Agitación. 210223 Irritabilidad. 210224 Muecas de dolor.	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal	MANTENER A AUMENTAR A

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)					
INTERVENCION INDEPENDIENTE: CAMPO: 01 fisiológico: básico CLASE: E fomento de la comodidad física Manejo del dolor (1400) Definición: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.			FUNDAMENTO		

ACTIVIDADES	
<p>140001 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>140002 Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.</p> <p>140003 Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. (ver anexo 4)</p> <p>140008 Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.</p> <p>140027 Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</p> <p>140029 Utilizar medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso.</p> <p>140033 Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.</p> <p>140034 Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.</p>	<p>La utilización de un anestésico de acción prolongada antes de la operación reduce el malestar durante el primer día del post operatorio. Las explicaciones de lo que debe esperar y la disponibilidad de analgésicos pueden ayudar a mitigar la ansiedad debida al temor a lo desconocido.</p> <p>El paciente que esté preparado para el dolor gracias a las explicaciones tiende a tener menos estrés que el paciente que ha recibido vagas explicaciones que no ha sido informado.</p> <p>Las medidas analgésicas con la medicación junto con las no farmacológicas como una correcta colocación, ejercicios de relajación, distracción y un ambiente tranquilo, silencioso y poco iluminado pueden impedir que los estímulos nocivos lleguen a centros cerebrales superiores, introduciendo otro estímulo. La relajación reduce la tensión muscular aumentando la sensación de control del paciente sobre el dolor.</p> <p>Reconocer y comprobar el dolor a través de facies, gestos y expresiones no verbales ayuda a identificar la intensidad y duración de las molestias. La comprensión de las claves no verbales establece confianza de comunicación entre el profesional del cuidado y el paciente⁴¹.</p>

<p>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: CAMPO: 02 fisiológico: complejo CLASE: H control de fármacos</p> <p>Administración de fármacos (2210) Definición: utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.</p>	<p>FUNDAMENTO</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>221001 Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.</p> <p>221002 Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</p> <p>221003 Comprobar el historial de alergias a medicamentos.</p> <p>221006 Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor.</p> <p>221008 Elegir la vía i.v., en vez de i.m., para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible.</p> <p>221010 Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o</p>	<p>La valoración inicial establece las bases para las intervenciones futuras y sirve de guía para la elección correcta de medicación evitando intervenciones innecesarias.</p> <p>La participación en los cuidados y la planificación ayuda al paciente a afrontar positivamente los cambios en el estado de salud.</p> <p>Los analgésicos traen consigo efectos adversos reflejados directamente en los signos vitales tales como: taquicardia/bradicardia, hipertensión/hipotensión, además de cambios en el estado de conciencia.</p> <p>La rápida detección y notificación de signos y síntomas adyacentes al tratamiento aumentan la probabilidad del control continuo.</p> <p>La relajación ayuda a dilatar los vasos sanguíneos periféricos y mitigar la sintomatología⁴¹.</p>

si se observan signos inusuales.

221016 Instituir precauciones de seguridad para quienes reciban analgésicos narcóticos, según corresponda.

221020 Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos.

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
			CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
NANDA			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DOMINIO: 6 Autopercepción CLASE: 3 imagen corporal</p> <p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</p> <p>Trastorno de la imagen corporal (00118) R/C alteración del funcionamiento del cuerpo (cirugía), M/P alteración en la estructura del cuerpo, centrar la atención en el aspecto anterior, centrar la atención en las funciones anteriores.</p> <p>Definición: Confusión en la imagen mental del yo físico</p>						

	<p>DOMINIO: 03 salud psicosocial CLASE: M bienestar psicológico</p> <p>Imagen corporal (1200)</p> <p>Definición: Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales</p>	<p>120001 Imagen interna de sí misma</p> <p>120003 Descripción de la parte corporal afectada</p> <p>120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico</p> <p>120008 Adaptación a cambios en la función corporal</p> <p>120009 Adaptación a cambios en el estado de salud</p> <p>120014 Adaptación a cambios corporales por cirugía</p>	<p>1 Nunca demostrado</p> <p>2 Raramente demostrado</p> <p>3 A veces demostrado</p> <p>4 Frecuentemente demostrado</p> <p>5 Siempre demostrado</p>	<p>MANTENER A</p>	<p>AUMENTAR A</p>
--	---	---	--	-----------------------	-----------------------

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

<p>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: CAMPO: 03 Conductual CLASE: R Ayuda para el afrontamiento</p> <p>Mejora de la imagen corporal (5220) Definición: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.</p>	<p align="center">FUNDAMENTO</p>
<p align="center">ACTIVIDADES</p> <p>522004 Ayudar a la paciente a comentar los cambios por la enfermedad o cirugía</p> <p>522014 Identificar la influencia de la cultura, religión, raza, sexo y edad del paciente en la imagen corporal</p> <p>522020 Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad</p> <p>522025 Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social</p>	<p>La ratificación por parte del personal de enfermería de las emociones y percepciones del paciente aumenta los conocimientos del paciente de sí mismo y fomenta su autoestima.</p> <p>la cultura es un sistema de creencias que han aparecido con el tiempo y que, se transmiten durante muchas generaciones, los diferentes orígenes afectan el modo en que cada paciente percibe y reacciona ante la experiencia quirúrgica.</p> <p>Las personas allegadas deben aceptar los cambios en el aspecto y/o funciones del paciente.</p> <p>Elogiar y animar a la paciente y personas allegadas, de esta manera, el personal de enfermería proporciona apoyo a la paciente para resolver sus necesidades; disminuye los sentimientos de aislamiento social y aumenta su independencia; y ayuda a la paciente a aceptar los cambios y verse a sí misma de forma más positiva⁴¹.</p>

<p>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: CAMPO: 03 Conductual CLASE: R Ayuda para el afrontamiento</p> <p>Apoyo emocional (5270) Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p>	<p>FUNDAMENTO</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>527003 Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.</p> <p>527004 Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo</p> <p>527009 Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias</p> <p>527014 Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad</p> <p>527017 Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa</p>	<p>El pasar tiempo con la paciente, estar con ella y permitirle que exprese sus sentimientos muestra apoyo y aceptación.</p> <p>La expresión de los sentimientos permite a la paciente hacer frente a sus sentimientos y resolver sus problemas.</p> <p>El asesoramiento profesional está indicado en caso de un paciente con pocas fuerzas y recursos de adaptación inadecuados⁴¹.</p>

VII. CONCLUSIÓN

Para el profesional de enfermería quirúrgica que diariamente enfrenta diversas situaciones clínicas durante el periodo perioperatorio es importante prestar atención especializada ante las necesidades del paciente de acuerdo a la patología que ponga en riesgo la integridad física y emocional del paciente; el cuidado integral que se brinde deberá de ser solido en conocimientos y habilidades mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería que permita identificar los diagnósticos enfermeros que faciliten la adecuada selección de intervenciones.

Como ya se mencionó la histerectomía abdominal es el segundo procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en la especialidad de ginecología y las complicaciones van a depender de la razón por la que se realice, así como las condiciones físicas en que se encuentre cada paciente, por ello el reto de llevar a cabo una adecuada valoración especializada de enfermería que permita cuidados de calidad y calidez para los pacientes.

La valoración por patrones funcionales del caso clínico aquí desarrollado fue de gran utilidad para el análisis del mismo, y así, optimizar el cuidado y satisfacer las necesidades requeridas.

Se resalta la importancia de que mediante el abordaje de un caso clínico se centra la atención en la situación propia del paciente generando un PLACE individualizado para la paciente que sea sometidas a histerectomía abdominal secundario a miomatosis uterina y sangrado vaginal anormal. Las herramientas metodológicas de enfermería como el proceso de atención de enfermería y el uso de lenguajes estandarizados en la taxonomía NANDA, NIC, NOC fueron de gran utilidad en la elaboración de los planes de cuidado con un enfoque integral.

VIII. PERSPECTIVAS

1. Publicación de PLACE en revista arbitrada de enfermería.
2. Compartir la tesina en la institución de salud en la que me desempeño, en la licenciatura en enfermería y así como en la biblioteca de ciencias biomédicas de la universidad autónoma de San Luis Potosí.
3. Proyección y presentación de tesina en foro de investigación de enfermería.

IX. REFERENCIAS

¹ Diccionario terminológico de ciencias médicas. Tomo 2. La Habana: edición Revolucionaria; 1978.

² Suárez Gonzalez J.A., Gutierrez Machado M., Corrales Gutierrez A., Cairo Gonzalez V., Pérez Viera S. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Rev Cubana Ostet Ginecol. 2011; 37(4):481-8.

³ Patino-Peyrani L, Jimenez-Baez M, perez-Silva S. Histerectomía obstétrica: caracterizacionepidemiologica en un hospital de segundo nivel. Revista salud Quintana Roo [Internet]. 2014 [cited 12 October 2017]; 7(28):10-14. Availablefrom: <http://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/28/2.pdf>

⁴ S. Berek J. Ginecología de NOVAK. 13th ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2004.

⁵ Jeréz Corrales A, Chils Vargas J, de Quesada Arceo S, Guerrero J, Arceo Espinosa M, Fernandez Leiva R. MIOMA UTERINO: UN TRASTORNO FRECUENTE EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. 16 de abril. 2015;54:60.

⁶ Hernand H T. NANDA Internacional. Diagnosticos Enfermeros: Definiciones y Clasificacion 2015-2017. Amsterdam: ELSEVIER; 2015.

⁷ Morales Fiol M, Usandizaga Calparsoro M. Histerectomía por mioma: ¿un asunto de anemia y tamaño uterino? Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2015;58(7):301-306.

⁸ Gobierno Federal. Guía de Práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina. México, D.F.: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2017 p. 14-15.

⁹ Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina. México: Instituto Mexicano del Seguro Social 2008.

¹⁰ Molina Sosa A, Calvo Aguilar O, Matadamas Zárata C. Histerectomía total laparoscópica versus histerectomía abdominal en miomatosis uterina con peso mayor de 400 g. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2011 [cited 14

November 2017];79(10):614. Available from:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom1110e.pdf>

¹¹ K  rouac, S., El pensamiento enfermero, 2^a. Ed., Masson, Barcelona, 2002.

¹² Asociación Nacional de Escuelas y Facultades de Enfermería , A. C., Proceso de Atención de Enfermería, Mexico.

¹³ Secretaria de Salud, Dirección de Enfermería, lineamientos generales para la elaboración de planes de cuidados de enfermería, disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/Final030610.pdf.

¹⁴ Alfaro-LeFevre, R., Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración, Elsevier-Doyma, Barcelona, 2007.

¹⁵ Rodríguez, B., Proceso enfermero, 2^a. Ed., Ediciones Cuéllar, México, 2006.

¹⁶ Kozier, B., G. Erb, A. Berman y S. Snyder, Fundamentos de enfermería, 7^a. Ed., McGraw-Hill Interamericana, Mexico, 2005

¹⁷ Gordon, M., Diagnostico enfermero. Proceso y aplicación, 3^a. Ed., Mosby-Doyma, Madrid, 1996.

¹⁸ NANDA, diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2001-2002, Harcourt, Madrid, 2001.

¹⁹ NANDA Internacional, Diagnosticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2009-2011, Elsevier, Barcelona, 2010.

²⁰ Andrade Cepeda R, López España J. Proceso de Atención de Enfermería. Guía interactiva para la enseñanza. 1st ed. Mexico, D.F.: Trillas; 2012.

²¹ Phaneuf, M., La planificación de los cuidados enfermeros, McGraw-Hill Interamericana, México, 1999.

²² Moorhead, S., M. Johnson, M. Maas y E. Swanson, Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 4^a. Ed., Elsevier-Mosby, Barcelona, 2009.

²³ Bulechek G., H. Butcher y J. McCloskey, Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 5^a. Ed., Elsevier-Mosby, Madrid, 2009.

-
- ²⁴ Charrier, J. y B. Ritter, Plan de cuidados estandarizado: un soporte del diagnóstico, Masson, Barcelona, 2005.
- ²⁵ Cooper, H., Synthesizing research. A Guide for Literature Reviews, 3ª ed. (serie Métodos de investigación social aplicada 2), SAGE publications, California, 1998.
- ²⁶ Iyer, P. T. y D. Bernocchi, Proceso y diagnóstico de enfermería, 3ª. Ed., McGraw-Hill Interamericana, México, 1997.
- ²⁷ Fuller J. Instrumentación quirúrgica. 5th ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2013.
- ²⁸ Juall Carpenito L. Planes de Cuidados y Documentación de Enfermería. 2nd ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
- ²⁹ Symonds I, Arulkumaran S, Symonds E. Ginecología y obstetricia esencial. 5th ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.
- ³⁰ From Atlas of human anatomy, ed 6, Plate 345; MR image from Kelley LL, Petersen C: Sectional anatomy for imaging professionals, Philadelphia, Mosby, 2007.
- ³¹ Stranding S. Gray's anatomy : the anatomical basis of clinical practice. 41st ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
- ³² Shaw R, Luesley D, Monga A. Ginecología. 4th ed. U.K.: Elsevier; 2015.
- ³³ From Atlas of human anatomy, ed 6, Plates 352 and 353.
- ³⁴ Bendifallah S, Levaillant J, Fernandez H. Mioma uterino y fertilidad. EMC - Ginecología-Obstetricia [Internet]. 2011;47(3):5. Available from: https://www.clinicalkey.es.creativaplus.uaslp.mx/service/content/pdf/watermark/51-s2.0-S1283081X11710827.pdf?locale=es_ES
- ³⁵ Bajo Arenas J, Laila Vicens J, Xercavins Montosa J. Fundamentos de ginecología. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2009
- ³⁶ Elpidio García R, Pinilla García M. Miomas. AMF. 2011;7(3):157-161.
- ³⁷ Jones H, Rock J. Te Linde. Ginecología quirúrgica. 9th ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.

³⁸ Hernández Guzmán G, Aguayo Bernal R. Técnicas quirúrgicas en enfermería. 1st ed. México, D.F.: Editores de Textos Mexicanos; 2003.

³⁹ Asp.salud.gob.sv. 2018 [cited 4 January 2018]. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_proc_enfermeria_ninez.pdf3.pdf

⁴¹ Potter P, Griffin Perry A. Fundamentos de Enfermería. 5th ed. Madrid, España: Elsevier; 2002.

⁴² Carpenito L. Diagnóstico de enfermería. aplicaciones a la práctica clínica. 9th ed. Madrid, España: McGraw - Hill Interamericana; 2003.

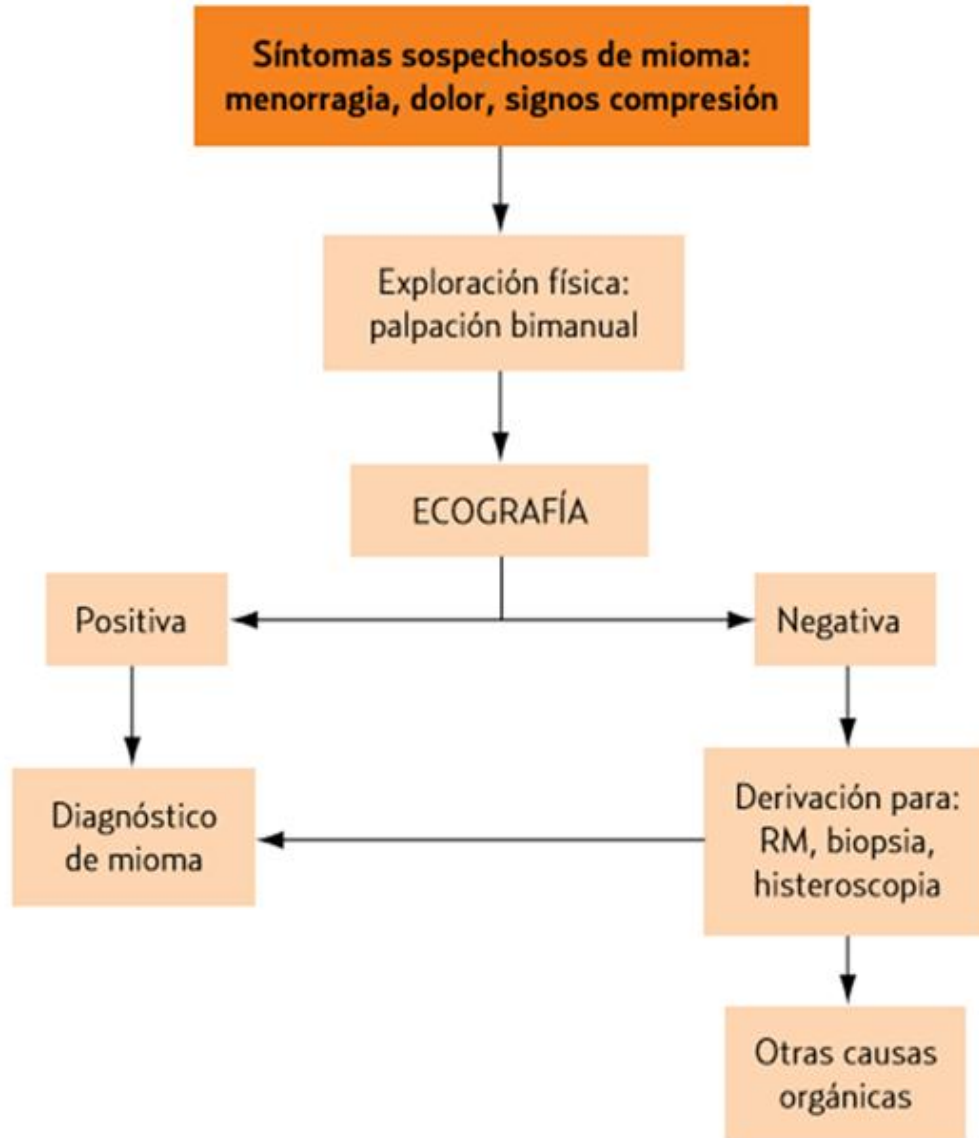
X. ANEXOS

ANEXO 1

Objetivo de los cuidados de enfermería en el Perioperatorio	
Fase	
Preoperatoria	Valoración pre operatoria Información pre operatoria Preparación para el traslado a quirófano Apoyo psicológico
Trans operatoria	Seguridad ambiental Control de la asepsia Monitorización fisiológica Apoyo psicológico Traslado a la sala de recuperación post anestésica
Recuperación post anestesia	Monitorización fisiológica (cardiaca, respiratoria, circulatoria, renal, neurológica) Seguridad ambiental Medidas de confort Estabilidad para el traslado al servicio

Post operatoria	Monitorización fisiológica Medidas de confort Apoyo psicológico Equilibrio fisiológico (nutrición, líquidos, eliminación) Movilización Cicatrización de la herida Información para el alta
------------------------	--

Diagnóstico



RM: resonancia magnética.

ANEXO 3

Escala Visual Analógica (EVA) para la medición del dolor

Escala numérica: (0= Ausencia de Dolor, 10= Dolor de Máxima Intensidad)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Escala Descriptiva Verbal: elegir la categoría que más se ajuste a la intensidad actual del dolor.

Ausencia de Dolor Dolor Leve Dolor Moderado Dolor Intenso

Escala Analógica Visual (VAS): marcar con una X el lugar que corresponda a lo largo de la línea.

Ausencia de Dolor |—————| Dolor Insoportable

TRAMADOL

Indicaciones terapéuticas

Está indicado en el tratamiento del dolor de intensidad moderada a severa, de origen agudo o crónico. También puede utilizarse como analgésico preoperatorio, como complemento de anestesia quirúrgica, en el post operatorio y en procedimientos de exploración diagnóstica que cursen con dolor.

Propiedades farmacéuticas

- Farmacocinética

Absorción: después de la administración intravenosa, la biodisponibilidad absoluta a una dosis de 100mg es aproximadamente de 100%. La concentración plasmática de clorgidrato de tramadol racémico y su metabolito activo O-desmetiltramadol (M1) ocurre 2 y 3 horas, respectivamente, después de la administración en adultos sanos.

Distribución: la unión a proteínas de tramadol es mínima (20%). Tramadol se distribuye ampliamente, atraviesa la barrera placentaria y aparece en pequeñas cantidades en la leche materna.

Metabolismo: el tramadol se metaboliza en el hígado por N- y O-desmetilación, glucuronidación o sulfatación. El metabolito O-desmetiltramadol es farmacológicamente activo y su producción depende de la isoenzima CYP2D6 del citocromo P-450, que presenta polimorfismo genético.

Eliminación: se excreta principalmente por la orina, casi siempre en forma de metabolitos.

- Farmacodinamia

Es un compuesto analgésico sintético que actúa a nivel central. Aunque su mecanismo de acción no ha sido aclarado totalmente, en experimentos con animales, por lo menos dos mecanismos complementarios parecen aplicarse: la unión del fármaco y del metabolito M1 a los receptores opioides e inhibición débil de la recaptura de la norepinefrina y serotonina.

Tiene un mecanismo dual único para el alivio del dolor. Tiene actividad central como agonista de los recetores opioides, ejerce un efecto analgésico por medio de la unión del fármaco y su metabolito O-desmetiltramadol (M1) a los receptores μ . La contribución de tramadol y M1 a la analgesia en humanos es dependiente de las concentraciones plasmáticas de cada componente. Existen datos limitados disponibles en la eficacia del tramadol para el dolor en metabolizadores pobres contra metabolizadores extensos del CYP2D6.

Además de la actividad central sobre los receptores opiáceos, el tramadol inhibe la recaptura de norepinefrina y serotonina en el sistema nervioso central, inhibiendo así la transmisión del dolor en la medula espinal. El bloqueo monoaminérgico de la recaptura, similar a los inhibidores de la monoaminoxidasa, es una contribución importante a la analgesia del tramadol.

KETOROLACO

Indicaciones terapéuticas

Está indicado para el tratamiento a corto plazo del dolor agudo de intensidad moderada a severa. No está indicado en condiciones de dolor crónico, no obstante puede ser utilizado a corto plazo en episodios de dolor agudo en pacientes que sufren dolor crónico.

Propiedades farmacéuticas

- Farmacocinética

Absorción: tras la administración intravenosa en bolo en dosis de 30mg de ketorolaco la concentración plasmática máxima de $4.6 \pm 0.96 \mu\text{g/ml}$ se alcanzó al cabo de 3 min en promedio.

Distribución: la administración de una dosis de ketorolaco vía IV dentro de los rangos recomendados, se depura sin modificaciones y por lo tanto, la farmacocinética de ketorolaco es lineal. A las dosis mas altas recomendadas, hay un incremento proporcional en las concentraciones del racemato libre y unido a proteínas. Ejerce su efecto terapéutico, en promedio, a partir de los 2.9 ± 1.8 min de su administración IV.

Metabolismo: se metaboliza en el hígado en un porcentaje menor al 50%. La principal vía metabólica en el ser humano es su conjugación con acido glucurónico.

Eliminación: se eliminan principalmente por vía renal. El 91% de la dosis se recupera en la orina, aproximadamente un 40% en forma de metabolitos y el 60% restante en forma de ketorolaco inalterado. Con las heces se elimina alrededor de 6%

- Farmacodinamia

Es un potente analgésico, perteneciente al grupo de los fármacos antiinflamatorios no esteroideos que muestra actividad analgésica, antiinflamatoria, antipirética.

Su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la ciclooxigenasa y por consiguiente, de la síntesis de las prostaglandinas. Es una mezcla racémica de los enantiómeros [-]S y [+]R, de los cuales el primero es el que posee actividad analgésica. Además, no afecta de forma importante al SNC y carece de propiedades sedantes o ansiolíticas.

No es un opiáceo ni se ha descrito ningún efecto suyo sobre los receptores centrales para los opioides. Carece de efectos intrínsecos sobre la respiración y no potencia la sedación ni la depresión respiratoria relacionada con los opioides.

Puede ser considerado una opción de primera línea en analgesia a la par de los opioides.