

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTOPERADOS
INMEDIATOS DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN LA CLÍNICA
SAN PABLO, LIMA - 2019**

PRESENTADO POR:

Licenciada: PEREZ CAMONES, ELENA ROSMERY

TRABAJO ACADÉMICO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

ASESOR:

Mg. Zobeida Camarena Vargas

Lima - Perú

2019

INDICE

Caratula	i
Índice	ii
Resumen	iii
Introducción	iv

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1.- Bases teóricas	01
1.1.1.- Definición	01
1.1.2.- Epidemiología	02
1.1.3.- Tipos de histerectomía	02
1.1.4.- Abordaje quirúrgico de la histerectomía	04
1.1.5.- Indicaciones que determinan la histerectomía	07
1.1.6.- Formas de la histerectomía	08
1.1.7.- Complicaciones	09
1.2.- Teorías de Enfermería	15
1.2.1.- Virginia Henderson	15
1.3.- Cuidado de Enfermería	16
1.4.- Complicaciones postoperatorias	20
1.5.- Estudios Relacionados	26
1.5.1.- Estudios Nacionales	26
1.5.2.- Estudios Internacionales	26

CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE – EBE

2.1.- Valoración de enfermería según necesidades	36
2.2.- Diagnóstico de enfermería	39
2.3.- Planteamiento de objetivos y prioridades	39
2.4.- Ejecución de las intervenciones	39
2.5.- Evaluación de los resultados	39

CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1.- Conclusiones del trabajo	47
3.2.- Recomendaciones	48
Referencias bibliográficas	49
Anexos	52

RESUMEN

La histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más practicadas en el mundo, pueden generar complicaciones con efectos negativos en la recuperación postanestesia inmediata.

Este trabajo académico tiene como objetivo ser una guía de intervención en pacientes postoperadas inmediatas de histerectomía abdominal en el área de recuperación para ser aplicada por enfermería para la elaboración de un plan de cuidados.

El personal profesional de Enfermería utiliza un instrumento de trabajo en su quehacer diario; este instrumento metodológico es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) el cual considera al ser humano un ser Holístico, esto permite que el cuidado del paciente sea planificado cumpliendo con los pasos del proceso; la Valoración, el Diagnostico Enfermero, La Planificación o plantear los objetivos, La intervención y por último la Evaluación. El PAE se aplicó cumpliéndose con el objetivo trazado, evitando así complicaciones, menos días de estancia hospitalaria, menos costos para la institución y/o familia y satisfacción del paciente y su familia.

Finalmente, se brindó un cuidado oportuno, seguro, humano y continuo, durante su estancia en el área de recuperación, pasando a hospitalización para continuar con su tratamiento hasta su alta.

Palabra clave: Plan de Cuidados de Enfermería, Pacientes, Histerectomía abdominal.

ABSTRACT

Hysterectomy is one of the most practiced surgical interventions in the world, they can generate complications with negative effects on immediate post-anesthesia recovery.

This academic work aims to be an intervention guide for immediate postoperative patients of abdominal hysterectomy in the recovery area to be applied by nursing for the preparation of a care plan.

The professional nursing staff uses a working instrument in their daily work; this methodological instrument is the Nursing Care Process (PAE) which considers the human being a holistic being, this allows that the care of the patient is planned fulfilling, the steps of the process; the Assessment, the Nursing Diagnosis, the Planning or to set the objectives, the intervention and finally the Evaluation. The PAE was applied in accordance with the objective set, avoiding complications, fewer days of hospital stay, less costs for the institution and / or family and satisfaction of the patient and his family.

Finally, timely, safe, humane and continuous care was provided during his stay in the recovery area, going to hospital to continue with his treatment until his discharge.

Keyword: Nursing Care Plan, Patients, Abdominal hysterectomy.

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aunque la mortalidad materna mundial se ha reducido aproximadamente en un 44 % entre 1990 y 2015; cada día mueren unas 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. (1)

Según MINSA, en nuestro país, cuya característica principal es el bajo nivel socioeconómico y cultural de la población, y los escasos recursos hospitalarios para la atención del parto determinan una alta incidencia de infecciones y complicaciones postparto. Pudiendo generar una histerectomía como tratamiento extremo, en Lima en el Instituto Materno Peri Natal durante los años 2003 y 2005 en un estudio de casos y controles retrospectivos y analíticos; se encontró que hubieron 122 histerectomías de causa obstétrica de las que 36% fueron por atonía, como antecedente se encontró que el 91,6% correspondían a multigestas, en el 11,1 % fueron gestaciones múltiples el 19,4% presentó desprendimiento de placenta, el 22 % coagulación intra vascular diseminado.

La tasa de histerectomías relacionado con el embarazo fue de 2,79% por 1000 partos y el 32% por patologías malignas. (2)

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero, constituye la segunda cirugía más efectuada en mujeres en edad fértil y se efectúa con más frecuencia en caso de tumores malignos y algunos procesos benignos (endometriosis o miomas uterinos, relajación pélvica con prolapso uterino); que provocan intenso dolor, molestias, hemorragia uterina y estrés emocional. Entre las complicaciones que pueden causar la muerte materna, se encuentran las que ocurren en el parto, y de manera particular, las hemorragias graves. (3)

Las complicaciones postoperatorias más frecuentes (atelectasia, neumonía, íleo paralítico, trombosis venosa profunda) son similares a las que pueden presentarse en cualquier operación quirúrgica importante; sin embargo, se considera que la perspectiva ante una histerectomía provoca más estrés que otra intervención comparable.

El PAE es un método sistematizado y de suma importancia para los profesionales de enfermería en la atención integral del paciente. Tiene como finalidad determinar las necesidades básicas, priorizarlas y satisfacer las inquietudes y problemas de salud.

Así mismo la buena comunicación interpersonal que hay entre enfermera-paciente postoperadas de histerectomía será muy importante para priorizar diagnósticos y ejecutar las intervenciones en beneficio de la salud del paciente.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1.- Bases Teóricas

1.1.1.- Definición. - Histerectomía (proviene del griego “hystera” significa útero y “ektomia” que significa sacar por corte) es la extracción del útero o matriz. La pérdida de útero provoca la imposibilidad absoluta de anidar el ovocito o huevo fecundado, lo quirúrgica del útero que ocasiona la incapacidad para quedar en embarazo (esterilidad) y es un procedimiento que se puede realizar a través del abdomen o de la vagina.

La Histerectomía consiste en la remoción quirúrgica del útero y tiene como consecuencias inmediatas el cese de la menstruación y la imposibilidad de tener hijos. Cuando se impide el desarrollo del embrión y posteriormente del feto, lo que provoca esterilidad. Puede además ir acompañado de una anexectomía: extirpación de trompas de Falopio y ovarios. (3)

“Es la extirpación acompañada de la escisión de los anexos se produce además menopausia artificial o quirúrgica”. (4)

“La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero, que se realiza a través de tres abordajes principales: abdominal, vaginal y laparoscópico. Los abordajes de la histerectomía pueden dividirse, en amplio sentido, en tres categorías: la histerectomía abdominal; la histerectomía vaginal; la histerectomía laparoscópica, la que al menos parte de la cirugía se realiza por laparoscopia” (5)

1.1.2.- Epidemiología. - Los reportes actuales afirman que la tasa de histerectomía en España es de 105 por cada 100.000 mujeres; 156 por cada 100.000 mujeres en el país de Taiwán, 325 por cada 100.000 mujeres residentes de los Estados Unidos, siendo la histerectomía abdominal total el tipo con supremacía, en países europeos como Noruega, Inglaterra o Suecia la histerectomía ocupa un bajo porcentaje. (6)

Diversas investigaciones refieren que, al promediar los 65 años, más de la tercera parte de las mujeres de los Estados Unidos han sido histerectomizadas y que casi las tres cuartas partes de histerectomías se realizan en mujeres cuyas edades oscilan entre 30 y 54 años de edad.

Los gastos económicos hospitalarios de la histerectomía exceden a unos 5.000 millones de dólares anuales. En cuanto al número de defunciones según el tipo de histerectomía (vaginal, abdominal, laparoscópica, robótica), se señala que no hay mucha diferencia entre ellas, cabe señalar que la fiebre y las infecciones pélvicas posterior a la histerectomía son muy frecuentes. (7)

1.1.3.- Tipos de Histerectomía:

Desde una posición clasificatoria, la histerectomía puede ser:

Histerectomía parcial: (o supra cervical) se extirpa la mayor parte del útero, excepto el cuello uterino, trompas y ovarios (cérvix).

Histerectomía radical: Se extirpa el útero y los tejidos circundantes, incluido el tercio superior de la vagina; junto con la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos, este procedimiento se practica para el tratamiento del cáncer cervical en un estadio incipiente.

Histerectomía subtotal: Se define a la histerectomía subtotal como la ablación del cuerpo del útero con preservación del cuello uterino, diversos estudios afirman que es el tipo de histerectomía más seguro y técnicamente más fácil, en comparación con la histerectomía total, se afirma también que está asociado a una menor incidencia de daño uretral y disfunción vesicouretral, además de que los ligamentos uterosacros y cardinales permanecen intactos, y por consiguiente preservándose el piso pélvico. Muchas teorías afirman que la preservación del cuello uterino desempeña un papel importante en la fase de excitación del coito y la calidad del orgasmo en algunas mujeres. Dentro de las ventajas que este tipo de histerectomía proporciona, tenemos: técnica quirúrgica más fácil y menor tiempo operatorio, menor riesgo de complicaciones intraoperatorias como infecciones, hemorragias y lesiones de estructuras anatómicas vecinas al útero, evita el acortamiento de la vagina y pérdida de secreción cervical, menor afectación de las estructuras de soporte de piso pélvico, menor probabilidad de prolapsos de trompas por la vagina, estancia hospitalaria más corta, recuperación más rápida.(8)

Las desventajas que posee: mayor riesgo de desarrollar cáncer de muñón cervical, mayor dificultad de tratamiento quirúrgico y radioterápico del cáncer de muñón cervical en comparación con el cáncer de cuello en un útero intacto, persistencia en un cierto porcentaje de casos de sangrados posteriores sobre todo de tipo cíclico por incompleta extirpación del cuerpo uterino, presencia de patología cervical benigna como leucorreas, cervicitis crónicas, y algunos casos de quistes sintomáticos de glándulas endocervicales.

Histerectomía total: Es aquel procedimiento quirúrgico en que se realiza la ablación del cuerpo y el cuello del útero.

Una de las mayores ventajas que este tipo de histerectomía ofrece es la palpación de los órganos pélvicos, así como una mayor visualización de las estructuras anatómicas, cabe resaltar que la destreza del cirujano es vital para su realización.

Las desventajas como mayor riesgo de dañar los nervios pélvicos y de las estructuras de soporte, formación de adherencias, mayor dolor durante el postoperatorio, cicatriz en la pared abdominal y riesgo producir cáncer de cúpula vaginal. (9)

1.1.4.- Abordajes Quirúrgica de la Histerectomía

Histerectomía, incluyendo la vía abdominal, transvaginal y laparoscópica. Pueden seleccionarse combinaciones de varias técnicas, como en el caso de la histerectomía vaginal con asistencia laparoscópica. Aunque la histerectomía abdominal sigue siendo la más común en todo el mundo, hay evidencia proveniente de varios estudios aleatorizados y prospectivos que indican que la histerectomía vaginal tiene menos complicaciones, una estadía hospitalaria más corta, una recuperación más rápida y costes más bajos. (10)

Histerectomía Abdominal:

Definición: Procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero a través de una incisión en el abdomen.

En la histerectomía abdominal, el médico hace una incisión en la piel y el tejido en la parte inferior del abdomen para llegar al útero. La incisión puede ser vertical u horizontal. Este tipo de histerectomía le permite al cirujano ver claramente el útero y otros órganos durante la operación. Este procedimiento se podría elegir si tiene tumores grandes o si hay cáncer presente. La histerectomía abdominal puede requerir un tiempo más largo

de cicatrización que la vaginal o la cirugía laparoscópica, y generalmente la hospitalización es más larga.

La vía abdominal se impone a la vía vaginal en los casos siguientes:
Patologías útero.

- anexiales voluminosas.
- Adherencias intraabdominales.
- Cáncer útero – anexial.
- Patologías ortopédicas que imposibiliten la posición de litotomía.
- Arco pubiano estrecho.
- Ausencia de relajación del piso pélvico.
- Vaginas estrechas.
- Sospecha de patologías abdominales asociadas.

Histerectomía Vaginal:

Procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero por vía vaginal. Histerectomía vaginal el útero se extrae a través de la vagina. Con este tipo de cirugía, no tendrá una incisión (cortadura) en el abdomen. Debido a que la incisión está dentro de la vagina, el tiempo de cicatrización es más breve que el de la cirugía abdominal. También la recuperación puede ser menos dolorosa. La histerectomía vaginal produce menos complicaciones que los otros tipos de histerectomía y es una forma muy segura de extraer el útero. Además, las hospitalizaciones son más breves y la capacidad para reanudar las actividades normales es más rápida que con una histerectomía abdominal. La histerectomía vaginal no siempre se puede hacer. Por ejemplo, las mujeres con adhesiones de cirugías previas o úteros muy grandes es posible que no puedan tener este tipo de cirugía.

La vía vaginal se impone a la vía abdominal en los casos siguientes:

- Histerocele.
- Patologías de relajación del piso pélvico.
- Obesidad.
- Útero Móvil.
- Ausencia de adherencias intra - abdominales.
- Ausencia de Cáncer útero – anexial.
- Ausencia de Patologías ortopédicas que imposibiliten la posición de litotomía.
- Exclusión de patologías abdominales asociadas.

Histerectomía Laparoscópica:

A.- Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL): Es una histerectomía vaginal realizada después de la liberación de adherencias, extirpación de focos de endometriosis u ooforectomía por laparoscopia. Básicamente, esta denominación es usada cuando parte de la histerectomía es ejecutada por laparoscopia, pero las arterias uterinas son ligadas por vía vaginal.

B.- Histerectomía laparoscópica (HL): Implica la histerectomía con ligadura laparoscópica de las arterias uterinas, usando electrocirugía, suturas o grapas. La continuación del procedimiento puede ser realizado por vía vaginal o laparoscópica, incluyendo la apertura de la cúpula vaginal, la sección de los ligamentos de sostén uterino y el cierre de vagina. La ligadura laparoscópica de los vasos uterinos es la condición sine qua non para la histerectomía laparoscópica.

C.- Histerectomía laparoscópica total (HLT): En este caso, la disección laparoscópica continúa hasta que el útero cae libre de todos sus ligamentos en la cavidad pélvica. El útero es removido por tracción a través de la vagina. La vagina es o no cerrada laparoscópicamente.

D.- Histerectomía laparoscópica supra cervical (HLS): Se conserva el cuello del útero. Esta técnica ha ido ganando aceptación por su baja morbilidad. El cuerpo uterino es extraído por morcelación eléctrica o manual por vía abdominal o a través del fondo de saco de Douglas. Está indicada solo en pacientes sin patología cervical y de riesgo bajo para papiloma virus.

E.- Histerectomía vaginal con reconstrucción pélvica laparoscópica: Es cuando luego de la histerectomía se realiza otro procedimiento adicional, como la colposuspensión retro púbica. (11)

1.1.5.- Indicaciones que determinan la histerectomía

Entre los principales factores están:

Los diversos estudios realizados a nivel mundial precisan que la indicación más común a nivel mundial para la histerectomía abdominal es el Leiomioma uterino, seguido de prolapso uterino y trastornos menstruales, sin embargo, existe una serie de patologías que también son causa de este tipo de intervención quirúrgica. A continuación, se describirá cada una de ella:

- **Mioma Fibromioma, Leiomioma o Tumores Fibroides.-** tumores no malignos no pueden crecer y alcanzar gran tamaño; como resultado, como resultado ejercen presión sobre otros órganos y pueden provocar sangrado abundante o dolor de la pelvis.
- **Endometriosis.** - tejido endometrio fuera de la cavidad uterina que dan dolor pélvico crónico, dolor al mantener relaciones sexuales infértiles, etc.
- **Cáncer.** - Aproximadamente el 10 por ciento de las histerectomías se efectúan para tratar el cáncer, ya sea cervical, de ovarios o del endometrio.

- Prolapso uterino (distopia). descenso de los órganos pélvicos a través de la vagina. La paciente se queja de que “algo sale a través de sus genitales “refiere que tiene la sensación de un cuerpo extraño en su vulva”. El padecimiento se diagnostica durante la exploración física. Esto ocurre por alteración de los elementos de suspensión del útero. El prolapso uterino también se encuentra la mayoría de las ocasiones en mujeres que han tenido varios partos, casi siempre prolongados, con periodos expulsivos largos que han obligado a la paciente realizar intensos esfuerzos de pujo para expulsar a su hijo o que refieren a ver sufrido desgarro. (12)
- Adenomiosis: Se origina cuando el tejido endometrial que recubre el útero aparece dentro de la pared muscular del útero y crece en su interior. El tejido endometrial desplazado sigue actuando como lo haría normalmente, se engrosa, se degrada y produce sangrado durante los ciclos menstruales. Puede originar un útero agrandado, así como períodos menstruales intensos y dolorosos.
- Mola Hidatiforme: Conocido también como embarazo molar, es el resultado de la fertilización anormal de un ovocito (ovario). Dando como resultado un feto anormal, en el cual la placenta origina una masa en el útero.
- Enfermedad pélvica inflamatoria: es una infección de útero, de los ovarios o las trompas de Falopio la cual es originada por bacterias provenientes de la vagina o el cuello uterino que viajan hasta llegar al útero y las trompas de Falopio
- Patología anexial: Las enfermedades anexiales incluyen un amplio espectro de tumoraciones ováricas. Lo más frecuente, en el 75-80% son tumoraciones benignas. (13)

1.1.6.- Formas de Histerectomía

- **Histerectomía abdominal total.** - se extrae el útero completo (cuerpo y cuello) a través de una incisión quirúrgica en el abdomen.

- **Histerectomía abdominal con salpingo ooforectomía bilateral.** - consiste en la extracción del útero por completo, trompas y ovarios a través de una incisión quirúrgica en el abdomen.
- **Histerectomía abdominal supra cervical, histerectomía subtotal.** - extracción quirúrgica del cuerpo del útero sin incluir el cuello.
- **Histerectomía vaginal.** - Se extirpa el útero a través de la abertura de la vagina. Este procedimiento suele emplearse en caso de prolapso uterino.
- **Histerectomía radical.** - consiste en la extirpación del útero, el cuello, el tercio superior de la vagina, el apéndice, parte del epiplón y los ganglios linfáticos de la pelvis. Este es un procedimiento que se realiza en caso de cáncer ginecológico.
- **Histerectomía asistida por laparoscópica.** - histerectomía vaginal realizada con la asistencia de un laparoscópico. Se inserta tubos delgados a través de las pequeñas incisiones realizadas en el abdomen cerca de la ingle. Luego se extirpa el útero en secciones a través del tubo de exploración o por la vagina. (14)

1.1.7.- Complicaciones de la Histerectomía.

Complicaciones menores comunes posteriores a una histerectomía se encuentran: infecciones menores del tracto urinario, dolor mínimo y sangrado vaginal ligero.

Las complicaciones serias poco comunes pueden ser: embolia pulmonar, lesión quirúrgica del tracto urinario o intestinal, abscesos, perforación del intestino, fístulas y apertura de la incisión.

Las complicaciones a largo término se encuentran: debilidad muscular en el área pélvica, prolapso de la vejiga, vagina y recto, problemas intestinales si se han formado adhesiones y han obstruido los intestinos, reducción de la vagina lo cual puede causar dolor durante las relaciones sexuales. (14)

Otra complicación transoperatoria, que no debe ser tomada a la ligera, es la hemorragia transoperatoria, ésta es causada por no ligar con firmeza un vaso sanguíneo, una ligadura mal hecha a nivel del manguito vaginal, deslizamiento de una ligadura colocada previamente o desprendimiento del tejido (14).

Complicaciones de la histerectomía abdominal: La histerectomía abdominal es la vía más común para este procedimiento, pese a generar una estancia hospitalaria más prolongada, mayor dolor postoperatorio, mayor tasa de infección y lento retorno a las actividades normales. (15)

Dentro de las complicaciones intraoperatorias a nivel mundial se reporta que es el choque hipovolémico, seguido de lesión vesical, lesión uretral y lesión intestinal. Dentro de las complicaciones postquirúrgicas se reporta a las infecciones de la herida como principal causa, así como dehiscencia de herida operatoria, edema pulmonar, isquemia miocárdica, infarto miocárdico, íleo-metabólico y tromboembolia pulmonar. (16)

Por lo tanto, las complicaciones de la histerectomía abdominal se pueden categorizar como infecciosas, tromboembolias venosas, lesiones del tracto genitourinario, gastrointestinales, hemorragia, lesiones neurológicas y dehiscencia del manguito vaginal, siendo las complicaciones infecciosas las más comunes. (15)

Complicaciones infecciosas de la histerectomía abdominal: Dentro de las infecciones más comunes se describen: celulitis del manguito vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida operatoria, infección del tracto urogenital, infecciones respiratorias y morbilidad febril.

Los factores que pueden incrementar la morbilidad de infección postoperatoria incluyen el estado inmune comprometido de la paciente, la obesidad, el tiempo de hospitalización, destreza del cirujano, mayor pérdida sanguínea, tiempo operatorio mayor de 3 horas, mala alimentación, tejido

desvitalizado como se puede encontrar en pedículos operatorios mayores, comorbilidades como diabetes Mellitus, hipertensión y tabaquismo, falta de profilaxis antibiótica preoperatorios, y presencia de un sitio operatorio infectado. Saber distinguir entre la infección postoperatoria y la enfermedad febril es un principio importante. La enfermedad febril en el período postoperatorio se define como aquella temperatura de más de 38°C en dos ocasiones, con más de 6 horas de diferencia, más de 24 horas después de la intervención quirúrgica. Sin embargo, cabe resaltar que la presencia de fiebre por sí misma no es un signo claro de infección, porque también puede ser el resultado de una etiología no infecciosa, incluyendo atelectasias, hipersensibilidad a antibióticos o a agentes anestésicos, reacción pirógena al trauma tisular, o formación de hematoma. (17)

▪ **Celulitis del Manguito Vaginal:** Es una de las complicaciones más comunes después de realizarse la histerectomía abdominal, que es específica de este procedimiento. Los síntomas que se atribuye son fiebre, secreción vaginal purulenta (que se debe distinguir de un flujo fisiológico), y dolor pélvico, abdominal o de la espalda baja. Ante la presencia de algún tipo de secreción purulenta se deben realizar cultivos, pero el tratamiento debe iniciarse empíricamente. (17)

▪ **Hematoma Pélvico Infectado o Absceso:** La presencia de un hematoma pélvico infectado o absceso suele originarse después del alta hospitalaria, en su gran mayoría después de que se presenta celulitis del manguito. Los síntomas que pueden presentar las pacientes incluyen fiebre, escalofríos, dolor pélvico, e incluso presión rectal. (17)

▪ **Infección de la Herida:** La infección de la herida quirúrgica suele producirse casi final de la hospitalización o poco después del alta. La mayoría de las histerectomías son denominados procedimientos "limpios-contaminados" con entrada controlada hacia el tracto genitourinario (vagina). Se denomina a la histerectomía abdominal

como un procedimiento "contaminado" si la paciente presenta una infección en el momento de la cirugía, ya sea en forma de una infección del tracto urinario o como una infección por vaginitis bacteriana. Es poco común que se considere a la histerectomía un procedimiento "sucio" o "infectado", con una perforación en el intestino y contaminación fecal o una infección bacteriana aguda con secreción purulenta (por ejemplo, enfermedad pélvica inflamatoria o endometritis). La incidencia de infecciones de herida operatoria reportada oscila entre el 0% hasta el 22.6% de todos los casos. (17)

▪ **Infecciones del Tracto Urinario:** Las infecciones del tracto urinario por lo general se presentan en la etapa más temprana del período postoperatorio. El riesgo de una infección a nivel del tracto urinario después de una histerectomía va desde 0% hasta 13.0%, pero es responsable de hasta 40% de las infecciones intrahospitalarias. (17)

▪ **Infección Respiratoria:** El período postoperatorio temprano la paciente puede presentar neumonía. La incidencia de neumonía después de la histerectomía abdominal en una paciente sin enfermedad pulmonar previa es baja (16%). (17)

Complicaciones tromboembólico-venosas de la histerectomía abdominal: Se estima que las complicaciones tromboembólicas venosas después de la histerectomía abdominal son comunes y pueden ser potencialmente mortales, sin embargo, no se sabe cuál es la incidencia exacta de la enfermedad tromboembolia venosa (trombosis venosa profunda o embolia pulmonar) después de la histerectomía. Dentro de las variables clínicas que se la tribuye para su aparición es la edad, los antecedentes de tromboembolia venosa, duración de la anestesia, presencia de edema o venas varicosas en las piernas, historia de terapia de radiación y pacientes no blancas. Además, se ha identificado como factores de riesgo la obesidad, el uso de anticonceptivos orales u otras hormonas, el embarazo y las trombofilias. Dentro de los factores de riesgo

de tromboembolia venosa se encuentra: edad avanzada, tromboembolia venosa previa, malignidad, cirugía, tratamiento contra el cáncer: quimioterapia o radiación, duración de la anestesia, raza no caucásica, insuficiencia venosa (edema de piernas, venas varicosas), uso de hormonas. (17)

Lesiones de los tractos genitourinario y gastrointestinal de la histerectomía abdominal:

Tracto genitourinario: Diversos estudios estiman que ocurren lesiones del tracto genitourinario (vejiga o uréter) en un porcentaje de 1 a 2% en todas las intervenciones quirúrgicas ginecológicas mayores, y que aproximadamente el 75% de estas lesiones se producen a causa de una histerectomía ya sea total o subtotal. Además, que la lesión uretral se presenta con menos frecuencia que la vesical, pero también se encuentra enormemente subestimada, los estudios han concluido que dos tercios de las lesiones uretrales no se reconocen al momento de la cirugía. Cabe señalar que la incidencia de lesión uretral es de 0.05-0.5% en las cirugías ginecológicas. Así mismo se señala que los factores de riesgo que aumentan la tasa de lesión uretral incluyen cirugía pélvica previa, hemorragia, endometriosis, cáncer, exposición comprometida atribuible a grandes masas pélvicas o Leiomioma, y obesidad. El mayor riesgo de lesión de la vejiga se da cuando la disección se realiza en el plano prevesical, especialmente durante la creación de un colgajo vesical en la histerectomía abdominal o laparoscópica, o durante la colostomía anterior en el momento de la histerectomía vaginal. El pilar que se le atribuye a la prevención de las lesiones del tracto genitourinario es la correcta identificación de estas estructuras anatómicas para evitarlas durante la disección. Las lesiones vesicales producidas por la histerectomía son generalmente intraperitoneales y usualmente se producen cerca de la cúpula de la vejiga. (17)

Tracto Gastrointestinal: Las lesiones a nivel del tracto gastrointestinal después de una histerectomía, varía de 0.1% a 1%, con un aproximado de 0.3% para la histerectomía abdominal. Para poder prevenir la lesión del intestino se puede realizar la comprensión de los sitios potenciales de daño, así como una buena técnica quirúrgica, así como el manejo cuidadoso de los tejidos, una disección minuciosa a lo largo de los planos anatómicos, uso apropiado de la electrocirugía, y compresión del sangrado en lugar de sujeción con pinzas cuando el campo quirúrgico está oscurecido.

Existen tres tipos principales de lesión intestinal que pueden ocurrir durante la histerectomía abdominal: lesión térmica, daño mecánico directo y daño indirecto a través de la interrupción del suministro vascular; el daño térmico puede ocurrir en todos los tipos de histerectomía.

El daño mecánico directo al intestino se da tanto con instrumentos cortantes como con instrumentos romos. Este tipo de lesión se produce más comúnmente durante la adhesiolisis.

Las lesiones vasculares se presentan con una alteración del suministro de sangre que corre a través del mesenterio hacia el intestino. Es muy poco frecuente que dicha disección se indique en una histerectomía benigna, pero el riesgo de desvascularización siempre debe reconocerse. El manejo de una lesión intestinal postoperatoria depende de la naturaleza y la gravedad del traumatismo. El reposo intestinal y la administración de antibióticos son complementos útiles. (15)

Complicaciones hemorrágicas de la histerectomía abdominal:

Las complicaciones hemorrágicas asociadas a la histerectomía abdominal se asocian con diversas variables, incluyendo el tipo de histerectomía abdominal. Se estima que la pérdida de sangre para histerectomía abdominal es de 238-660.5 ml. aproximadamente. Existen diversas variables que contribuyen a mayores complicaciones hemorrágicas, como

por ejemplo la obesidad, mala exposición visual (atribuible a endometriosis, adherencias, grandes masas), anatomía distorsionada, fibromas uterinos, destreza del cirujano, profilaxis farmacológica de la tromboembolia venosa, uso concomitante de aspirina y otros fármacos antiplaquetarios.

Es importante recordar que la pelvis tiene un rico suministro sanguíneo, proveniente principalmente de las arterias ilíacas interna y externa. Otra parte del aporte arterial proviene de la arteria mesentérica inferior (que irriga el colon sigmoideas) y de las arterias ováricas. (17)

Efecto de la histerectomía abdominal sobre la calidad de vida: según estudios reportados actualmente la histerectomía abdominal genera sobre la calidad de vida efectos perjudiciales, sobre todo al emplear la histerectomía abdominal total, debido a que ésta afecta gravemente el piso pélvico posterior a la cirugía, originando síntomas disfuncionales urinarios, como urgencia u obstrucción, con afección especial en los órganos sexuales, los cuales son los más incómodos y difíciles de superar.(18)

1.2.- Teoría de Enfermería

Las 14 necesidades de Virginia Henderson

Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene. Estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. (20)

Las actividades que el personal de enfermería realiza encaminadas a cubrir las necesidades del paciente, son denominadas por V. Henderson como cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos de enfermería se aplican a través de un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades específicas del paciente.

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad. (21)

Aplico a mi trabajo académico la teoría de Virginia Henderson, porque el estado de mi paciente lo amerita al encontrarse bajo los efectos de la anestesia por ende requiere que se le brinde los cuidados satisfaciendo toda sus necesidades hasta que se recuperé de la anestesia.

Respecto al modelo se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- **Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. (19)
- Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.
- **Persona:** Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. (19)
- **Entorno:** Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno, incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados. (19)
- **Enfermera (cuidados o rol profesional):** La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible. (19)

1.3.- Cuidados de Enfermería

La intervención de Enfermería incluye no sólo aquellos cuidados que indican técnicas y procedimientos aprendidos académicamente, sino, incluye una serie de aspectos humanos que le son propios a la profesión; como infundir confianza al paciente, proporcionándole la comodidad necesaria y al mismo tiempo vigilar su seguridad dentro de la institución de salud, tratándole cortésmente, con afecto y respeto. Por ello, la Enfermería es una profesión dinámica y la práctica de esta ocupación se encuentra en cambio constante.

La enfermera, como parte del equipo de salud, imparte conocimientos a los pacientes antes de que se enfrenten a situaciones estresantes como la histerectomía, de tal modo que les permita tener un panorama más claro de su condición, evolución y cambios que genera dicha intervención.

Cuidados de Enfermería Post operatorio inmediato de histerectomía

Los cuidados post operatorios inmediatos en enfermería han evolucionado hasta convertirse en un método científico, cuya finalidad es mantener situaciones fisiológicas deseables o modificar estados anormales.

Los parámetros utilizados para la valoración son: estado neurológico, cardiaco respiratorio, vascular periférico, funcionamiento renal, estado hidroelectrolítica y dolor.

La valoración incluye la observación de todo el equipo y sondas para determinar si funcionan adecuadamente, monitor de ventilación pulmonar, monitor de saturación de O₂, sondas y líneas arteriales y endovenosas, tubos de infusión, monitor cardiaco, y sistema de drenaje urinario.

Es indispensable que la enfermera sepa cualquier aspecto pertinente de los antecedentes pre-operatorios y operatorios que pudiera revertir. Es importante que, en la atención post operatorio, se verifique los signos vitales y se evalúe el estado físico, general de la paciente cada 15 minutos en orden prioritario. (23)

Los cuidados de enfermería en el post operatorio inmediato son:

- Al término de la cirugía valorar el grado de movilidad de los miembros inferiores, la valoración de la movilidad de los miembros inferiores nos ayudara a observar el nivel de déficit del paciente antes de su traslado.
- Elevar barandales de la camilla durante el traslado a la sala de recuperación.
- Seguridad y protección es un índice muy importante para que el paciente no sufra ninguna caída en el traslado.

Test. De recuperación postanestesia Aldrete.

Durante la segunda guerra mundial, los pacientes quirúrgicos eran transferidos del intraoperatorio al área de hospitalización para su recuperación, se observó la necesidad de un área donde los pacientes pudieran ser observados mientras se recupera de la anestesia.

El doctor Antonio Aldrete nació en la ciudad de México y se graduó como médico, y realizo su residencia y fue en Denver donde creó la reconocida escala de Aldrete:

- | | |
|--------------------|--|
| Actividad | (2) Mueve las 4 extremidades. |
| | (1) Mueve dos extremidades. |
| | (0) No mueve las extremidades. |
| Respiración | (2) Respira y tose normalmente. |
| | (1) Disnea o respiración limitada. |
| | (0) Apnea. |
| Circulación | (2) Presión arterial. \pm 20% nivel |
| | (1) Presión arterial. \pm 20-50% nivel |
| | (0) Presión arterial. \pm 50% nivel |

- Saturación:**
- (2) SpO₂ > 92% con aire ambiente.
 - (1) Necesario O₂ suplementario para mantener SpO₂ > 90%.
 - (0) SpO₂ < 92% con O₂ suplementario.

- Conciencia:**
- (2) Completamente despierto.
 - (1) Despierta al llamarlo.
 - (0) No responde.

Valorar escala del dolor 1 al 10 (con escala EVA)

Escala visual analógica (EVA) En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de “no dolor” a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes. Aunque la escala no ha sido específicamente testeada para pacientes en terapia intensiva, ésta es frecuentemente utilizada. (23)

Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso. (23)

1.4.- Complicaciones Postoperatorias

Las complicaciones postanestésicas se producen por que los pacientes están fisiológicamente inestables durante el periodo inmediato después de la intervención y pueden reaccionar al procedimiento o a los medicamentos que se les han administrado. Son vulnerables al dolor, la hemorragia, a reacciones contra los agentes anestésicos y a los cambios rápidos en la homeostasis. El personal de la unidad de cuidados postanestésicos está especialmente entrenado en la monitorización y la respuesta a los estados críticos. Estas complicaciones fisiológicas pueden producirse durante el periodo postoperatorio.

Las complicaciones post anestésicas se producen porque los pacientes están

- **Dolor**

Aunque se espera que aparezca dolor en la fase postoperatoria, no todos los pacientes responden al de la misma manera. La respuesta de un paciente al dolor está determinada por sus experiencias previas, su nivel de ansiedad, los medicamentos utilizados durante la cirugía y factores ambientales. Los pacientes también responden al dolor de acuerdo con lo que es aceptable en sus culturas. Por ejemplo, en algunas culturas el llanto es aceptable, mientras que en otras no lo es. El tratamiento del dolor requiere la evaluación y la planificación para asegurar la recuperación suave. Los analgésicos se administran de acuerdo con el nivel de conciencia del paciente, su estado cardiopulmonar y su edad.

- **Respiratorias**

Los problemas son las complicaciones más comunes. La ventilación inadecuada puede estar relacionada con los efectos de los anestésicos, los relajantes musculares o el desequilibrio de electrolitos. El ingreso inadecuado de aire y oxígeno produce la acumulación de dióxido de carbono

en la sangre. Normalmente, el exceso de dióxido de carbono desencadena una respuesta del sistema nervioso autónomo que estimula la respiración. Sin embargo, los medicamentos administrados durante la cirugía suprimen este reflejo. El dolor en el sitio de la cirugía es otra causa de hipoventilación, que produce una baja saturación de oxígeno. Por ejemplo, los pacientes con incisiones torácicas o abdominales no respiran profundamente debido al dolor en el sitio quirúrgico.

- **Obstrucción de las vías aéreas.**

La obstrucción de las vías aéreas suele estar causadas por estructuras anatómicas o por la aspiración de líquidos. La lengua o el paladar blando pueden obstruir la vía aérea en el estado de relajación profunda causado por los agentes anestésicos y los agentes adyuvantes.

La contracción de los músculos de la laringe (laringoespasmo) puede producirse en cualquier situación en la cual la laringe se vea irritada o estimulada por secreciones, la intubación, la extubación o la aspiración. El broncoespasmo en el cierre parcial o completo de los conductos bronquiales. Pueden ser causados por la aspiración externa de las vías aéreas, la aspiración de los líquidos o una alergia.

La aspiración o inhalación del contenido del estómago se asocia con un reflejo nauseoso débil relacionado con el uso de opiáceos, sedantes y agentes anestésicos. La aspiración del contenido gástrico después del vomito puede producir la obstrucción de la vía aérea y neumonía.

- **Atelectasia**

Las atelectasias son el colapso del pulmón, que puede producirse de manera repentina (como el caso de un traumatismo en la pared torácica o una obstrucción pulmonar). Las mucosidades o los líquidos atrapados en el árbol bronquial pueden reducir la obstrucción pulmonar después de la operación.

Los fumadores son especialmente vulnerables a las atelectasias en el periodo postoperatorios.

Se recomienda al paciente respiraren forma profunda y toser con frecuencia en el periodo postoperatorio inmediato para prevenir la obstrucción.

- **Embolia pulmonar**

La embolia pulmonar es el bloqueo de un vaso pulmonar por presencia de aire, un coagulo sanguíneo u otra sustancia (por ejemplo; fragmentos de una placa aterosclerótica). Esto produce la anoxia (disminución de oxígeno en el tejido pulmonar), que puede llegar a la muerte del tejido pulmonar y una insuficiencia cardiaca derecha. El riesgo de embolia pulmonar aumenta en pacientes con antecedentes de trombosis venosa profunda. En el periodo postoperatorio inmediato se busca en los pacientes signos de trombosis venosa profunda y de embolia pulmonar. El paciente y su familia deben recibir también información sobre los signos y síntomas de estos cuadros, para que su control pueda seguir en el hogar después del alta.

- **Cardiovascular**

Muchos agentes anestésicos son irritantes cardiacos que pueden sensibilizar al musculo cardiaco y producir alteraciones en el ritmo, la frecuencia y el volumen minuto. Puede aparecer hipertensión e hipotensión como resultado de los equilibrios de líquidos o electrolitos.

- **Hemorragia**

Las hemorragias pueden producirse durante la cirugía o en el periodo postoperatorio. El paciente es continuamente monitorizado en busca de signos de hemorragia, que incluye palidez, hipotensión, aumento de la frecuencia cardiaca, diaforesis (sudor), piel fría, agitación y dolor. La hemorragia puede estar causada por el deslizamiento de una ligadura colocada durante la cirugía, por una hemostasia inadecuada, por la pérdida de una anastomosis vascular o por un trastorno de la coagulación. Si se

sospecha una hemorragia, se inicia medidas de evaluación de emergencia y el paciente regresa al quirófano.

▪ **Hipotermia**

La hipotermia es una temperatura corporal central persistentemente baja, de menos 37,5C°. Los pacientes ancianos, pediátricos y los debilitados son los más vulnerables. La hipotermia puede prolongar el periodo de recuperación y producir una infección de la herida quirúrgica, isquemia cardiaca y reducción de la capacidad para metabolizar los medicamentos. La mayoría de los pacientes sometidos a la anestesia general experimenta algún grado de hipotermia. Sin embargo, la hipotermia persistente o extrema puede producir:

Exposición de las cavidades del cuerpo a la temperatura ambiente fría de quirófano.

- Administración de líquidos intravenoso-fríos.
- Exposición del paciente antes de la colocación de los campos.
- Vasodilatación relacionada con los medicamentos administrados durante la cirugía.
- Disminución del metabolismo.
- Soluciones de irrigación frías.
- Los riesgos relacionados con la hipotermia se deben principalmente al estrés fisiológico incluye:
 - Temblores que aumentan la demanda y el consumo de oxígeno en 400 a 500%.
 - Demanda excesiva de energía corporal
 - Disminución de la respuesta inmunitaria, que lleva a infecciones postoperatorias.
 - Aumenta el riesgo de eventos cardiacos adversos, especialmente en pacientes con enfermedades coronarias.

- Depresión de las vías de coagulación.
- Retraso en la curación de las heridas.

El tratamiento de la hipotermia incluye el uso de mantas de aire caliente fijado o la colocación de cojines de agua tibia debajo del paciente.

La pérdida posterior de más calor se previene usando soluciones intravenosas tibias. Puede ser difícil recuperar la temperatura en el postoperatorio en los pacientes que llegan a la hipotermia durante la operación. Los cuidados antes y durante la cirugía son esenciales para prevenir las complicaciones relacionadas con este cuadro.

- **Hipotermia maligna**

La hipertermia maligna es cuadro raro que produce una temperatura corporal central extremadamente alta alteración del ritmo cardiaco, taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria), hipoxia e hipercapnea. El cuadro es potencialmente fatal y se produce con mayor frecuencia en el momento de la administración del anestésico. Sin embargo, los síntomas pueden aparecer en el periodo postoperatorio. La hipertermia maligna puede estar producida por anestésicos inhalatorios o por la succinilcolina, un adyuvante utilizado por la relajación muscular.

La hipertermia maligna es una emergencia extrema durante y después de la cirugía, y todos los miembros del personal del quirófano están entrenados para responder de manera adecuada, de acuerdo al protocolo de la institución. En cuanto se realiza el diagnóstico, el especialista en anestesia administra dantroleno. El resto del tratamiento incluye el enfriamiento total del cuerpo con hielo o un pre-manta para hipotermia, solución salina intravenosa fría e irrigación de las cavidades abiertas del cuerpo con líquidos fríos (incluido en el sitio quirúrgico).

La cirugía se interrumpe y la incisión se cierra tan rápido como sea posible. El paciente se trasfiere de inmediato al área de cuidados intensivos para su tratamiento y monitorización.

- **Nauseas vómitos**

Las náuseas y los vómitos postoperatorios son tanto una incomodidad como un riesgo para el paciente.

Las náuseas y los vómitos se controlan con medicamentos en el periodo preoperatorio (como prevención) y el postoperatorio.

- **Alteraciones de la conciencia**

Los agentes anestésicos, los medicamentos adyuvantes y los factores ambientales puede ser que el paciente se encuentre desorientado, confundido o delirante en el periodo postoperatorio inmediato. Las enfermedades psiquiátricas preexistentes o el abuso de drogas pueden contribuir a estos efectos, que pueden deberse también a causas orgánicas como el desequilibrio de electrolitos. El delirio postoperatorio es más común en pacientes pediátricos y en ancianos. Los factores de riesgo incluyen:

- Alteraciones cognitivas.
- Falta de sueño
- Inmovilidad
- Alteraciones sensoriales (por ejemplo, visión, audición).
- Edad avanzada.
- Desequilibrio de electrolitos.
- Deshidratación.

1.5.- Estudios Relacionados

Estudios nacionales

Augusto Chung Rengifo, 2016, Iquitos, en su tesis Complicaciones de Histerectomía según vía de abordaje abdominal versus vaginal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III-ESSALUD, Iquitos en el año se comparan los resultados a corto plazo de la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes sometidos a histerectomía total abdominal y la histerectomía vaginal para la enfermedad uterina benigna con 40 pacientes en cada grupo. En el que se concluye que existe una mejor calidad de vida postoperatoria y mayor índice de satisfacción en la histerectomía vaginal cuando se compara con histerectomía total abdominal.

Samanda Janet Carranza Pérez, 2015, Chiclayo, realizo la investigación Afrontamiento de las mujeres frente a histerectomía total de un hospital del MINSA, cuyo objetivo fue caracterizar, analizar y comprender el afrontamiento de las mujeres frente a la Histerectomía Total, concluyó que las mujeres desde el momento de recibir la noticia de la cirugía tuvieron reacción de tristeza, angustia, miedo y compasión, pero de la mayoría su reacción fue la aceptación, ya que emplearon la estrategia de afrontamiento de Reevaluación Positiva; ponen en marcha la estrategia de Confrontación, evitando en lo posible que los mitos y creencias sobre la histerectomía afecten su auto concepto y su auto estima.

Estudios internacionales

Juan Orlando Blanco Gómez, 2010, Granada, realizo el estudio Principales complicaciones post operatorias en las pacientes sometidas a cirugía con mallas de polipropileno con prolapso genital, en el hospital universitario clínica san Rafael, cuyo objetivo era describir las principales complicaciones postoperatorias en un grupo de pacientes con prolapso genital Grado II o mayor sometidas a cirugía con mallas de polipropileno, la conclusión a la que llego fue que la colocación de malla de polipropileno para pacientes con

prolapso genital es segura, se presenta un número de complicaciones similar a lo que reporta la literatura, siendo las más frecuentes en orden de aparición la extrusión de malla, infección sitio operatorio y hematomas.

Felipe Jorge Aragón Palmero, 2011, Cuba realizó la investigación Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metaanálisis, El objetivo de esta investigación fue comparar la histerectomía mínimamente invasiva con la histerectomía total abdominal en mujeres con enfermedades uterinas benignas. La conclusión a la que llegó fue ambas técnicas tienen ventajas y desventajas. La indicación de las técnicas de HMI debe ser individualizada según la situación clínica de cada paciente y éstas no deben realizarse en centros donde no exista personal quirúrgico debidamente entrenado y con experiencia en cirugía mínimamente invasiva de avanzada.

CAPITULO II:

APLICACIÓN DEL PAE – EBE

Datos de Filiación

Fecha de ingreso al servicio: 24/01/2019	Hora de ingreso: 10:20pm
Nombre y Apellidos: B. P. M. M.	Edad: 40 años.
Sexo: Femenino	
Fecha de Nacimiento: 03/01/1979	
Ocupación: Fisioterapeuta	
Estado civil: Casada	
Grado de Instrucción: Superior	
Religión: Católica	
Domicilio: Calle Señor de los Milagros MZ-R LT-26.	

Antecedentes patológicos

Infecciones urinarias: Hace dos semanas (Escherichia coli)
Control de urocultivo (negativo). Hace 2 días

Alergias medicamentos: Niega

Alergias alimentos: Niega **Alcohol:** Si (social)

Fumar: Niega **Drogas:** Niega.

Ginecología. Obstétricos:

Menarquia: 17 años

Fur: 31/01/18

Pap: ultima 20/09/18 (negativo)

Hijos vivos: 2 hijos.

Descripción del caso clínico

Paciente de iniciales B.P.M.M de 40 años, de sexo femenino post operada de histerectomía abdominal convencional de 4 horas de cirugía en el intraoperatorio, ingresa al área de recuperándose de los efectos de la anestesia general, se le observa quejumbrosa con facies de dolor, vías aéreas libres saturando 90% se le apoya con máscara de reservorio 10Lt. FiO₂-70%, se le observa en miembro superior izquierda catéter 20G. Trasfundiendo cloruro de sodio 9% 1000cc, lechos ungueales con presencia de cianosis a nivel abdominal (hipogastrio) presenta incisión quirúrgica cubierta con gasa seca y limpia, a nivel meato urinario presenta sonda Foley 14G. 2 vías conectado a una bolsa colectora, se observa bolsa vacía, miembros inferiores vendaje elástico.

Se reporta por parte de la licenciada de quirófano en el Intraoperatorio se descarta 500cc sangrado, 100cc de diuresis clara, conteo de gasas completas.

Se le administra por parte del anesthesiólogo en el intraoperatorio

Ketoprofeno 200mg endovenoso.

Petidina 100mg endovenoso.

Ranitidina 50mg endovenoso.

Metoclopramida 10mg endovenoso.

Atropina 0.5 mg endovenoso.

Aldrete

Test de recuperación post – anestesia

Actividad	2	Mueve las 4 extremidades.
Respiración	2	Respira y tose normalmente.
Circulación	2	presión arterial. \pm 20% nivel preanestésico.
Saturación	1	Necesario O2 suplementario para mantener SpO2 > 95%.
Conciencia	1	Despierta al llamado.

Exámenes físicos: (céfalo caudal)

Funciones Vitales

- Presión arterial: 134/82 mmhg.
- Frecuencia cardiaca: 89 x,
- Frecuencia respiratoria: 22 x',
- Temperatura Axilar: 37.2 °C,
- Saturación O2: 90 %.
- Peso: 70 kg, Talla: 1.59 cm = IMC: 27.7.
- Valoración del dolor: se le observa quejumbrosa, gestos faciales de dolor.
- **Ectoscopia:** Paciente bajo los efectos de la anestesia, ventilando espontáneamente con apoyo de mascara de reservorio 10 Lt. en regular estado general, en regular estado de nutrición e hidratación. L.O.T.E.P

- **Piel, Mucosas, Tcsc:** Tibia, húmeda, elástica, no impresiona palidez céfalo caudal, no ictericia, llenado capilar menor de 2 segundos. no edemas de miembros inferiores.

- **Cabeza:** Normo céfalo.

Cabellos: secos quebradizos.

Cara: ligeramente pálida.

Ojos: Escleras blancas, pupilas isocóricas, foto reactivas, movimiento ocular conservado.

Nariz: Piramidal aleteo nasal.

Oídos: Conducto auditivo externo permeable.

Cavidad oral: Sin alteraciones, dentaduras completas.

- **Extremidades**

Superiores: Adelgazados, se observa equimosis en flexura, en antebrazo derecho, e izquierdo; dorso de la mano derecha presenta catéter venoso periférico 20G. (Trasfundiendo cloruro de sodio 9% 1000cc)

Inferiores: Se observa vendajes elásticos en ambos miembros inferiores.

- **Cuello.** - movilidad conservada, no se palpan ganglios (tráquea, tiroides, nódulos) no impresionan masas.

- **Tórax:** cilíndrico simétrico, etc.

Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no impresionan soplos, pulso periféricos regulares.

AP. Respiratorio: Murmullos Vesiculares pasa bien en ambos hemitorax.

Mamas y Axilas: Sin alteraciones.

- **Abdomen:** blando depresible, doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos ausentes, se observa zona abdomen inferior (hipogastrio) incisión quirúrgica, cubiertos con gasa y esparadrapo.
- **Área vaginal:** vellos pubianos en forma triangular, presencia de sonda Foley en la vejiga 14G, 2 vías conectado a una bolsa colectora de orina se descarta 200cc.

Diagnostico preoperatorio: Histerectomía + fibromatosis uterina

Diagnóstico del postoperatorio: Histerectomía abdominal total convencional con linfadenectomía pélvica bilateral.

Ecografía Transvaginal: Incremento del volumen global del útero por presencia de mioma de espesor 11 mm intramurales, ovarios normales.

Examen Cito patológico: No se observan gérmenes patógenos

Se observa: Se sugiere practicar biopsia quirúrgica. 01/02/19

Examen histopatológico: Neoplasia maligna poco diferenciado epitelio de invasiva. 01/02/19

Hemograma completo

Coagulación

- | | | |
|-------------------------|------------|-------------------------------|
| ▪ Tiempo de sangría | 1.5 | 1 – 5 min |
| ▪ Tiempo de coagulación | 6 | 5 – 12 min |
| ▪ Hemoglobina: | 12.7 gr/dl | (14 -18 gr/dl). |
| ▪ Hematocrito: | 39.4%. | 35 – 47 % |
| ▪ Hematíes | 4.33 | 4 – 4.9 * 10 ³ /uL |
| ▪ Volumen | | |

Capsular medio:	91	80 – 100 fl.
▪ Leucocitos totales:	4.39 /mm ³ .	4.5 – 11 * 10 ³ /uL
▪ Eosinofilos:	3	0 -3 %
▪ Basófilos:	1	0 -1 %
▪ Neutrófilos Segmentados:	53	35 – 66 %
▪ Bastones:	0	0 – 5 %
▪ Recuento de plaquetas:	327	150 – 450 * 10 ³ /uL
▪ Monocitos:	8	3 – 6 %
▪ Linfocitos (* 10 ³ /uL)	35	24 – 44 %

BIOQUÍMICO

▪ Glucosa:	94.1 mg/dl (70 -110 mg/dl).
▪ Creatinina:	0.74 mg/dl (0.8 -1.3 mg/dl).
▪ Urea:	30.3 mg/dl (10 -45 mg/dl).
▪ Grupo sanguíneo:	—O — Factor Rh Positivo.

Examen completo de orina.

I.- Examen macroscópico de la orina

▪ Aspecto:	Turbio
▪ Color:	Amarillo

II.- Examen químico de la orina

▪ Densidad:	1.025	1.01 – 1.035
▪ Proteínas (albumina):	5	0 – 15 mg/dL
▪ Glucosa:	0	0 mg/dL
▪ Cetonas:	negativo	0 - 14
▪ Bilirrubina:	negativo	0 mg/dL
▪ Hemoglobina (eritrocitos)	10	0 - 9
▪ PH:	5	5 - 6
▪ Leucocitos:	25	0 - 14
▪ Nitrito:	negativo	

III.- Sedimento

▪ Leucocitos	6 por campo	0 - 5
▪ Hematíes:	5 por campo	0 - 2
▪ Células epiteliales:	gran cantidad	
▪ Gérmenes:	escasos	
▪ Cristales:	no se observan	
▪ Cilindros:	no se observan	

Fecha de la toma de la muestra (24/01/19)

- ✓ Comentarios: se observan filamentos mucoides 3+
- ✓ Se observan levaduras escasas.

Indicaciones: Cirujano

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	VIA DE ADMINISTRACION
Dextrosa 5% 1000 ml + ClNa 20% (2 amp)		XXX gotas por minuto	E V.
CEFAZOLINA	1 Gr	cada 8 horas	EV.
KETOPROFENO	100 Mg	Cada 8 horas	E V.
RANITIDINA	50 Mg	Cada 8 horas	EV.

Indicaciones: Anestesiólogo

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía de administración
ClNa 9% 1000 cc XXX gts.		XXX gotas por minuto	E V.
Morfina 10 mg. + ClNa 9% 9cc	3cc	15 primeros minutos	E V.
	1cc	Condiciona al dolor	

Valoración del modelo de 14 necesidades

Virginia Henderson

Necesidad 1: Respiración

Paciente se encuentra bajo los efectos de la anestesia al ingreso al área de recuperación postanestesia, frecuencia respiratoria es de 22 respiraciones por minuto, se le coloca el pulsímetro cuyo resultado es de 90%, se le apoya con máscara de reservorio 10 Lt.

Paciente se le observa tranquila no refiere molestias presenta un patrón respiratorio eficaz una saturación 93%, frecuencia cardíaca 89 pulsaciones por minuto, presión arterial de 134/82 mmhg.

Necesidad 2: Alimentación e hidratación adecuada

Paciente se le observa en regular estado de hidratación, examen físico se observa piel ligeramente pálida. En cavidad oral se le observa dentadura completa. Peso: 70 kg, Talla: 1.59 m, IMC: 27.7 temperatura corporal 37.2 °C axilar se observa en miembro superior izquierdo vía periférico catéter 20G. Trasfundiendo cloruro de sodio 9% 600ml por pasar. Paciente se le observa "expresiones nauseosas".

Necesidad 3: Eliminación

Presenta sonda Foley 2 vías con bolsa colectora de orina presenta diuresis 200 cc color amarillo ámbar, no colúrica, presencia de sangrado en la orina (hematuria).

Paciente bajo los efectos de la anestesia se le observa con intenciones de retirarse la sonda Foley,

Necesidad 4: Movilidad-actividad

Paciente se encuentra bajo efectos de la anestesia, la falta de actividad e inmovilidad dependerán de la recuperación postanestesia a consecuencia de la intervención quirúrgica. Se verá alterada por la afectación de la fuerza muscular tanto abdominal como en las extremidades inferiores tras la intervención.

Necesidad 5: Reposo/ Sueño.

Paciente se despierta con facilidad, con sensación de angustia ansiedad con presencia de facies de dolor constante localizado en incisión quirúrgica y eso le hace interrumpir el sueño.

Necesidad 6: Vestirse.

Limitación por cirugía postoperatoria, presenta una bata del área de recuperación y se le brinda abrigo paciente bajo los efectos de la anestesia.

Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal

Se le controla las funciones vitales temperatura 37.2 C, se le controla balance hídrico y un registro de la temperatura como las funciones vitales.

Necesidad 8: Higiene / piel

Paciente bajo efectos de la anestesia, se observa piel ligeramente pálida, uñas limpias. Se observa, se evalúa y se verifica las características de la incisión quirúrgica observándose puntos quirúrgicos cubiertos con gasas secas, limpias y a su entorno sin signos de enrojecimiento, calor y rubor de la piel adyacente.

Necesidad 9: Evitar los peligros-seguridad

La paciente se le brinda y se verifica el sistema de barandas que se encuentren operativas elevadas y la cama en posición baja, portadora de sonda Foley que se encuentra fijada y la bolsa colectora a gravedad. Paciente se encuentra bajo efectos de la anestesia.

Necesidad 10: Comunicación

Paciente se le observa que tiene apoyo familiar, no se mantiene un vínculo verbal enfermera paciente por lo que se encuentra bajo efectos de la anestesia, se cubre sus necesidades básicas.

Necesidad 11: Creencias y valores

Pretende conocer los hábitos del paciente en cuanto a creencias, valores y cultura para valorar su posible influencia en la salud.

Paciente es de religión católica.

Necesidad 12: Trabajar/realizarse.

Se pretende conocer la efectividad del desarrollo de la actividad laboral de la persona.

Puede verse afectada porque la paciente tenga baja autoestima tras los cambios en su cuerpo tras la intervención quirúrgica realizada.

Necesidad 13: Recrearse

Paciente bajo efectos de la anestesia Puede verse afectada, debido a la alteración de la imagen corporal, por la intervención quirúrgica realizada.

Necesidad 14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad

Paciente bajo los efectos de la anestesia, cuando la paciente este recuperada de la anestesia se cubrirá sus preguntas o curiosidades, se realizará la entrevista directa con paciente enfermera. Pretendiendo conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para la salud.

Priorización de Diagnósticos

Diagnósticos Reales

- Dolor agudo r/c agente lesivo físico (herida operatoria) e/ gestos en la facie de dolor y quejumbrosa
- Patrón respiratorio ineficaz R/C Disminución de la energía o fatiga de los músculos respiratorios, E/P cianosis, Disnea.
- Ansiedad r/c crisis situacionales, estrés m/p temor, incertidumbre, preocupación.
- Deterioro de la integridad tisular R/c Presencia de cuerpos extraños (sonda vesical) e/. Lesión de la mucosa, incisión quirúrgica.

Diagnósticos de Riesgos

- Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c cirugía abdominal
- Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos

Valoración	Diagnósticos reales	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
<p><u>Datos subjetivos</u> Paciente recuperándose de los efectos de la anestesia” Se observa gestos faciales de dolor y muy quejumbroso</p> <p><u>Datos objetivos</u> Fc = 89 x FR = 22 X PA = 134/82 mmhg Eva = 7/10</p>	<p>Dolor agudo r/c incisión quirúrgica (hipogastrio) e/ gestos faciales de dolor y muy quejumbroso Fc = 89 x FR = 22 X PA = 134/82 mmhg Eva = 7/10</p>	<p>paciente referirá una disminución o alivio de su dolor en 2 horas</p>	<p><u>Manejo del dolor</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se administrará morfina 5 mg por vía endovenoso diluido con CLNA 9% en 100ml ▪ Se le pregunta efectos del analgésico. ▪ Se revalúa funciones vitales. ▪ Se revalúa la escala de Eva ▪ Se le coloca en posición antalgica ▪ Se le cubre herida operatoria queda seca y limpia. 	<p>Paciente no se le observa gestos faciales de dolor, no se le observa quejumbroso. Frecuencia cardiaca 66 por minuto. Frecuencia respiratoria 16 por minuto. Presión arterial = 114/62 mmhg Eva =2/10</p>

Valoración	Diagnósticos reales	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
<p><u>Datos subjetivos</u> “Paciente recuperándose de los efectos de la anestesia”</p> <p><u>Datos objetivos</u> Se le observa coloración azulada en lechos ungueales. Saturación 90% Frecuencia cardiaca 89 por minuto Frecuencia respiratoria 22 por minuto</p>	<p>Patrón respiratorio ineficaz r/c Disminución de la energía o fatiga de los músculos Respiratorios, e/p cianosis azulada en lechos ungueales. Saturación 90% Frecuencia cardiaca 89 por minuto Frecuencia respiratoria 22 por minuto</p>	<p>Realizará respiraciones eficaces en menos de 2 horas de estancia en el área de recuperación postanestesia presentado Funciones vitales estables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se le monitoriza funciones vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria saturación, temperatura) ▪ Se le coloca O2 con máscara de reservorio 10litros ▪ Se verifica la colocación correcta del pulsioxímetros ▪ Se le coloca en una posición de Fowler o semi-Fowler. ▪ Reevaluar la adecuada administración de oxígeno. ▪ Reevaluar los signos de cianosis. 	<p>Paciente no presenta Coloración azulada en lechos ungueales. Saturación 99% Frecuencia cardiaca 66 por minuto. Frecuencia respiratoria 16 por minuto.</p>

Valoración	Diagnósticos	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
<p><u>Datos subjetivos</u> “Paciente recuperándose de los efectos de la anestesia”</p> <p><u>Datos objetivos</u> Incisión quirúrgica nivel abdominal.</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea R/C incisión quirúrgica nivel abdominal.</p>	<p>La herida quirúrgica de la paciente no presentará ningún signo ni síntoma de infección y el proceso de cierre será adecuado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilancia de la piel. ▪ Vigilar sangrado de la herida quirúrgica. ▪ Se realiza curación de herida operatoria cambiarlo y observar la cantidad de exudado, sangrado, olor cantidad, sonda. ▪ Se registra características gasa que cubre la incisión quirúrgica: color, tamaño, temperatura, etc. ▪ Se educa sobre los cuidados de la herida operatoria. 	<p>Paciente con herida operatoria no presenta ningún signo ni síntoma de infección se observa en proceso de cierre.</p>

Valoración	Diagnósticos	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
<p><u>Datos subjetivos</u> Paciente recuperándose de los efectos de la anestesia se le observa con gestos de preocupación e inquietud.</p> <p><u>Datos objetivos</u> Paciente se le observa con gestos de preocupación. Frecuencia cardiaca = 89 por minuto</p>	<p>Ansiedad R/C cambio en el estado de salud. e/ inquietud</p>	<p>Paciente disminuirá su ansiedad, presentará frecuencia cardiaca de 60 por minuto en no menor de dos horas</p>	<p>Disminución de la ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se le controla funciones vitales. ▪ Se le brinda apoyo emocional. ▪ Se le brinda Información de su estado de salud. ▪ Se le educa acerca de terapias de relajación. 	<p>Paciente disminuyo su nivel de ansiedad Presenta frecuencia cardiaca de 60 por minuto en 1 hora 20 minutos de su estancia en recuperación</p>

Valoración	Diagnósticos	Objetivos	Intervención	Evaluación
<p><u>Datos subjetivos</u></p> <p>“Paciente recuperándose de los efectos de la anestesia”</p> <p><u>Datos objetivos</u></p> <p>Paciente portador de sonda Foley, Diuresis 200cc Incisión quirúrgica sin signos de enrojecimiento Temperatura 37.2 C° Vía periférica y Área intervenida sin signo de alarma</p>	<p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos y destrucción tisular (sonda Foley, Vía Periférica y herida operatoria)</p>	<p>Paciente portadora de vías invasivas (vía periférica, sonda Foley, Incisión quirúrgica) no presentara riesgo de infección ni signos de enrojecimiento Temperatura 36.6 C°</p>	<p><u>Cuidados del catéter urinario</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se le mantiene la permeabilidad del sistema de catéter urinario. ▪ Se le fija la sonda para evitar la presión y la extracción accidental. ▪ Se le monitoriza la cantidad, el color y la consistencia de la orina que sale por la sonda. ▪ Se le realiza balance hídrico. <p><u>Cuidados del sitio de incisión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se le inspecciona el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. ▪ Se le cura zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada, desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia. 	<p>Paciente portadora de vías invasivas (vía periférica, sonda Foley, Incisión quirúrgica) no presenta riesgo de infección ni signos de enrojecimiento la temperatura se mantendrá en 36.6 C°</p>

			<p><u>control de infecciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Se aplicará medidas de bioseguridad (mascarilla gorro, guantes)▪ Se administra antibiótico cefazolina 1gr endovenoso indicado <p><u>monitorización de los signos vitales</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Se le monitoriza la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.▪ Se le monitoriza y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia, además del color, temperatura y humedad de la piel.	
--	--	--	---	--

Valoración	Diagnósticos	Objetivos	Intervenciones	Evaluación
<p><u>Seguridad y protección</u></p> <p><u>Datos subjetivos</u></p> <p>“paciente recuperándose de los efectos de la anestesia”</p> <p><u>Datos objetivos</u></p> <p>Perdida de líquidos Sangrado 500 ml Orina 200ml</p>	<p>Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c perdida de líquidos e/ sangrado 500ml</p>	<p>Paciente no presentara riesgo de déficit de volumen de líquidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se verifica posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (orina – sangrado). ▪ Se verifica ingresos y egresos un balance hídrico se lleva una lista exhaustiva. ▪ Se vigila presión sanguínea frecuencia cardiaca y estado respiratorio. ▪ Se observa color, cantidad y gravedad específica de orina. ▪ Administrar líquidos dextrosa 5% 1000ml.+ hipersodio 20% en 20ml + kalium 10% en 10ml xxx gts. Por minuto por vía endovenosa. 	<p>Paciente no presentó ningún riesgo de déficit de volumen de líquidos en su estancia en el área de recuperación postanestesia</p>

CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1.- Conclusiones el trabajo.

- ✓ El trabajo realizado es una Guía de Intervención de Enfermería, que será aprobado con resolución para ser aplicado por enfermería en el servicio de recuperación postanestesia inmediata
- ✓ La aplicación del Proceso del Cuidado Enfermero en pacientes postoperadas de histerectomía abdominal permitió brindar atención segura e integral y de calidad logrando de esta manera su pronta recuperación postanestesia por parte de enfermería.
- ✓ La elaboración del plan de cuidados en mujeres histerectomizadas nos permite orientar y unificar criterios en nuestras intervenciones de enfermería, dando respuesta a necesidades específicas, garantizando la continuidad de los cuidados y evitando complicaciones potenciales a los pacientes.

3.2.- Recomendaciones.

- ✓ Se recomienda la aplicación del plan de atención de enfermería en el servicio de recuperación postanestesia con el fin de brindar una mejor priorización en nuestros cuidados de enfermería y como consecuencia disminuir las complicaciones postoperatorias de los pacientes que han sido sometidos a este tipo de cirugías.

- ✓ A la jefa del Servicio de centro quirúrgico que este trabajo sirva como Guía de Intervención de Enfermería en el área de recuperación postanestesia, que lo socialice y luego solicite su aprobación para ser aplicado por las enfermeras del área de recuperación.

- ✓ Realizar capacitaciones en el servicio para concientizar y resaltar la importancia del plan de atención de enfermería en pacientes postoperadas de histerectomía abdominal, con el fin de que nuestra labor sea de calidad y calidez.

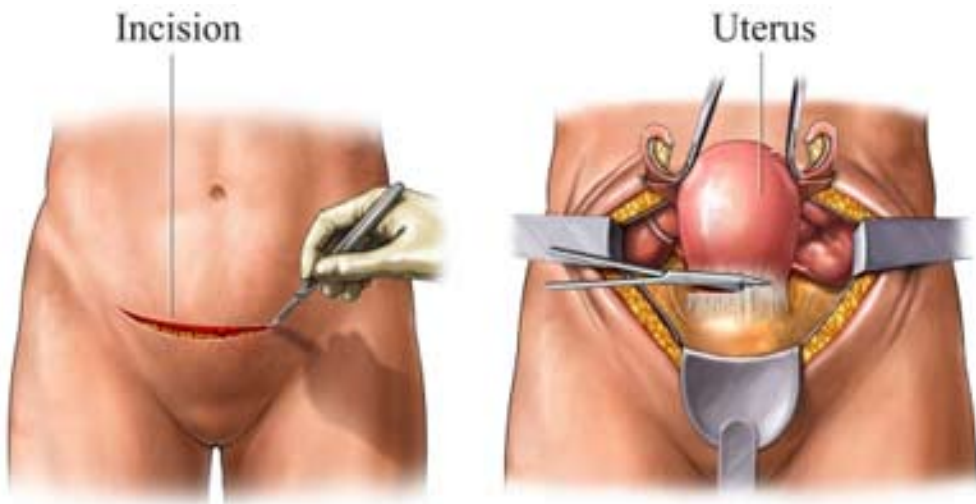
BIBLIOGRAFIA

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. Ginebra: OMS; 2016. Citado 3 enero 2018.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
- 2.- Ministerio de salud Instituto Materno peri Natal Lima 2005,
- 3.- Hoffman B.Schorge MD., Schaffer MD, Halvorson MD, Bradshaw MD, Cunningham MD, Hysterectomy abdominal. Dallas, Texas. McGraw-Hill Interamericana editors, S. A. De C. V. 2014. Williams Ginecología 2a Edition – GREY. Pp. 1045-1042
- 4.- Ahumada, A., Aliana, P., & Bolívar. (2011). Enfoque integral de la paciente Histerectomizada, Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 12
- 5.- Guía práctica clínica gpc, salud 2012 pg. 8
- 6.- Miranda C. Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años del Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo Febrero - agosto 2012. 2013. Tesis, Ambato- Ecuador. Universidad técnica de Ambato. Pp. 28,2.
- 7.- Yi Huang W.; Huang K.; Chang W. Tendencia temporal y utilidad Nacional para histerectomías en Taiwán, 1997-2010. 2016. Vol. 55, N°5. Pp. 659-665.
- 8.- Clarke-Paterson D.; Geller E. Complicaciones de la histerectomía. 2016 Vol. 121. Pág. 654–73.
- 9.- Domínguez N. Histerectomía total versus subtotal. 2016. Vol. 61:221-31
- 10.- Martínez, M. (2014). Creencias sobre una mujer con histerectomía (Tesis de pregrado). Universidad de las Américas Puebla. Puebla México

- 11.- Hernández D; Ferreiro R.; Hidalgo N. et al. Algunos resultados de la histerectomía total abdominal & histerectomía subtotal abdominal en pacientes con diagnóstico de mioma uterino.2010. Vol. 36 n°4. Pp.200-220
- 12.- Principios de la instrumentación quirúrgica Edgar Núñez H. 2014 Pág. 504.
- 13.- Rodríguez N. Fernández V. Comentarios y reflexiones sobre la Histerectomía abdominal simple (total vs subtotal) 2009.Vol.35 n.3.Pp.5
- 14.- Edgar Núñez H. Principios de la instrumentación quirúrgica 2015 Pg. 510
- 15.- Rodríguez N. Fernández V. Comentarios y reflexiones sobre la Histerectomía abdominal simple (total vs subtotal) 2009. Vol.35 n.3.Pp.5
- 16.- Hollman-montiel j; rodríguez g. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. 2014. Vol. Vi, n°1
- 17.- Clarke-Paterson D.; Geller E. Complicaciones de la histerectomía.2013 Vol. 121. Pp 654–73
- 18.- Setcuk S.; Cam C.; Resit M.; et al. Efecto de la histerectomía simple y radical sobre la calidad de vida: análisis de todos los aspectos de la disfunción de suelo pélvico. 2016. Vol. 198. Pp 84-88.
- 19.- Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
- 20.- Rodríguez JB, Carrión MR, Espina MA, Jiménez JP, Oliver MC, Péculo JA, et al. Marco conceptual, proceso enfermero en EPES. Málaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; 2005.
- 21.- Lic. Juan Delgado La Rosa bases conceptuales y filosóficas de enfermería. “análisis de las teorías y modelos de enfermería” 2014 pg.54.
- 22.- SUZANE, Smeltzer “Enfermería Médico Quirúrgico”. 10º ed. Ed. Brenda G. 2007, Pág. 62.

- 23.- Smeltzer y Bare, "Brunner y Suddarth. Manual de enfermería médica quirúrgica". 9ª ed. - 2006 pág. 750.
- 24.- Fuller, Instrumentación Quirúrgica, ed. 12 pág. 756, 759.
- 25.- Gil M., García M., Ibarra A. Valoración Neurológica. Cp. 119 [Actualizado 12/07/2010; citado 24/05/2011], disponible en: www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion7/capitulo119/capitulo119.htm
- 26.- Méndez, R., Pereira, I., Riera, A., & Vargas. Cuidados de enfermería al paciente durante el post operatorio inmediato y mediato del reemplazo de válvula mitral. *Salud, Arte Y Cuidado*, Vol. 10 Núm. 2 (2017): Julio-Diciembre, 61-70. <https://revistas.ucla.edu.ve/index.php/sac/article/view/570>.

ANEXOS



HISTERECTOMIA ABDOMINAL CONVENCIONAL