

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



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
POSTOPERADAS DE HISTERECTOMÍA RADICAL EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS,
LIMA 2014 - 2016”**

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

LIC. MIRIAM LUZ CORNELIO CHACON

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	Presidenta
DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA	Secretario
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 003

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 099

Fecha de aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 30/03/2017

Resolución de Decanato N°711-2017-D/FCS de fecha 29 de Marzo de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. CORNELIO CHACON MIRIAM LUZ

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática.....	4
1.2 Objetivos.....	6
1.3 Justificación.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Marco Teórico.....	13
2.3 Definición de Términos.....	36
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	38
IV. RESULTADOS.....	46
V. CONCLUSIONES.....	54
VI. RECOMENDACIONES.....	55
VII. REFERENCIALES.....	56
ANEXOS.....	59
Anexo N° 01: Hoja de valoración de enfermería.....	60
Anexo N° 02: Cuidados de enfermería.....	61
Anexo N° 03: Evidencias.....	66

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervical es considerado actualmente la neoplasia más frecuente en la población femenina. Se entiende por cáncer una enfermedad neoplásica que produce el crecimiento exacerbado de células transformadas, que proliferan de manera anormal y descontrolada dentro del organismo como consecuencia de una serie de alteraciones del ADN. Estas anomalías genéticas pueden tener diferentes mecanismos etiopatogénicos entre los que incluyen errores aleatorios de réplicas, exposición a carcinógenos o diferencias de los procesos de reparación del ADN.

El presente informe es sobre mi experiencia laboral en el servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Titulado Cuidados de Enfermería a pacientes pos operadas de Histerectomía Radical ppr cáncer de cérvix, tiene por objetivo describir los cuidados de enfermería a pacientes que son operadas de cáncer de cérvix, ya que las complicaciones no solo incluyen el riesgo de infección y dolor sino también la parte psicológica, ya que su imagen corporal se ve alterada. Los cánceres ginecológicos y sus tratamientos tienen muchos efectos secundarios emocionales así como físicos que pueden cambiar grandemente la sexualidad y la calidad de vida de una mujer, afectando su autoestima.

La histerectomía es considerada como un procedimiento quirúrgico mediante la cual se extrae el útero de la mujer y es la segunda operación más practicada después de otras cirugías ginecológicas; en la cual resulta de gran importancia el cuidado que brinda el profesional de enfermería durante el proceso perioperatorio de esta intervención quirúrgica, donde se realizan diversas funciones encaminadas a lograr el bienestar tanto físico y emocional de la persona.

En el capítulo I se verá sobre el planteamiento del problema en la cual se describirá la situación problemática el objetivo y la justificación del tema. En el capítulo II se hablará sobre el marco teórico en la cual se describirá los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos. En el capítulo III la presentación de una situación profesional de un caso relevante donde se mencionará la recolección de datos y los cuidados de enfermería. En el capítulo IV se presentaran los resultados, en el capítulo V las conclusiones, en el capítulo VI las recomendaciones y finalmente en el capítulo VII la bibliografía y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

El Cáncer de cérvix sigue siendo un problema importante de salud Pública entre las mujeres del mundo en desarrollo. A nivel mundial el cáncer de cuello uterino es el tercero en frecuencia en mujeres (530 mil nuevos casos, 13,6% del total). El 85% de los casos registrados se producen en los países en desarrollo (453 mil casos). Las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino varían en más de 22 veces entre las regiones del mundo: las tasas más altas están en las regiones del Este Africano, específicamente en Zimbabwe y Uganda, con tasas de incidencia estandarizada por edad (TEE) de 47.3 y 45.8 casos por 100,000 mujeres respectivamente; y en América Latina, donde la ciudad de Trujillo en Perú reporta el nivel más alto en el continente (43.9 por 100,000); mientras que las tasas de incidencia más bajas se han encontrado en Israel (población no judía) con 2.4 por 100,00 y en Egipto con 2.1 por 100,000 (1).

En cuanto a mortalidad tenemos una estimación de 275 mil muertes en el año 2008 a nivel mundial, convirtiendo al cáncer de cuello uterino en la séptima causa de muerte por cáncer en ambos sexos. Las tasas de mortalidad más altas se encuentran en el continente africano y en el sudeste asiático 21.7 y 13.7 por 100,000

mujeres respectivamente; y las tasas de mortalidad más bajas se encuentran en la región del medio oriente y norte de África (3.0 por 100,000) (2).

En América Latina y el Caribe, es la segunda neoplasia maligna más frecuente en las mujeres, con una TEE de 24 casos por 100,000 mujeres; se ubica también en segundo lugar en importancia en mortalidad (2).

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y satisfactorio hacen que en Estados Unidos, el cáncer de cuello uterino alcance tasas de sobrevida en estadios iniciales de 93% en las mujeres de raza blanca y 84% en mujeres afro americanas (3).

En el Perú, de acuerdo a los resultados de los registros de cáncer poblacionales de Lima, Trujillo y Arequipa, se ha estimado que en el año 2004 habían ocurrido 3,962 casos nuevos y fallecieron 1,540 mujeres por esta causa (4). En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de cáncer en mujeres (5,6).

En Lima Metropolitana, para el período 2004-2005, el cáncer de cuello uterino se sitúa en el segundo lugar con una tasa de incidencia estandarizada de 19.6 casos por 100 mil mujeres, un promedio de 895 casos por año, Trujillo tiene la tasa más alta 43.9; seguido por Arequipa con 35.2 y Lima, la tasa más baja con 19.6.

De todos los casos de cáncer de cuello uterino invasor y carcinoma in situ, éste último representó el 36.7% de los casos recolectados para cuello uterino en Lima (7).

En el servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Rebagliati Martins, se programan cirugías por cancer de cérvix con frecuencia, los cuidados pos operatorios conllevan al personal de enfermería de mucha experiencia, de mayor tiempo de atención y agregado a esto el apoyo psicológico constante de parte de la enfermera hacia la paciente, debido a que aparte de estar con los efectos propios de toda cirugía se ve afectada en ellas su imagen corporal. Es por ello me lleva a realizar este informe correspondiente a "Cuidados de enfermería en pacientes pos operadas de Histerectomía Radical"

1.2 Objetivos

Describir los cuidados de enfermería en pacientes Postoperadas de Histerectomía Radical del Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.3 Justificación

La enfermera que trabaja en el área de Oncología, tiene como rol

fundamental brindar un cuidado integral al paciente con diferentes tipos de Cáncer a través de tratamientos especiales promoviendo la participación de la familia, teniendo en cuenta los aspectos éticos, legales y el impacto que genera en el paciente. El tiempo prolongado de la aplicación de este tratamiento, las complicaciones que surgen, las diferentes respuestas humanas etc., nos enfrentan a una vasta extensión de consecuencias físicas, emocionales y sociales para el paciente y su familia, que requiere de cuidados continuos y precisos por parte de profesionales enfermeros expertos por sus habilidades y conocimientos especializados más allá de los puramente técnicos.

El presente informe es para dar a conocer los cuidados que requieren las pacientes pos operadas de Histerectomía Radical, brindando cuidado integral a la persona y familia, para orientar y fortalecer la autoestima del paciente, mediante el uso de mecanismo de adaptación, previa identificación de sus sentimientos dudas y temores, contribuyendo a que la paciente acepte el resultado del tratamiento como parte del proceso de recuperación y/o restablecimiento de su salud, favoreciendo su adaptación a los efectos de la cirugía, contribuyendo de esta manera ayudar a la paciente a superar la crisis situacional por la que está cursando, en beneficio de la protección de su salud física y mental, con un enfoque integrador de los aspectos biopsicosociales y espirituales

de la paciente.

El presente estudio servirá para ampliar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería y mejorar los procesos de atención en pacientes Histerectomizadas, el cual está orientado a obtener información e identificar los problemas del paciente y la familia con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Se busca brindar una atención de salud con calidad por parte del profesional de enfermería especializado con un enfoque multidimensional y pluricultural.

La histerectomía es valorada por las pacientes como una situación altamente estresante, amenazante, que genera fuentes emocionales con reconocido efecto negativo para la persona que va ser sometido al procedimiento quirúrgico, lo cual puede generar altos niveles de ansiedad o angustia, antes y después de la cirugía

La cirugía es de uso frecuente para diagnosticar, estadificar y tratar el cáncer ginecológico, Estos procedimientos llevan riesgos quirúrgicos generalmente de dolor, infección, hemorragia y complicaciones pulmonares.

El personal de enfermería juega un papel muy importante en la atención del paciente en el pre y pos operatorio, depende de

nuestra atención y de nuestros cuidados para garantizar una recuperación sin complicaciones.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes:

María Alves de Olivera, Francisco Ferreyre da Silva, Andrea de Oliveira, Carlos Andrade dos Santos, José Freire de Carvalho, Roberta de Araujo e Silva. **"Cuidados de enfermería en el pos operatorio inmediato" Universidad federal Fluminense – Brasil Abril del 2015"**. Silva da como resultado que se observó la predominancia del cuidado en el sistema respiratorio y cardiovascular. Hubo una asociación entre la gran demanda de pacientes y la no utilización de la sistematización de la asistencia de enfermería. Concluyendo que los cuidados no son ofrecidos de forma integral y los enfermeros tienen dificultades para utilizar la sistematización de la asistencia de enfermería. (8)

Lucy Campos Rubio, Julio Roger Chico Ruiz, Lizi Cerna Rebaza, **"Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del hospital base Víctor Lazarte Echegaray"** Trujillo 2014. Nos dicen en sus resultados que en la fase preoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 37 %, en la fase transoperatoria que el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 63%, en la

fase pos operatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 70 %. Se concluye que el promedio de la fase perioperatoria es 57 % de nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico (9)

Díaz M. (2013), en su estudio "Adaptación de la conducta en mujeres sometidas a histerectomía" (estudio realizado con mujeres sometidas a histerectomía en el hospital nacional de occidente San Juan de Dios de Quetzaltenango), Guatemala, cuya población fue 30 mujeres con histerectomía. Conclusión: con respecto a la adaptación emocional, familiar, social, profesional y de salud demuestran que la mayoría de mujeres adolecen de los recursos necesarios para adaptarse y presentan síntomas como la sensación de la pérdida de feminidad, aceptación de la sexualidad por parte del esposo, falta de aptitudes emocionales y conductuales de los miembros de la familia para afrontar la convalecencia de la paciente entre otros (10)

Carmona V. (2011), en su estudio "Proceso de adaptación en las mujeres histerectomizadas según la teoría de Callista Roy", Chiclayo Perú, El presente estudio de caso, se consideró el análisis de contenido temático, obteniéndose cuatro categorías: 1) El dolor como

modo adaptativo fisiológico, 2) Estado emocional como modo adaptativo de autoimagen; 3)

Desempeño de roles y la adaptación; 4) Apoyo familiar como modo adaptativo de interdependencia. Finalmente el dolor como manifestación significativa después de la cirugía, el estado emocional, desempeño del rol de esposa, ama de casa, madre y trabajadora, en la mujer histerectomizada se ven afectados temporalmente, pero con el apoyo del personal de enfermería y sobre todo de su familia logra adaptarse y reintegrarse a sus actividades cotidianas (11)

Ruiz Aquino Mely, Medina Castañeda Patricia, Ambrosio Venegas Roberto. "Satisfacción del paciente pos operado frente a los cuidados del profesional de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital de Tingo María – Huánuco Perú 2011. En los resultados de su investigación nos dicen que las dimensiones de la satisfacción percibida por los pacientes pos operados frente a los cuidados de enfermería que más sobresalieron fue la satisfacción en el tratamiento integral de enfermería y la prevención de riesgos en un 25.5%. Un 61.7 % mostró mediana satisfacción con las necesidades fisiológicas y el 59.6 % refirió insatisfacción con la accesibilidad a los servicios de enfermería. De manera global el nivel de satisfacción por los cuidados de enfermería durante el pos operatorio, evidenció mediana satisfacción 51% seguido del 32 % de pacientes insatisfechos y 17 %

de pacientes satisfechos, del mismo modo los cuidados de enfermería durante el pos operatorio percibido por lo población muestral en estudio, fueron de nivel regular 47%. Concluyendo que existe mediana satisfacción percibida, frente al nivel regular de cuidados posoperatorios que brinda el profesional de enfermería. (12)

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Cáncer de cérvix

Caracterizado por la multiplicación incontrolada y anárquica de las células cervicales.

Los tumores en el cérvix pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no son cancerosos. No son tan dañinos como los tumores malignos (cancerosos).

Tumores benignos (pólipos, quistes o verrugas genitales):

- Rara vez son una amenaza para la vida
- No invaden los tejidos de su alrededor

Tumores malignos (cáncer cervical):

- Algunas veces pueden poner la vida en peligro
- Pueden invadir los tejidos y órganos cercanos
- Pueden diseminarse a otras partes del cuerpo

El cáncer de cérvix empieza en las células de la superficie del cérvix o cuello uterino. Con el tiempo, el cáncer cervical puede invadir más profundamente dentro del cérvix y los tejidos cercanos. “Las células cancerosas pueden diseminarse al desprenderse del tumor original (primario), entran en los vasos sanguíneos o en los vasos linfáticos, los cuales se ramifican en todos los tejidos del cuerpo. Las células cancerosas pueden adherirse a otros tejidos y crecer para formar nuevos tumores que pueden dañar esos tejidos. La diseminación del cáncer se llama metástasis” (13).

2.2.2 Factores de riesgo

“Los estudios han encontrado varios factores que pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de cérvix” (14). Por ejemplo, la infección con el virus del papiloma humano (VPH) es la causa principal del cáncer cervical. La infección del VPH y otros factores de riesgo pueden actuar en conjunto para aumentar aún más el riesgo:

- **Infección de VPH:** Los VPH son un grupo de virus que pueden infectar el cérvix. Una infección de VPH que no se cura puede causar cáncer de cérvix en algunas mujeres.

El VPH es la causa de casi todos los cánceres cervicales.

- Las infecciones por VPH son muy comunes. Estos virus se pasan de una persona a otra por contacto sexual. La mayoría de los adultos han sido infectados con VPH en algún momento de su vida, aunque la mayoría de las infecciones desaparecen por sí solas.

Algunos tipos de VPH pueden producir cambios en las células del cérvix. Si dichos cambios se detectan temprano, se puede prevenir el cáncer cervical al extraer o destruir las células alteradas antes de que puedan convertirse en células cancerosas.

Una vacuna para las mujeres de 9 a 26 años las protege contra dos tipos de infección por VPH que causan cáncer de cérvix.

- Irregularidad en hacerse pruebas de Papanicolaou: El cáncer cervical es más común entre las mujeres que no se hacen pruebas regulares de Papanicolaou. La prueba de Papanicolaou ayuda a que los médicos encuentren células alteradas. Al eliminar o destruir estas células anormales se impide generalmente el cáncer cervical.
- Tabaquismo: En las mujeres que están infectadas con VPH, el fumar aumenta levemente el riesgo de padecer cáncer de cérvix.
- Sistema inmunitario debilitado (el sistema natural de defensa del cuerpo): La infección con VIH (el virus que causa el sida) o el tomar medicamentos que inhiben el sistema inmunitario aumentan el riesgo de padecer cáncer cervical.

- **Antecedentes sexuales:** Las mujeres que han tenido muchas parejas sexuales tienen un riesgo mayor de padecer cáncer cervical. También, una mujer que ha tenido relaciones sexuales con un hombre que ha tenido muchas parejas sexuales puede tener un riesgo mayor de padecer cáncer de cérvix. En ambos casos, el riesgo de padecer cáncer cervical es mayor porque estas mujeres tienen un riesgo más elevado de infección por VPH.
- **Uso de píldoras anticonceptivas durante mucho tiempo:** El uso de píldoras anticonceptivas durante mucho tiempo (5 años o más) puede elevar ligeramente el riesgo de cáncer cervical en mujeres con infección de VPH. Sin embargo, el riesgo disminuye rápidamente cuando la mujer deja de usar dichas píldoras.
- **Tener muchos hijos:** los estudios sugieren que tener muchos hijos (5 o más) puede elevar ligeramente el riesgo de padecer cáncer cervical en mujeres con infección por VPH.

“El tener una infección de VPH u otro factor de riesgo no significa que la mujer va a padecer cáncer de cérvix. La mayoría de las mujeres que tienen factores de riesgo de cáncer cervical nunca llegan a presentar dicho cáncer” (15).

2.2.3 Síntomas

“Los cánceres cervicales en etapas iniciales generalmente no causan síntomas. Cuando el cáncer se agranda, las mujeres pueden notar uno o varios de estos síntomas:

- Sangrado vaginal anormal
- Sangrado que ocurre entre los períodos menstruales regulares
- Sangrado después de relaciones sexuales, de un lavado vaginal o del examen pélvico
- Períodos menstruales más prolongados y más abundantes que antes
- Sangrado después de la menopausia
- Mayor secreción vaginal
- Dolor pélvico
- Dolor durante las relaciones sexuales

Estos síntomas pueden ser causados por infecciones u otros problemas de salud. Sólo un médico puede determinarlo con seguridad. La mujer que tenga alguno de estos síntomas deberá decirlo al médico para que el problema pueda ser diagnosticado y tratado lo antes posible” (16).

2.2.4 Detección y diagnóstico

Los médicos recomiendan que las mujeres se realicen pruebas de Papanicolaou con regularidad a fin de ayudarse a reducir su riesgo de padecer cáncer cervical. Una prueba de Papanicolaou (a veces llamada prueba de PAP o citología) es una prueba sencilla que se usa para examinar las células cervicales. Las pruebas de PAP pueden encontrar cáncer cervical o células anormales que pueden resultar en cáncer cervical.

El detectar y tratar las células anormales puede prevenir la mayoría de los cánceres cervicales. Además, la prueba de PAP puede detectar el cáncer que empieza, cuando hay más posibilidad de que el tratamiento sea eficaz.

Para la mayoría de las mujeres, la prueba de PAP no es dolorosa. Ésta se hace en el consultorio médico o en una clínica de salud durante un examen pélvico. El médico o la obstetrix toman una muestra de células del cérvix o cuello uterino. Un laboratorio examina las células al microscopio para buscar cambios celulares. La mayoría de las veces, las células anormales que se encuentran por medio de una prueba de PAP no son cancerosas. La misma muestra puede utilizarse para analizarla si existe infección de VPH.

Si usted tiene resultados anormales de la prueba de PAP o de VPH, su médico le sugerirá que se haga otras pruebas para hacer un diagnóstico:

1. **Colposcopia:** El médico usa un colposcopio para examinar el cuello del útero o cérvix...

2. **Biopsia:** A la mayoría de las mujeres les extraen tejido en el consultorio médico con anestesia local. Un patólogo examina el tejido al microscopio para ver si hay células anormales.

2.1. **Biopsia con sacabocados:** El médico utiliza un instrumento afilado para obtener muestras pequeñas de tejido cervical.

2.2. **Escisión electro quirúrgico con asa:** El médico usa un aro de alambre eléctrico y rebana pedazos de tejido cervical.

2.3. **Legrado o curetaje endocervical:** El médico usa un raspador (un instrumento pequeño en forma de cuchara) para raspar una pequeña muestra de tejido del cérvix. Algunos médicos pueden usar un cepillo delgado y suave en lugar de un raspador.

2.4. **Conización:** El médico extrae una muestra de tejido en forma de cono. Una conización o biopsia de cono permite que el patólogo vea si las células anormales han invadido el tejido bajo la superficie del cérvix.

Al extraer tejido del cérvix se puede causar algo de sangrado u otro tipo de secreción.

El sitio sana pronto, generalmente. Algunas mujeres experimentan algo de dolor semejante a los calambres menstruales. (16)

2.2.5 Estadificación

“Si la biopsia muestra que hay cáncer presente, su médico necesita saber la extensión (estadio o etapa) de la enfermedad para ayudarle a planear el mejor tratamiento. La estadificación es un intento cuidadoso para saber si el tumor ha invadido los tejidos cercanos, si el cáncer se ha diseminado y, si es así, a qué partes del cuerpo se diseminó. El cáncer cervical suele diseminarse con más frecuencia a los tejidos cercanos en la pelvis, a los ganglios linfáticos o a los pulmones. También puede diseminarse al hígado o a los huesos” (16).

Cuando el cáncer se disemina desde su lugar original a otra parte del cuerpo, el nuevo tumor tiene el mismo tipo de células cancerosas y el mismo nombre que el tumor original.

Su médico hará un examen pélvico, un tacto para ver si hay ganglios linfáticos inflamados y puede extraer un poco más de tejido. Para conocer la extensión de la enfermedad, el médico puede pedir algunas de las siguientes pruebas:

- **Radiografías del tórax:** Las radiografías pueden mostrar con frecuencia si el cáncer se ha diseminado a los pulmones.
- **Tomografía computarizada (TC):** Una máquina de rayos X conectada a una computadora toma una serie de imágenes detalladas de sus órganos.

- **Resonancia magnética:** Un imán muy potente conectado a una computadora produce imágenes detalladas de la pelvis y abdomen. El médico puede ver estas imágenes en una pantalla e imprimirlas en una lámina. Una imagen de resonancia magnética (IRM).
- **Tomografía por emisión de positrones:** Para este procedimiento, se le inyecta una pequeña cantidad de azúcar radiactiva.

Estadios:

El estadio o etapa se determina según el lugar en donde se encuentra el cáncer. Estos son los estadios del cáncer cervical invasor:

- **Estadio I:** El tumor ha invadido el cérvix debajo de la capa superior de células. Las células cancerosas solo se encuentran en el cérvix.
- **Estadio II:** El tumor se extiende a la parte superior de la vagina. Puede extenderse más allá del cérvix dentro de los tejidos cercanos en dirección a la pared pélvica (el recubrimiento de la parte del cuerpo ubicada entre las caderas). El tumor no invade la tercera parte inferior de la vagina o la pared pélvica.
- **Estadio III:** El tumor se extiende a la parte inferior de la vagina. Puede haber invadido también la pared pélvica. Si el tumor obstruye el flujo urinario, es posible que uno de los riñones o ninguno de los dos funcione bien.
- **Estadio IV:** El tumor invade la vejiga o el recto, o el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

- **Cáncer recurrente:** El cáncer ha sido tratado, pero ha regresado después de un período en el que no podía ser detectado. La enfermedad puede regresar al cérvix o a otra parte del cuerpo.(16).

Tipos histológicos del cáncer de cuello uterino:

- Escamocelular (también denominado epidermoide o espinocelular), que es el más frecuente (entre el 80 % y el 90 % de todas las pacientes de cáncer de cuello uterino), que surge de la parte exterior del cuello uterino.
- Adenocarcinoma (del 10 % al 15 % de todas las pacientes con cáncer de cuello uterino), es el tipo que surge del tejido glandular del canal cervicouterino interno (endocérvix). Su pronóstico es peor que el del tipo anterior.
- Hay tipos histológicos más raros (como el carcinoma neuroendocrino y el carcinoma de células claras).

2.2.6 Tratamiento

La duración y el tipo del tratamiento dependerán del estadio del cáncer de cuello uterino, de las características del tumor y de los riesgos implicados. En los estadios iniciales, basta con tratamiento quirúrgico local para curar la enfermedad. En estadios más avanzados, el tratamiento suele combinar quimio* y radioterapia.

Estadios 0 y IA1

El estadio 0 denota una lesión precancerosa, es decir, lesiones pequeñas confinadas a la capa superficial (epitelio) del cuello uterino. Tales lesiones incluyen el carcinoma in situ y la neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC1, NIC2 y NIC3 o CIN1, CIN2 y CIN3).

El estadio IA1 denota un cáncer invasivo que únicamente puede verse al microscopio, pero no a simple vista. No mide más de 3 mm de profundidad y 7 mm de ancho.

Conización:

El tratamiento habitual es quirúrgico y se denomina conización*. No obstante, una lesión precancerosa NIC* de grado 1 (o lesión intraepitelial Escamosa de bajo grado o LSIL) tiene una elevada probabilidad de regresión* sin tratamiento. Puede que solo requiera un seguimiento estrecho durante un año o menos.

Estadio IA2

El estadio IA2 denota un cáncer invasivo que únicamente puede observarse al microscopio pero no a simple vista, y que mide entre 3 y 5 mm de profundidad y menos de 7 mm de ancho.

Cirugía

El tratamiento estándar es quirúrgico. Incluye una intervención quirúrgica en el útero y la extirpación de los ganglios linfáticos de la pelvis.

Tipos de histerectomía

Existen tres tipos de histerectomía, éstas pueden ser: parcial, total o radical.

a) **Histerectomía parcial:** (o supracervical) se extirpa la mayor parte del útero, excepto el cuello uterino, trompas y ovarios (cerviz).

b) **Histerectomía total:** (completa o simple) se extirpa todo el útero, con o sin las trompas y ovarios, la abertura del útero que lleva a la vagina); Histerectomía total con anexectomía (o salpingooforectomía) bilateral por lo cual se extirpa el útero junto con las trompas y ovarios. También puede ser unilateral cuando se extirpa el ovario y trompas de lado;

c) **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.

Tomando en cuenta la intervención quirúrgica, existen 3 formas de realizar una histerectomía: abdominal, vaginal y laparoscópica.

A. Histerectomía abdominal

Una histerectomía abdominal es un procedimiento por el que se extrae el útero de una mujer a través de un corte en el abdomen.

B. Histerectomía vaginal

En una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, el médico usa una herramienta llamada laparoscopio para ayudar a extraer el útero. Una histerectomía vaginal se realiza a través de la vagina y no dejará signos externos visibles de que la mujer haya sufrido una operación.

C. Histerectomía laparoscópica

Utilizando un laparoscopio (tubo provisto de una cámara de vídeo para visualizar los órganos), se extirpa el útero en cortes a través de pequeñas incisiones abdominales. La cirugía de histerectomía laparoscópica puede ser:

- **Histerectomía subtotal laparoscópica (HSL):** Esta técnica deja el cuello uterino intacto, conservando los ligamentos útero sacro y cardinal.
- **Histerectomía laparoscópica (HL):** La técnica implica la ligadura laparoscópica de las arterias uterinas, para lo cual podemos utilizar electro cirugía, disección, sutura con ligaduras o grapas. Todas las maniobras después de la ligadura de los vasos uterinos se pueden realizar vaginal o laparoscópicamente, incluyendo la entrada anterior o posterior de la vagina, división de los ligamentos

cardinal y útero sacros, la remoción del útero (intacto o por morcelación) y cierre vaginal (vertical o transversalmente).

- Histerectomía total por laparoscopia (HTL): Es una histerectomía abdominal asistida por laparoscopia. La disección laparoscópica se continúa hasta que el útero se libera en forma completa de sus ligamentos y queda libre en la cavidad abdominal. El útero se remueve a través de la vagina y esta última se cierra laparoscópicamente con suturas.

Estadio IB1

El estadio IB1 denota cáncer visible a nivel macroscópico o invasivo a nivel microscópico superior al estadio IA2 y lesión inferior a 4 cm de diámetro máximo.

Para este estadio de cáncer de cuello uterino se dispone de varias opciones de tratamiento:

- cirugía únicamente;
- radioterapia combinando irradiación externa y braquiterapia, que es una irradiación tópica desde una fuente radioactiva de alcance corto colocada en contacto con el tumor;
- una combinación de radioterapia y cirugía.

Estadios IB2 a IVA

El estadio IB2 denota cáncer visible a nivel macroscópico o invasivo a nivel microscópico superior al estadio IA2, o lesión con diámetro máximo superior a 4 cm.

El estadio IVA denota la invasión de los órganos pélvicos adyacentes (vejiga, recto) o la extensión más allá de la pelvis menor, es decir, en el abdomen o la ingle.

El tratamiento estándar es la radioterapia* junto con la quimioterapia. La radiación pretende eliminar el tumor principal y los ganglios linfáticos posiblemente afectados, y la quimioterapia tiene dos objetivos: aumentar la eficacia de la radioterapia y eliminar las células tumorales que se encuentran en otros lugares que no fueron irradiados. La quimioterapia más habitual se basa en el uso del fármaco cisplatino por sí solo cuando se asocia con radioterapia concomitante, pero los regímenes farmacológicos no basados en platino parecen ser tan eficientes como la quimioterapia basada en platino. La radioterapia consiste en la irradiación externa (con quimioterapia concomitante) y braquiterapia.

Estadio IVB

El estadio IVB denota un cáncer avanzado que ha invadido los órganos distantes (metástasis).

La quimioterapia, aunque no es curativa, es capaz de provocar remisiones o estabilizar la enfermedad. El pilar de la quimioterapia son los compuestos de platino, habitualmente cisplatino. La combinación de un compuesto de platino, aumenta la tasa de respuesta y el tiempo transcurrido hasta la progresión de la enfermedad, a costa de aumentar los efectos secundarios.

Radioterapia:

Existen dos tipos de radioterapia, una es la radioterapia externa y radioterapia interna. Para la primera se emplea una máquina fuera del cuerpo para enviar radiación hacia el cáncer. Mientras que para la segunda utiliza una sustancia radiactiva sellada en agujas, semillas, alambres o catéteres que se colocan directamente dentro del cáncer o cerca de este. La forma en que se administra la radioterapia dependerá del tipo y el estado del cáncer que se esté tratando. La radioterapia es un tratamiento contra el cáncer que usa rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para evitar que estas crezcan y en el mejor de los casos eliminar las células cancerosas.

Quimioterapia:

Es un tratamiento contra el cáncer para el que se usan medicamentos para frenar el crecimiento de células cancerosas, al eliminarlas o al impedir su multiplicación. Cuando este tratamiento se toma por vía oral o se inyecta en una vena o en un músculo, los medicamentos ingresan en el torrente sanguíneo y podrían alcanzar las células cancerosas en todo el cuerpo, a lo cual se le denomina quimioterapia sistémica. Cuando la quimioterapia se coloca directamente en el líquido cefalorraquídeo, un órgano, una cavidad corporal como el

abdomen o sobre la piel, los medicamentos afectan básicamente a las células cancerosas de esas áreas, a lo cual se le denomina quimioterapia regional. La forma en que se administra la quimioterapia dependerá del tipo y el estadio del cáncer que se esté tratando.

Prevención:

Como en otros tipos de cáncer, no se conoce a ciencia cierta cómo prevenir la enfermedad, sin embargo existen factores que incrementa el riesgo de padecer cáncer, como por ejemplo: el tener relaciones sexuales con protección bien podrían reducir el riesgo de sufrir cáncer, nos referimos a protección al uso de preservativos para poder protegerse contra las infecciones de transmisión sexual.

También para poder protegerse contra algunas formas de la Infección causada por el virus del papiloma humano existe una vacuna Esta vacuna aprobada para prevenir el cáncer de cuello uterino, verrugas genitales y asimismo podría ayudar a prevenir otros cánceres que están ligados al virus del papiloma humano, Se podría aplicar esta vacuna a las niñas jóvenes antes de que den inicio a su vida sexual activa, también a las adolescentes y mujeres hasta los 26 años aproximadamente. Realizarse exámenes de rutina como por ejemplo exámenes PAP puede

ayudar a detectar el cáncer en una etapa inicial. Debe ser consciente de que el tratamiento será mucho más eficaz si se detecta el cáncer en una etapa precoz (11).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HISTERECTOMÍA

Cuidado Perioperatorio del Paciente:

El papel perioperatorio de la enfermera en el quirófano es un término que se utiliza para describir las funciones de enfermería en la experiencia quirúrgica total del paciente: preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria.

Fase preoperatoria: Desde el momento de tomar la decisión para la intervención quirúrgica hasta el traslado del paciente al quirófano.

Fase intraoperatoria: desde que el paciente es recibido en el quirófano hasta que ingresa a la sala de recuperación

Fase pos operatorio: desde el ingreso a la sala de recuperación hasta la vigilancia en su casa y la valoración clínica. (12)

Los cuidados de enfermería en el perioperatorio están orientados a lograr que la persona alcance un estado óptimo que favorezca un progreso antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

Dicha orientación consiste en atender a la persona, en ejecutar

actividades que contribuyan a su salud o a su restablecimiento, para ello, la enfermera introduce innovaciones en la manera de aplicar sus cuidados y desempeña un sin número de acciones que se producen desde que a la persona se le informa que va ser intervenida quirúrgicamente hasta su alta definitiva. La misión radica en que el procedimiento quirúrgico sea lo más rápido, seguro y cómodo, minimizando el estrés que todo acto de cirugía provoca en la persona y familiares 9.

Etapa del preoperatorio, en un primer momento realiza la preparación fisiológica, psicológica y espiritual a la persona que será intervenida quirúrgicamente, observando sus necesidades básicas o problemas que puedan presentarse; así también, resulta importante la valoración psicosocial para precisar la participación de la familia durante todo el proceso quirúrgico. Además, cumple un papel primordial en el cuidado, asumiendo sus actividades en forma responsable de respeto y empatía. En esta fase, la enfermera brinda orientación educativa para esclarecer las inquietudes de la persona frente a la cirugía, disminuyendo sus tensiones y ansiedades¹⁰

Etapa intraoperatoria, la persona se encuentra muchas veces inconsciente por los efectos de la anestesia y únicamente depende

de la atención del profesional. Aquí, la enfermera se encarga de preparar y disponer el equipo necesario para la cirugía, alcanzar instrumentos y materiales, realizar el conteo de gasas, entre otros; pero esta labor también está encaminada a proporcionar seguridad y calma a la persona desde su ingreso al servicio, a través del toque terapéutico, de una relación empática, así como también verificando que las condiciones de quirófano sean las adecuadas. Todo ello podemos comprobarlo mediante la satisfacción y gratitud de algunas personas 10.

Etapa del Postoperatorio, el cuidado está enfocado en asegurar un monitoreo y vigilancia minuciosa, para ello la enfermera posee conocimientos y comprensión de las consecuencias de la intervención quirúrgica, sus posibles efectos en las funciones corporales de la persona, el cuidado y apoyo requeridos para ayudarle a volver a la normalidad con un mínimo de incomodidad y dolor. Entonces, el cuidado de enfermería en el periodo postoperatorio está orientado principalmente en restablecer el equilibrio fisiológico de la persona, el manejo del dolor y evitar posibles complicaciones.

La atención de la enfermera (o) se centra, en la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando

por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez.

- Registrar las constantes vitales cada media hora, durante las primeras horas
- Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias y la necesidad de aspiración
- Observar el estado de la piel en cuanto a temperatura y color
- Valorar el apósito quirúrgico y los drenajes si los hay

POS OPERATORIO MEDIATO

En este periodo se le controlan las constantes vitales de forma más espaciada y se debe restablecer el tránsito intestinal y reiniciar la alimentación normal por vía oral. Así mismo es fundamental el control frecuente de la temperatura y de la herida operatoria. (18)

TEORÍA DE DOROTEA OREM: EL AUTOCUIDADO

“El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigida por las personas sobre sí

mismas, hacia las demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Aplicando el modelo de Dorothea Orem su “objetivo es ayudar al individuo a llevar a cabo y a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y sobre todo de afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”.

El autocuidado es una necesidad humana que engloba toda acción que el ser humano ejecuta mediante sus valores, creencias, etc. Con la finalidad de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones que requieren de aprendizaje. Cuando una persona no puede por sí misma realizar estas acciones por limitaciones o incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

Esta teoría la he relacionado al presente informe porque se basa en ayudar al individuo, familia y comunidad; para mantener por sí mismo acciones de autocuidados para conservar la salud y la vida, porque mediante la educación que se brinda al usuario, tendrá la capacidad de fomentar actividades beneficiosas para su propia salud y crear acciones de protección para reducir los factores de riesgo; recordándole que es dueño de su cuerpo y responsable de las acciones que realiza para cuidarse y gozar de bienestar.14

TEORIA DE CALLISTA ROY: ADAPTACION

El ser humano es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno.

Esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación de las cuatro esferas de la vida

- Área fisiológica
- Área de autoimagen
- Área de dominio del rol
- Área de interdependencia

El resultado final es un estado con las condiciones que faciliten las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

La meta de la enfermera es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad, cuyo objetivo es que el individuo alcance su máximo nivel de adaptación.

La enfermera cumple un rol importante de educadora y orientadora para lograr un mejor afrontamiento temprano y recuperación de su estado físico; psicológico, emocional y familiar; que aplicada al procedimiento descrito la mujer logra superar los problemas de adaptación utilizando el proceso de afrontamiento, los cuales son

modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno.

En este caso utilizara mecanismos innatos de afrontamiento que se determinan genéticamente o son comunes para las especies, se suelen ver como procesos automáticos donde los seres humanos no piensan en ellos es decir que cada mujer de acuerdo a su personalidad podrá reintegrarse a su vida cotidiana unas más pronto que otras.

El nivel de adaptación de una persona es un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas formales de adaptación.

2.3 Definición de Términos

- **CÁNCER:** Tumor maligno, duro o ulceroso, que tiende a invadir y destruir los tejidos orgánicos circundantes.
- **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.

- **CUIDADO DE ENFERMERÍA:** Brindar atención de enfermería al paciente con calidad, calidez y humano, para satisfacer sus necesidades básicas.
- **POST OPERADO:** Periodo de cuidados que comienza cuando la paciente termina la Cirugía, tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas después de la Cirugía.
- **PACIENTE:** Es alguien que sufre dolor y malestar, Es la persona que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o una intervención.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la elaboración del presente informe se obtuvo la información de la Oficina de Informática del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, con la finalidad de obtener datos relevantes respecto a las estadísticas de pacientes pos operadas de histerectomía, que darán fundamento al presente trabajo académico. También utilicé los datos de las estadísticas del servicio de Ginecología Oncológica.

3.2 Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el Servicio de Ginecología Oncológica se inicia desde Octubre del 2003, se brinda atención directa a pacientes oncológica sometidas a Mastectomía, Histerectomías, Vulvectomias, etc. calidad y calidez, a través de las intervenciones de enfermería con base científica, con la finalidad de disminuir los riesgos y complicaciones.

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (EsSALUD), es una institución de alta complejidad, un hospital de nivel IV, su funcionamiento está dirigido a la atención directa con los asegurados que requieren una atención de calidad. El Hospital por ser una institución prestadora de servicios de salud de mayor nivel y

alta complejidad, se constituye como hospital referencial a nivel nacional.

El servicio del 7mo" A" Ginecología Oncológica, del HNERM está ubicado en el piso 7 del block A, cuenta con 48 camas unipersonales y bipersonales con una cobertura de pacientes hospitalizados al 100 %, de los cuales 24 camas designadas al servicio de ginecología especializada y 24 camas a ginecología oncológica y mamaria.

El servicio brinda cuidados con calidad y calidez a pacientes con patologías ginecológicas que son atendidos quirúrgicamente siendo los más frecuentes: miomatosis uterina, prolapsos genitales, quistes de ovarios, hiperplasia de cérvix, infertilidad, etc. Pacientes con patologías gineco oncológicas: cáncer de mama, cáncer de ovario, cáncer de cérvix, cáncer de vulva, etc.

El servicio brinda atención netamente quirúrgica los ingresos son de pacientes que vienen de consultorios programadas para operarse, el movimiento de pacientes es alto ya que el tiempo de estancia hospitalaria es corto, excepto en las mastectomías o hysterectomías radicales que se prolonga su estadía.

Recursos Humanos

Se cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por: 24 médicos especialistas, 16 Licenciadas en Enfermería, 13 Técnicos

de Enfermería, 01 Psicóloga, 01 Nutricionista, 01 Asistente Social, 01 Digitador, 01 Interna de Farmacia y 02 personal de limpieza.

- Somos un centro referencial a nivel nacional
- Oportunidad de tener un rol protagónico en la reforma del sistema de salud del Perú.
- Potencial centro de trabajos de investigación.
- Capacitación permanente al personal mediante los programas de educación continua
- Desarrollo de actividades de prevención y re inserción en los casos de pacientes post operadas de mastectomías
- Mayor conciencia en la sociedad sobre las actividades de prevención en el cáncer de mama

3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe

Experiencia Profesional con Pacientes Pos-Operadas de Histerectomía Radical

En mi experiencia profesional he participado de los cuidados de enfermería en pacientes pos operadas de Histerectomía Radical con el objetivo de favorecer su inserción en la sociedad y mejorar su calidad de vida ya que junto a su diagnóstico de cáncer que les es difícil de asimilar se une el hecho del trastorno de su imagen corporal la cual se ve afectada después de la cirugía.

Las pacientes con cáncer de cérvix en el servicio pasan por las tres etapas:

Atención al ingreso del paciente:

En el servicio de Ginecología especializada y oncología 7A somos conscientes del cambio que supone para la paciente y su familia el ingreso hospitalario.

A fin de conseguir un ambiente agradable en el Hospital y facilitar las labores asistenciales de los profesionales, es importante que tanto la paciente como sus acompañantes respeten y hagan respetar las normas establecidas.

Etapas Pre-Operatoria:

Un día antes: En esta etapa las pacientes ingresan al servicio, la mayoría con mucho temor, programadas para cirugía al día siguiente. La enfermera cumple con los siguientes cuidados:

1. Verificar los datos de la paciente.
2. Colocar pulsera de identificación.
3. Firmará la hoja de autorización para
4. Verificar los análisis de laboratorio actualizados
5. Verificar los riesgos quirúrgicos actualizados
6. Toma de muestra de pruebas cruzadas
7. Rasurado de zona perineal

8. Enema evacuante
9. Retiro de esmalte de uñas
10. Dieta líquida
11. Continuar con tratamiento antihipertensivo si lo tuviera
12. Educación sobre el periodo pos operatorio
13. Preparación psicológica

El mismo día: las pacientes aún están con temor, unas menos que otras, por lo que el apoyo psicológico que se da es importante. Los cuidados:

1. Baño de la paciente
2. Colocación de la bata
3. Retiro de alhajas, trusa y prótesis dental
4. Verificar el brazalete de identificación
5. Vendaje de miembros inferiores, para mejorar la circulación, evitar trombos
6. traslado de la paciente en camilla a sala de operaciones por el camillero

Intraoperatorio:

Es la etapa en que la paciente ingresa a sala de operaciones y se realiza el acto operatorio por el médico cirujano, anestesiólogo, enfermera circulante y técnica de enfermería. Termina esta etapa cuando el paciente pasa a la sala de Recuperación.

Etapa Post Operatoria:

Inmediatamente terminada la cirugía, pasará a la unidad de recuperación, donde permanecerá hasta que esté estable y consciente. Luego será trasladada nuevamente a este servicio.

Post operatorio inmediato:

1. La paciente permanece en la sala de recuperación por un espacio de 2hrs a más de acuerdo a su estado de conciencia.
2. Pasa al servicio de Ginecología oncológica, donde se recibe a la paciente en cama quirúrgica.
3. Cuidado dren hemovack:
 - a. vigilar que se encuentre a presión negativa
 - b. el clampaje debe estar abierto
 - c. debe estar sujetado en la piel del paciente
 - d. vigilar las características y la cantidad de drenaje
4. Cumplir con las indicaciones médicas tratamiento:
 - a. Analgésicos a horario.
 - b. Antihemético condicional a náuseas y vómitos
 - c. Antibiótico parenteral
 - d. Hidratación ; Dextrosa al 5% + Hipersodio
 - e. Control de funciones vitales
 - f. Balance hídrico estricto

Post operatorio mediato:

1. Cumplir con las indicaciones médicas
 - a.- Inicio de dieta líquida
 - b.- Curación diaria
 - c. -Deambulación precoz
2. Apoyo psicológico por el personal profesional en psicología y también por la enfermera. La paciente siente mutilada su imagen corporal agregado al Dx de Cáncer de cérvix hace que se encuentren permanentemente sensibles.
3. La sonda Foley permanece por 13 días, se retira previa reeducación vesical.

Diagnóstico de Enfermería en pacientes operadas de Histerectomía radical

- 1) Dolor agudo r/c proceso quirúrgico, evidenciado por verbalización de la paciente
- 2) Náuseas r/c a anestesia pos cirugía, evidenciado por arcadas
- 3) Ansiedad r/c a cambio en el estado de salud evidenciado por inquietud, incertidumbre
- 4) Trastorno de la imagen corporal r/c a la cirugía evidenciado por expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo

- 5) Patrones sexuales inefectivos r/c a tratamiento médico evidenciado por verbalización de la paciente
- 6) Déficit del autocuidado r/c a incapacidad para atenderse evidenciado por debilidad e inmovilidad.
- 7) Deterioro del patrón del sueño r/c a temor, ansiedad evidenciado por verbalización de la paciente.
- 8) Ansiedad, angustia r/c a trastorno de la imagen corporal evidenciado por inquietud, insomnio.

IV. RESULTADOS

Cuadro N° 4.1

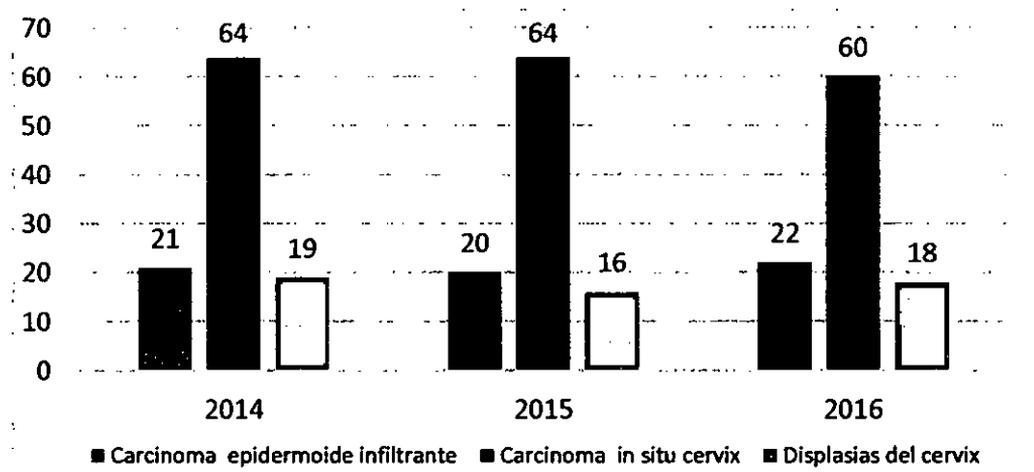
PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE CÉRVIX POR UBICACIÓN DE LA LESIÓN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2014 - 2016

UBICACIÓN DE LA LESIÓN	2014		2015		2016	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Carcinoma epidermoide infiltrante	26	21	24	20	28	22
Carcinoma in situ cérvix	71	64	78	64	77	60
Displasias del cérvix	19	15	20	16	23	18
Total	116	100	122	100	128	100

FUENTE: Oficina de informática del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Grafico N° 4.1

PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE CÉRVIX POR UBICACIÓN DE LA LESIÓN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2014 - 2016



En el cuadro anterior se observa que la Carcinoma in situ de cérvix se presenta de forma significativa por encima de los porcentajes de Carcinoma epidermoide infiltrante y de Displasias de cérvix.

Cuadro N° 4.2

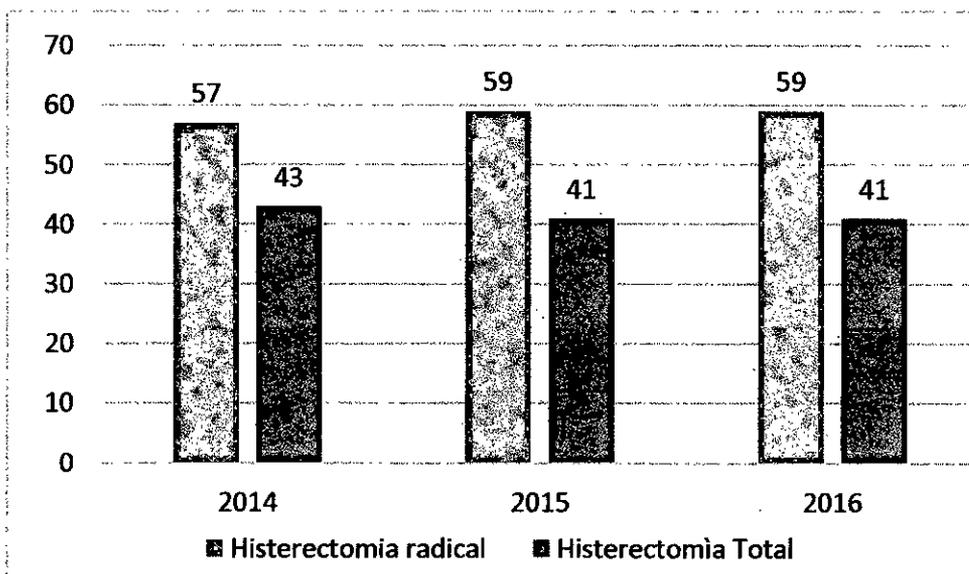
**PACIENTES POS OPERADAS DE HISTERECTOMÍA EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2014 - 2016**

HISTERECTOMIAS	2014		2015		2016	
	N^a	%	N^a	%	N^a	%
Histerectomía radical	72	57	72	59	76	59
Histerectomía Total	54	43	50	41	52	41
Total	126	100	122	100	128	100

FUENTE: Oficina de informática del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Grafico N° 4.2

**PACIENTES POS OPERADAS DE HISTERECTOMÍA EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2014 - 2016**



En el cuadro anterior observamos que la Histerectomía radical se presenta en cifras significativamente mayores a comparación de la Histerectomía Total.

Cuadro N° 4.3

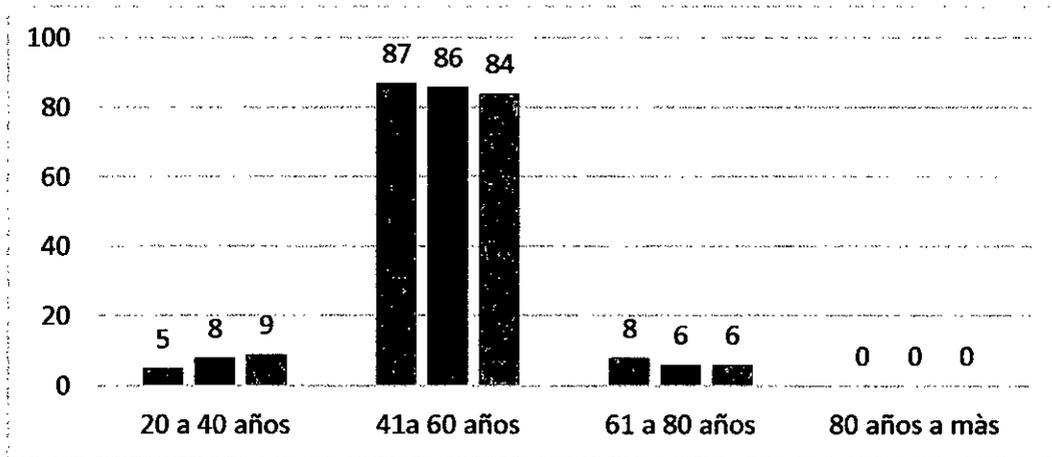
**PACIENTES POS OPERADAS DE HISTERECTOMÍA SEGÚN EDAD EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2014 - 2016**

EDAD	2014		2015		2016	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
20 a 40 años	6	5	10	8	12	9.4
41a 60 años	110	87	105	86	108	84.4
61 a 80 años	10	8	7	6	8	6.2
80 años a màs	0	0	0	0	0	0
Total	126	100	122	100	128	100

FUENTE: Registro del servicio de Ginecología Oncológica del HNERM

Grafico Nro 4.3

**PACIENTES POS OPERADAS DE HISTERECTOMÍA SEGÚN EDAD EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2014 - 2016**



En el cuadro anterior observamos que el mayor porcentaje de pacientes operadas de Histerectomía están entre las edades de 40 a 60 años tanto en el 2014, 2015 y 2016.

Cuadro N° 4.4

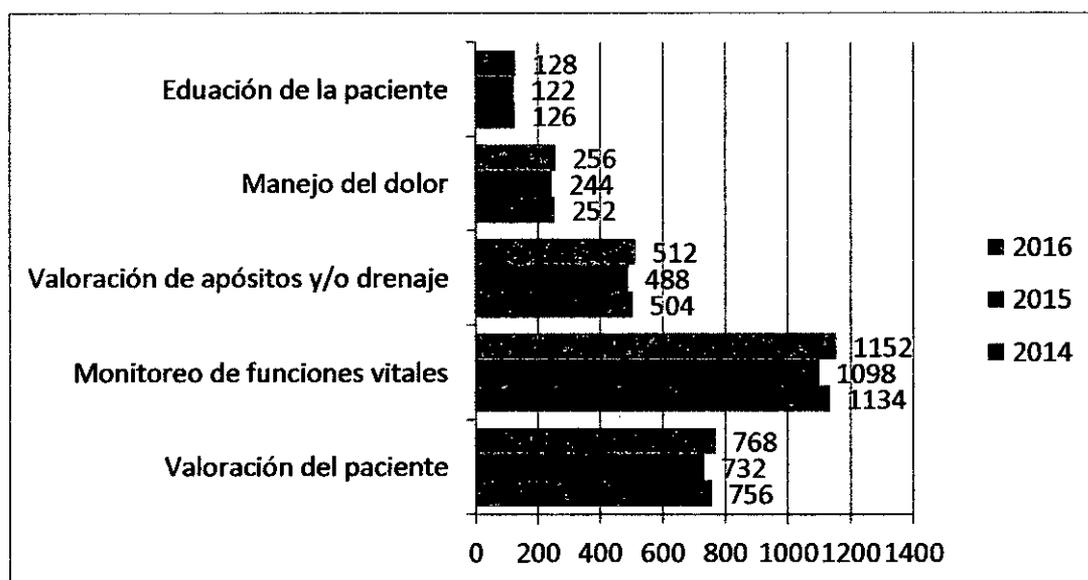
**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES POS OPERADAS DE
HISTERECTOMÍA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2014 – 2016**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	2014		2015		2016	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Valoración del paciente	756		732		768	
Monitoreo de funciones vitales	1134		1098		1152	
Valoración de apósitos y/o drenaje	504		488		512	
Manejo del dolor	252		244		256	
Educación del paciente	126		122		128	

FUENTE: Registros de enfermería del servicio de ginecología oncológica del HNERM.

Grafico N° 4.5

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES POS OPERADAS DE
HISTERECTOMÍA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2014 - 2016**



Los resultados muestran que el principal cuidado para una paciente postoperada de histerectomías es el monitoreo de funciones vitales (cada media hora), así como la valoración del estado general de la paciente y la herida operatoria.

V. CONCLUSIONES

- a) En el cuidado a la paciente postoperada, tan importante es el aspecto técnico como el humano, y la relación con la paciente, anticipando sus necesidades, y educando en el auto cuidado, todo ello para ofrecerle una mayor sensación de seguridad, motivación, y fortalecer su salud en todos los aspectos.

- b) La valoración, cuidado y educación a la paciente debe darse con previa información y consentimiento, respetando en todo momento su autonomía. La paciencia y la ética en el cuidado debe ser más riguroso, considerando que la incidencia en las pacientes Histerectomizadas es en mayores de 40 años.

- a) Las mujeres mayores de 40 años y con antecedentes familiares de neoplasias ginecológicas, deben realizarse controles anuales de despistaje de cáncer ginecológico. Ya que el diagnóstico y tratamiento precoz pueden evitar complicaciones, y mejor aún si son acompañados del apoyo psicoterapéutico.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Los enfermeros, además de la adquisición de conocimientos debemos desarrollar habilidades blandas o interpersonales, ya que son fundamentales para que como profesionales de la salud, nos relacionemos adecuadamente con nuestras pacientes, mejorando la manera de comunicarnos con ellas.

- b) La vigilancia y curaciones de la herida operatoria para evitar infecciones en la zona operatoria; así mismo, vigilar el reposo relativo en el pos operatorio mediato, para evitar dehiscencia de la herida operatoria.

- c) A los miembros del equipo de salud y a las autoridades sanitarias se recomienda priorizar la parte preventiva promocional, propiciando charlas educativas a todo nivel sobre las medidas preventivas del cáncer ginecológico. Así mismo profundizar la investigación clínica, abordando estudios e investigaciones dirigidos a la promoción y prevención de salud.

VII. REFERENCIALES

1. CURADO MP et al. Cancer Incidence in Five Continents Volume IX (2007). IARC Scientific Publications N° 160. International Agency for Cancer Research (WHO) and International Association for Cancer Registries; Lyon, France.
2. FERLAY J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2016. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>.
3. JEMAL A et al. Cancer Statistics, 2010. Ca Cancer J Clin 60:277-300; 2010.
4. POQUIOMA E. Junio 2007. Estimaciones de parámetros epidemiológicos y cálculo de AVISA del Grupo Cáncer. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc.
5. Registro de Cáncer Poblacional de Trujillo, 1996-2002
6. Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa, 2002-2003
7. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, 2004-2005. Informe Ejecutivo. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Departamento de Epidemiología y Estadística, enero 2011.

10. DÍAZ M. "Adaptación de la conducta en mujeres sometidas a histerectomía". Universidad Rafael Landívar Facultad de Humanidades Campus de Quetzaltenango Tesis para obtener el grado académico de Licenciada en Psicóloga Clínica. Guatemala. 2013. Consulta 3.12.16. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Diaz-Maria.pdf>.
11. CARNOVA V. Proceso de adaptación de las mujeres histerectomizadas en el hospital nacional almanzor aquinaga asenjo_essalud, Tesis para obtener el grado de magister en Enfermería. Chiclayo Peru. 2011.
13. HERNÁNDEZ, E. El Cáncer Cervical. Rev. C.A. Obstet. Ginecol. 2007 mayo-agosto. México, Vol. 7, pág. 38.
14. ORTIZ, J. F. et al. Evaluación de la estratificación clínica del cáncer cervical. REVCOG., Perú, 2,006. Pág. 98-101
15. RESTREPO H. E., Epidemiología y Control del cáncer del Cuello Uterino, Panamá, 2007, pág. 139-pág. 482-pág. 579-pág. 586-pág. 587
16. SOLARES M., Balvina. Mapeo epidemiológico de los resultados de citología cervical en el departamento de Alta Verapaz; 2,000. Guatemala, 2,001. 103 p.

17. SOLIDORO A.S., Cáncer del Cuello Uterino, Tratamiento Médico del Cáncer, El Salvador, 2003, pág. 140

- 18- BRUNNER Y SUDARTH **“Cuidados de enfermería en el Per.operatorio”** “Tratado de Enfermería Médico Quirúrgica” 9na edición vol. 2

ANEXOS

Anexo N° 02

Cuidados de enfermería

HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATEGUI

MARTINS

UNIDAD ORGÁNICA	PROCEDIMIENTO	
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	MANEJO DE DRENAJE TUBULAR	VERSION 01
	CRIBADO A PRESION NEGATIVA	AGOSTO
	EN PACIENTES CON CIRUGÍA	2014
	RADICAL DE MAMA E HISTERECTOMÍA RADICAL	PAGINA 01

DEFINICIÓN:

Es el cuidado de enfermería que se brinda a pacientes portadoras del sistema de drenaje tubular cribado a presión negativa, para favorecer la cicatrización de una herida eliminando los líquidos y desechos formados en el lecho operatorio, que puedan retrasar la granulación tisular y a la vez prevenir la formación de seromas o hematomas.

REQUISITOS:

- Guantes estériles.

- Gasas estériles.
- Cinta adhesiva. o esparadrapo
- Solución antiséptica

Nº DE PASOS	DESCRIPCION DELAS ACCIONES	RESPONSABLE
1	Educar a la paciente que en cada turno se evaluara el sistema de drenaje de hemovac.	Enfermera
2	Individualizar el ambiente del paciente.	Enfermera
3	Valorar el sitio de inserción del sistema en busca de signos de infección y/o lesión de la piel.	Enfermera
4	<p>Evaluar periódicamente el sistema para ver permeabilidad y características del drenaje.</p> <p>Detectar desconexiones accidentales o pérdida del vacío en el reservorio.</p> <p>Verificar que el drenaje este a presión negativa.</p> <p>Verificar que la conexión este fijado a la piel y que la llave este abierta</p>	Enfermera
5	<p>Permeabilizar el sistema si se encuentra obstruida:</p> <p>a) Informar a la paciente sobre el procedimiento a realizar, brindar apoyo emocional.</p>	Enfermera

	<p>b) Tener el material necesario y la paciente en decúbito dorsal en la cama.</p> <p>c) Lavado de manos.</p> <p>d) Cerrar la llave de drenaje.</p>	
--	---	--

HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATEGUI

MARTINS

UNIDAD ORGÁNICA	PROCEDIMIENTO	VERSION
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	MANEJO DE DRENAJE TUBULAR CRIBADO A PRESION NEGATIVA EN PACIENTES CON CIRUGÍA RADICAL DE MAMA E HISTERECTOMÍA RADICAL	01 AGOSTO 2009 PAGINA 02

Nº DE PASOS	DESCRIPCION DEL AS ACCIOINES	RESPONSABLE
	<p>e) Colocación de guantes estériles.</p> <p>f) Limpieza y desinfección de la zona a permeabilizar.</p> <p>g) Colocar una gasa estéril debajo del sistema</p> <p>h) Desconectar uno de los tubos conectores de la unidad del vacío y retirar los coágulos con una</p>	

	<p>gasa estéril.</p> <p>i) Conectar el tubo conector a la unidad de vacío.</p> <p>j) Realizar los pasos (h-l) con el otro tubo conector</p> <p>k) Negativizar el sistema de drenaje y dejar abierta la llave.</p> <p>l) Brindar comodidad y confort a la paciente.</p>	
6	Evacuar el reservorio en un recipiente graduado e informar a la enfermera el volumen y las características.	Técnica de Enfermería
7	Valorar la cantidad y características del drenaje.	Enfermera
8	Registrar en las notas de Enfermería, el procedimiento, el volumen y las características.	Enfermera

OBSERVACIONES: En pacientes post OP inmediatas mastectomía radical en las primeras 6 horas, se espera un drenaje hemático aprox. De 100 CC, si este fuese mayor deberá procederse a un vendaje compresivo, valoración de funciones vitales y/o evaluación por médico de guardia o cirujano.

En pacientes Post OP. Inmediatas de Histerectomía radical, se espera un drenaje hemático de 20-30 CC aprox. En 6 Hrs, si es mayor debe ser evaluada por médico de guardia o cirujano.

Anexo N° 03

Evidencias



Fig. 01 Valoración de paciente histerectomizada



Fig. 02: Educando a pacientes