

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE POSTGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADAS DE
HISTERECTOMÍA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL
HOSPITAL II ESSALUD HUANCAVELICA, 2013-2015”**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN CUIDADOS QUIRURGICOS.**

Lic. Enf. Lazaro Mendoza Huamán

Callao, 2016

PERÚ

ÍNDICE

	Pág
INTRODUCCIÓN	3
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 ANTECEDENTES	7
2.2 MARCO CONCEPTUAL	8
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	23
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.3 PROCESOS REALIZADOS	32
IV. RESULTADOS	36
V. CONCLUSIONES	44
VI. RECOMENDACIONES	45
VII. REFERENCIALES	46
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

Han transcurrido algunos siglos desde que se registró la primera histerectomía exitosa y desde ese lapso muchas cosas han cambiado en la práctica de la cirugía ginecológica. Afortunadamente hoy en día, las tasas de mortalidad y morbilidad relacionadas con el procedimiento han disminuido.(2)

En la actualidad ha sido un motivo de controversia la elección de la vía de abordaje (abdominal y vaginal) para la extirpación del útero. La histerectomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente en cirugía ginecológica. La mejora en la morbimortalidad y en la técnica han propiciado que las tasas de histerectomías exitosas se hayan incrementado en los últimos años. (1)

El propósito de este informe será evaluar los “cuidados de enfermería en pacientes pos operadas de histerectomía en el servicio de hospitalización del hospital II EsSalud Huancavelica, en el periodo 2013-2015” que contribuirá a mejorar la atención y disminuir los posibles riesgos y/o complicaciones obteniendo mejores resultados terapéuticos, disminuir la estancia hospitalaria y por todo ello mejorando la calidad de vida de los pacientes utilizando los recursos de manera eficiente y eficaz.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, el capítulo IV los resultados obtenidos, el capítulo V las conclusiones, el capítulo VI las recomendaciones, el capítulo VII las Referenciales y por último contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El año 2010, la revista *Obstetric and Gynecology International* dedicó un número entero a un tema por demás clásico: Histerectomía. Desde que Conrad Langenbeck, en 1813, efectuara la primera histerectomía históricamente registrada, mucho se ha avanzado en este campo ginecológico. Sin embargo, es en el último cuarto de siglo, con el advenimiento de la histerectomía laparoscópica, en que los avances han vivido sus más grandes logros. Este perfeccionamiento dual entre técnica y tecnología, junto con el desarrollo de una serie de tratamientos paralelos, han traído como consecuencia una reducción en el índice de histerectomías, limitándolas a casos en los que sea estrictamente necesario. Entonces, ya que las histerectomías son cirugías que pueden provocar daños de los nervios pélvicos y de las estructuras de soporte, la búsqueda de la técnica más adecuada, debe necesariamente considerar que permita además, preservar la indemnidad del suelo pélvico. Con el presente estudio, se propone revisar todos los registros de pacientes sometidas a histerectomías, en el periodo comprendido entre los años 2013-2015, con el objetivo de caracterizar desde una perspectiva demográfica, clínica, quirúrgica y anatomopatológica a dicha población.(2)

En la actualidad en el en el servicio de hospitalización de los pacientes que ingresan al servicio mensualmente el 68% son mujeres de los cuales el 13% presenta problemas ginecológicas. Durante los años 2013 al 2015 se pudo constatar que 97 pacientes con patologías quirúrgicas más frecuentes de intervención fue las histerectomías abdominales totales, las ligaduras de trompa, colporrafías, histeroscopias, mastectomías entre otras; teniendo común

denominador el cuidado de enfermería a pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas (pre y post operatorio de histerectomía). Esto genera necesidad del profesional de enfermería para brindar un trato y cuidado humanizado, considerando una necesidad de calidad de servicio, por lo que es importante disponer de estrategias de brindar cuidados, orientación y consejería a pacientes sometidos a una histerectomía.

Ante esta situación surge la interrogante ¿Cuáles son los cuidados que se deben tener en pacientes post operadas de histerectomía?

1.2 Objetivo.

- Describir los “Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a una histerectomía del servicio de hospitalización del hospital II EsSalud Huancavelica en los años 2013-2015”.

1.3 Justificación

El presente informe de experiencia profesional tiene por finalidad dar a conocer y explicar los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a una histerectomía, asimismo propiciar propuestas de metodología y estrategias en el cuidado de enfermería para prevenir complicaciones y afrontamiento en la vida familiar. De esta manera vamos a reorientar y mejorar los cuidados del profesional de enfermería en el marco de la calidad, la calidez y sensibilidad social, buscando siempre el beneficio de los pacientes.

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para incrementar el marco de conocimientos referente a los cuidados de enfermería en la calidad de atención con sensibilidad humana en pacientes sometidas a una histerectomía. Se brindará orientación y consejería al paciente, y familiares sobre estilos de vida saludable dietas, suplementos, tratamientos a seguir en el servicio de hospitalización del Hospital II EsSalud Huancavelica. El informe aporta los lineamientos teóricos

científicos a los procesos empíricos estudiados y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Relevancia Social: Se beneficiará a las enfermeras que atienden a los pacientes post operados de histerectomía en el pre y post operatorio; ya que los resultados que se obtengan serán fundamentales para desempeñar con éxito la labor en el servicio de hospitalización y brindar un trato humanizado a este tipo de pacientes.

Vista Práctica: Permitirá mejorar la práctica profesional y aumentar los conocimientos al profesional de enfermería, al paciente y familiar sobre los cuidados a pacientes sometidos a dicha intervención.

Nivel económico: Mejorar la calidad de vida mediante el tipo de alimentación y actividad física para prevenir las enfermedades no recuperativas, así disminuir los costos sanitarios y por ende se disminuye los gastos económicos tanto al estado como a la familia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

FERNANDEZ PONCE, Irene (2014) Factores Asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal en el Hospital San Bartolomé Lima-Perú, tesis para optar especialidad en ginecología y obstetricia. Reportes internacionales refieren que la histerectomía es la segunda intervención quirúrgica mayor más frecuente, luego de las cesáreas. Se ha reconocido en nuestro medio, la necesidad de la histerectomía vaginal guiada por laparoscopia como punto intermedio, de aprendizaje, dominio y perfección de la técnica, hasta llegar finalmente a la implementación de la histerectomía laparoscópica. Actualmente, en los países desarrollados, las posibilidades de intervención han avanzado a tal punto que se conocen un total de 16 técnicas quirúrgicas (ya por vía vaginal como por vía abdominal), las cuales incluyen: cauterización, embolización, ablación (bipolar y laser) y vaporización, entre otras técnicas demasiado ajenas a nuestra realidad concreta de país en vías de desarrollo. El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé es el establecimiento prestador de servicios de salud, público, de mayor nivel resolutivo en cuanto a patología materna perinatal, sin embargo no cuenta aún con un estudio que sistematice la experiencia en torno a la histerectomía, ya sea abdominal y/o vaginal.(2)

FINLAY. CAMAGÜEY, Carlos - Cuba. (2011) Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Martín Chang Puga de Nuevitas Las intervenciones quirúrgicas de histerectomía se realizan con mayor prevalencia el promedio de edad fue de $34 \pm 5,01$ años. La paciente de menor edad tenía 33 años y la de mayor edad 45 años. La principal indicación quirúrgica que motivó la intervención fue el fibroma uterino, seguida del sangramiento uterino anormal. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en un escaso número de pacientes.

Las medias de estadía hospitalaria postoperatoria y tiempo quirúrgico fueron de $1,07 \pm 0,2$ días y de $39,6 \pm 7,20$ minutos respectivamente; la reincorporación fue de $20,4 \pm 5,2$ días. Además concluyen la nuliparidad no es un factor aislado ni absoluto para contraindicar la vía vaginal en el contexto de una histerectomía. (4)

SOLA D, Vicente; RICCI A, Paolo; PARDO S, Jack and GUILOFF F, Enrique. HISTERECTOMÍA: UNA MIRADA DESDE EL SUELO PÉLVICO. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2006, La histerectomía es y seguirá constituyendo una de las principales cirugías en mujeres en edad reproductiva. Entre las diferentes técnicas quirúrgicas, la HT sigue siendo la más utilizada en el mundo. La laparoscopia constituye una vía que probadamente cumple con el concepto de menor invasión. Por otro lado, en los casos que lo ameriten, el dejar el cuello permite conservar la indemnidad del SP. Según lo anterior, la histerectomía supracervical laparoscópica debe ser una técnica cada vez más utilizada en quienes cumplan con los requisitos previos, es una cirugía de menor invasión que se asocia a una menor posibilidad de complicaciones y síntomas urinarios, como también al dejar el cuello uterino, preserva la indemnidad de las estructuras del suelo pélvico. En aquellas pacientes que está contraindicada la histerectomía supracervical laparoscópica, la mejor técnica quirúrgica la constituye la histerectomía vaginal asociada a puntos de McCall y cistoscopia intraoperatoria para asegurar la indemnidad de los uréteres. (3)

2.2. Marco Conceptual

a) HISTERECTOMÍA.

El término “histerectomía” proviene de dos voces griegas, “hystero” que quiere decir: útero, y “ectomy” que quiere decir: remoción del cuerpo humano. Ahora, como procedimiento quirúrgico, la

histerectomía es una práctica común en ginecología para una serie de enfermedades diversas. Desde una posición clasificatoria, la histerectomía puede ser total o subtotal, con o sin remoción de anexos y dependiendo del abordaje se han descrito 4 formas: abdominal, vaginal, vaginal guiada por laparoscopia y laparoscópica. En Estados Unidos se ha descrito que las causas más frecuentes que motivan las histerectomías son: fibrosis uterina (miomas), hemorragias uterinas disfuncionales, lesiones de endometriosis dolorosas, prolapso y dolor pélvico crónico. (1)

En estudios franceses los fibromas (principal causa en histerectomías abdominales) y los prolapsos (principal causa en histerectomías vaginales) encabezan la lista, seguidos por las metrorragias, lesiones anexiales, displasias cervicales entre otras. Estudios de revisión han resumido las siguientes causas como motivos para histerectomía: fibrosis uterina (miomas, sobre todo luego del fracaso de tratamiento farmacológico hormonal), hiperplasia endometrial (sobre todo en aquellos casos con atipia, en la cual existe un alto grado de malignización), adenomiosis (esencialmente si falla el tratamiento farmacológico hormonal), prolapso uterino (aunque se recomienda que otras técnicas como la fijación interna uterina tienen mejores resultados), sangrado uterino disfuncional (igualmente si ha fallado el tratamiento farmacológico hormonal) y neoplasia intraepitelial cervical de alto grado (sobre todo en pacientes sin deseos futuros de gestación, en cuyo caso se sugiere primero la posibilidad de la conización). Al mismo tiempo, independientemente del motivo por el que indique la histerectomía, se ha descrito que este procedimiento presenta una mortalidad muy baja, menor al 0,1%, pero una morbilidad que sigue siendo un problema prevalente, esencialmente debido a las complicaciones postquirúrgicas. Estas complicaciones han sido descritas esencialmente en aquellos casos en los que la

histerectomía se asocia a laparotomía, es decir histerectomía abdominal, o histerectomía laparoscópica convertida. Ahora bien, la indicación de histerectomía depende de una evaluación integral de la paciente que incluya considerar de modo paralelo: la edad de la paciente, los deseos futuros de embarazo, la intención de preservar el útero, la clínica.(2)

En cuanto a las complicaciones descritas a toda histerectomía abdominal se encuentran: hemorragia postoperatoria severa, tromboembolismo, complicaciones urológicas (fístula vesicovaginal, retención urinaria), complicaciones digestivas (íleo), hematomas no infectados (parietales, subperitoneales), complicaciones infecciosas y febriles no tromboticas (infección urinaria, absceso de pared, infección de muñón vaginal, linfangitis, fiebre inexplicada y sepsis).(3)

En relación a la histerectomía vaginal, se ha descrito como técnica ideal sobre todo en caso de existir relajación del suelo pélvico, y en la amplia evidencia publicada se le ha asociado con excelentes resultados para las siguientes patologías: sangrado uterino anormal (que no responde a tratamiento hormonal, ni curetaje, ni dilatación), leiomiomas pequeños sintomáticos, neoplasias intraepiteliales cervicales en aquellas pacientes sin intereses futuros de gestación. Dentro de las complicaciones de la histerectomía vaginal se incluyen complicaciones como: estado inmune comprometido, obesidad, mayor tiempo de hospitalización, experiencia del cirujano, mayor pérdida de sangre, tiempo operatorio de más de 3 horas, mala alimentación, tejido desvitalizado como se puede encontrar en pedículos operatorios mayores, comorbilidades como diabetes Mellitus y tabaquismo, falta de antibióticos preoperatorios, y presencia de un sitio operatorio infectado. además, se encontró dentro de los factores asociados a morbilidad febril post

histerectomía vaginal a pacientes mayores a 50 años, duración del procedimiento más de 130 minutos, pérdida sanguínea mayor a 400 ml, paridad mayor a 3 y antecedente quirúrgico previo. La histerectomía está indicada según las categorías: Salvar la vida, aliviar el sufrimiento y corregir deformaciones, pero no siempre se descarta un tratamiento médico alternativo previo. (4)

b) MIOMAS UTERINOS: Estos tumores uterinos benignos constituyen la indicación de la histerectomía en casi 30% de los casos. Los síntomas clínicos que más a menudo aceleran la intervención quirúrgica son el tamaño o el crecimiento rápido, la hemorragia o el dolor. (1)

c) RELAJACIÓN PÉLVICA O PROLAPSO: El descenso del cuerpo y el cuello uterino al conducto vaginal puede coexistir con síntomas de presión o pesantez pélvica, incontinencia urinaria, molestias rectales y dispareunia. Cuando el cuello protruye más allá del introito vaginal, se presenta irritación o ulceración del tejido exteriorizado. El prolapso genital es indicación de casi 15% de las histerectomías y es más frecuente en mujeres blancas que negras.(3)

d) ENDOMETRIOSIS: La endometriosis es una afección común que afecta a las mujeres durante los años reproductivos. Se produce cuando el tejido normal del revestimiento del útero, el endometrio, se adhiere a los órganos de la pelvis y comienza a crecer. Este tejido endometrial desplazado causa irritación en la pelvis que puede provocar dolor e infertilidad. La endometriosis es indicación de casi 20% de las histerectomías y su frecuencia ha aumentado en los años recientes. (4)

e) LA ADENOMIOSIS: Es un diagnóstico histopatológico definido por la presencia de glándulas endometriales íntegras en 3 o más campos de gran aumento por debajo de la superficie miometrial. Se cree que estas glándulas son contiguas a la cavidad endometrial y tradicionalmente se han considerado causales de dolor menstrual y fases luteínicas así como menorragia. En la fase premenstrual inmediata, el útero puede estar crecido y reblandecido en su textura. No obstante, el grado de adenomiosis presente es difícil de cuantificar y no se ha relacionado rigurosamente con los síntomas clínicos descritos. (2)

f) HIPERPLASIA ENDOMETRIAL. Es cuando el endometrio se vuelve demasiado grueso, no es cáncer, pero en algunos casos puede conducir a un cáncer de útero, e importante tener un diagnóstico y tratamiento oportunamente. Un tratamiento de 3 meses es seguido por biopsia endometrial repetida para demostrar inversión a un endometrio normal. Pocas veces, inclusive después de tal inversión a la normal, la hiperplasia puede recurrir y requerir tratamiento adicional y seguimiento con biopsia endometrial. En algún momento de esta secuencia muchas mujeres deciden que la incertidumbre y la ansiedad relacionada con este esquema y son inaceptables y eligen la histerectomía. (3)

g) PREVENCIÓN DEL CANCER. Investigaciones recientes han demostrado un riesgo de cáncer ovárico de casi 50% en mujeres con dos o más pacientes de primer grado afectadas por la enfermedad. La ooforectomía profiláctica una vez que se completa la procreación, es adecuada para tales mujeres, aunque hacer una histerectomía al mismo tiempo posiblemente seguirá siendo una opción clínica frecuente, porque elimina cualquier hemorragia uterina durante el tratamiento de reposición de estrógenos. Una opción razonable es la de realizar sólo ooforectomía bilateral. La

facilidad de este procedimiento quirúrgico por vía laparoscópica hace más atractivo este esquema. (2)

h) DOLOR PÉLVICO CRÓNICO. En todas las categorías antes revisadas, los puntos terminales subjetivos interpretados de manera personal, son medulares para la distinción de lo adecuado de la intervención quirúrgica. En ninguna categoría es esto más válido que en el problema del dolor pélvico crónico, Para los médicos que tratan estas pacientes en el medio de la atención terciaria, el optar por un abordaje quirúrgico requiere juicio clínico cuidadoso tanto para la selección como la programación así como el prestar atención a otras formas del tratamiento del dolor. (1)

i) SELECCIÓN DE LA VÍA PARA LA HISTERECTOMÍA. Una vez que se ha decidido realizar una histerectomía, el ginecólogo debe determinar si se debe realizar por vía abdominal o vaginal. El American College of Obstetricians and Gynecologists señaló que la vía de la Histerectomía depende de la anatomía de la paciente y la experiencia del cirujano pero mencionó pocas pautas específicas en cuanto al proceso de selección. (2)

COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA. (4)

- Hemorragia, puede ser trans y post operatoria
- Infección (herida operatoria u otros)
- Lesión de órganos adyacentes (vesicales, ureterales, intestinales)
- Trastornos diversos (enf. tronboembolica, dehiscencia, corrección quirúrgica).
- Otros Trastornos (Psicosexuales, disfunciones urinarias, disfunción intestinal)

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADAS DE HISTERECTOMIA.

El cuidado de enfermería es muy importante antes, durante y después de una intervención quirúrgica, en el postoperatorio debemos considerar los cuidados inmediatos y mediatos, el periodo de recuperación completa tras la operación de una histerectomía es de aproximadamente, seis u ocho semanas, aunque la vuelta a la vida normal se produce antes.

Durante las primeras 24 horas, la paciente reposará en cama. Sin embargo, es muy importante que comience poco a poco su movilización, lo que permitirá que se acelere la recuperación y que la paciente pueda volver a su vida diaria lo antes posible.

La recuperación a partir de las primeras 24 horas (8)

Si la paciente ha tolerado correctamente la ingesta de líquidos tras las primeras 12 horas, se procederá a partir de las primeras 24 horas a proporcionarle una dieta semilíquida. Si progresa adecuadamente con esta dieta, se le dará una dieta blanda y así hasta que recupere la función digestiva completamente y pueda ingerir alimentos sólidos, lo que ocurrirá alrededor de las 48 horas tras la operación, pasadas las primeras 24 horas se le retirará a la paciente una sonda vesical que había sido colocada al principio de la intervención previa reeducación y luego evaluar la micción espontánea.

Se considera que la paciente puede abandonar el hospital una vez que ya puede ingerir una dieta normal, no ha tenido fiebre ni ha sangrado y se ha producido la micción espontáneamente. Normalmente, esta estancia no se alarga más de 5 días en el caso de la histerectomía abdominal.

En casa, la paciente podrá controlar su dolor abdominal y prevenir posibles complicaciones con medicamentos prescritos por el médico especialista tratante.

Qué NO hacer durante el periodo de recuperación

Algunos de los consejos para no poner en peligro la recuperación y evitar posibles complicaciones son los siguientes:

- Intente no subir escaleras durante los 2 – 3 primeros días tras llegar a casa. Evite también cansarse y descanse adecuadamente.
- Puede hacer uso de la ducha para cuidar su higiene, pero no tome baños hasta, por lo menos, las dos primeras semanas, ya que no es bueno que se empape la herida quirúrgica.
- No levante peso durante las primeras 4 o 6 semanas, ya que puede provocar que se abra la herida quirúrgica por la presión abdominal.
- No conduzca hasta que el doctor lo considere.
- No tenga relaciones sexuales, no use tampones ni introduzca nada en el interior de la vagina hasta que lo indique el especialista.
- No tome bebidas alcohólicas.

OBJETIVOS:

- Prevenir la aparición de complicaciones postquirúrgicas.
- Educar al paciente y la familia en el manejo de los signos de alarma postoperatorias.

POSTOPERATORIO:

Problemas y/o necesidades.

• Dolor agudo:

Cuidados de enfermería:

- ✓ Valorar la intensidad, frecuencia, localización del dolor aplicando escala de EVA.
- ✓ Administrar analgésicos según prescripción médica aplicando los 5 principios de administración de medicamentos.

📌 Náuseas y/o vómitos:

Cuidados de enfermería:

- ✓ Realizar una valoración completa de las náuseas o vómitos incluyendo la cantidad, la frecuencia, la duración, la intensidad, características y los posibles factores desencadenantes.
- ✓ Identificar factores (medicamentos y/o procedimientos) que puedan causar o contribuir a las náuseas por ende el vomito.
- ✓ Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas.
- ✓ Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas.
- ✓ Colocar a la paciente de forma adecuada y mantener las vías aéreas permeables para prevenir la aspiración.
- ✓ Controlar el equilibrio de fluidos y electrolitos.

📌 Deterioro de la movilidad física.

Cuidados de enfermería:

- ✓ Colocar la cama a baja altura, si resulta oportuno.
- ✓ Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance de la paciente.
- ✓ Ayudar a la paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes corporales. y uso de los barandales.
- ✓ Enseñar a la paciente a colocarse en la posición correcta durante el movimiento y a sujetarse la herida quirúrgica.
- ✓ Ayudar a la paciente en el traslado, cuando sea necesario.

- ✓ Aplicar / proporcionar un dispositivo de ayuda para la deambulaci3n si la paciente no camina bien.
- ✓ Ayudar a la paciente con la deambulaci3n inicial, si es necesario.
- ✓ Instruir a la paciente / cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras.
- ✓ Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de la seguridad.

☒ D3ficit de autocuidado de ba1o e higiene.

Cuidado de enfermer3a:

- ✓ Si el paciente todav3a no est3 en la posibilidad de autocuidado, el profesional de enfermer3a debe realizar haciendo ba1os de esponja o ba1o de ducha junto con personal t3cnico as3 como para el cambio de ropa, tambi3n es importante educar al familiar o acompa1ante sobre los cuidados y apoyo en el ba1o e higiene.
- ✓ Durante la higiene valorar los genitales, la herida operatoria y registrar en la historia cl3nica, el apoyo de enfermer3a siempre debe ser continuo hasta que la paciente este en la capacidad del autocuidado.
- ✓ Comprobar la capacidad de la paciente para realizar autocuidados independientes.
- ✓ Observar la necesidad por parte de la paciente de dispositivos de adaptaci3n para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.
- ✓ Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes).

☒ Riesgo de hemorragia vaginal.

Cuidados de enfermer3a:

- ✓ Vigilar a la paciente por si se producen hemorragias.
- ✓ Observar signos y síntomas de hemorragia persistente.
- ✓ Controlar los signos vitales y observar las características del tapón vaginal en un postoperatorio inmediato.
- ✓ Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa.
- ✓ Controlar el balance hídrico estricto y comunicar cualquier eventualidad de relevancia al médico especialista.

📌 Riesgo de infección.

Cuidados de enfermería

- ✓ Control de funciones biológicas.
- ✓ Curación y valoración de herida operatoria.
- ✓ Verificación de vías periféricas y sondas si lo hubiera
- ✓ Disminuir factores de riesgo de infección. (bioseguridad)

📌 Riesgo de estreñimiento:

Cuidados de enfermería:

- ✓ Supervisar el tipo de dieta que debe ser ricos en fibras y líquidos a voluntad.
- ✓ Deambulación asistida.
- ✓ Fomento a la eliminación fecal.

📌 Riesgo de retención urinaria.

Cuidados de enfermería:

- ✓ Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- ✓ Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.

- ✓ Enseñar a responder inmediatamente la urgencia de orinar. si procede.
- ✓ Ayudar al apaciente con la rutina de ir al aseo, si procede.
- ✓ Registrar la hora de la primera micción después de la cirugía.
- ✓ Si hay signos de retención o alguna anomalía comunicar al médico especialista de turno.

🗣️ Ansiedad:

Cuidados de enfermería.

- ✓ Brindar orientación y consejería sobre su recuperación, posibles riesgos en relación a la operación y a acudir al especialista en psicología.
- ✓ Disfrutar de lo positivo que puede haber en cada momento.
- ✓ Realizar ejercicio físico moderado siempre que el médico lo considere adecuado, descansar lo necesario y alimentarse adecuadamente.

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON-2012

La teorista considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano". (5)

Sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el

rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Se basa en siete supuestos básicos:

- 1) El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
- 2) El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- 3) El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
- 4) Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
- 5) Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
- 6) El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos.
- 7) La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Factores curativos de la ciencia del cuidado:

- a) Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el

bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.

- b) Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
- c) Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
- d) Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.
- e) Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
- f) Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la

enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

- g) Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con la técnica de enseñanza – aprendizaje, diseñada para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
- h) Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.
- i) Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.
- j) Permisi3n de fuerzas existenciales – fenomenol3gicas: la fenomenología describe a los datos de la situaci3n inmediata que ayudan a la gente a comprender los fen3menos en

cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

Según la teorista, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

Se aplicó la teoría de Jean Watson para el desarrollo del presente informe porque me permitió evidenciar que se logra mayor interrelación entre el paciente y la enfermera. Considero relevante porque se orienta al cuidado humanizado del paciente.

2.3 Definición de Términos

a) Paciente Quirúrgico: Los seres humanos tenemos un ciclo vital: nacemos, crecemos, nos relacionamos con otros, tenemos un trabajo, formamos una familia, envejecemos y finalmente morimos. Este se altera

cuando aparece una enfermedad que amenaza la vida. La enfermedad o la alteración de la salud tienen connotaciones psicológicas importantes, que de una u otra forma tienen impacto sobre la respuesta y evolución a los tratamientos instaurados, ya sean estos médicos o quirúrgicos. Una condición patológica intensa o prolongada desorganiza el aparato psíquico, amenaza la integración mente-cuerpo, afecta la capacidad de desear y la actividad de pensar. Las enfermedades son sentidas por el hombre como una prueba y se constituyen en amenazas para el cuerpo y mente.

Es muy importante, conocer los distintos roles a ser cumplidos alrededor del paciente en la cirugía. Tanto los profesionales de la salud, como familiares tienden a tener distintas reacciones frente a los mecanismos de defensa naturales del paciente en cuestión.

Los niveles de progreso tanto en la adaptación preoperatoria como en la recuperación postoperatoria, dependen mucho del rol del médico, pero hay que sumar también la gran importancia que el grupo de enfermería ejerce sobre este; ya que estos tienen mayor tiempo de contacto. No hay que dejar de destacar el ámbito familiar el cual varía mucho de acuerdo al estado de ánimo del paciente, pero estos también influyen sobre este con sus características y roles sociales predeterminados.

b) Cuidado de enfermería: el cuidado de enfermería supone todas aquellas acciones y tareas que un enfermero despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención.

c) Familiar acompañante: Se refiere a toda aquella persona del entorno familiar (o en su defecto representante legal) que el personal de salud identifica y certifica como el cuidador e interlocutor ante la familia respecto a toda información del cuidado y estado del paciente, lo cual involucra contar con un alterno.

d) Histerectomía: La Histerectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del útero de la mujer. En algunas ocasiones puede ir acompañada de la resección de las trompas de Falopio y de los ovarios procedimiento que se denomina Salpingo Ooforectomía.

e) Paciente vulnerable: Se refiere a aquellos pacientes que por su condición de salud requieren ayuda de un tercero para atender sus necesidades, correspondiendo aquellos pacientes con grado de dependencia.

f) Psicología del paciente posperado: Teniendo en cuenta que cualquier intervención quirúrgica supone un impacto negativo para la persona, en la atención que se da a los pacientes quirúrgicos no se les da la suficiente importancia a los aspectos psicológicos de los mismos y el consiguiente apoyo que necesitan. En cualquier intervención quirúrgica, y centrándonos en la histerectomía los pacientes sufren una ansiedad, crean miedos y una angustia al igual que sus familiares; haciendo que el preoperatorio y postoperatorio sean más difíciles e incluso más duraderos. Para evitar un estado psicológico negativo, el equipo de salud y fijándonos en el equipo de enfermería, debe de dar siempre una atención individualizada e intentar tener una formación y conocimiento sobre el estado psicológico de su paciente para así poder darle una ayuda más enfocada a su tipo de problema, darle la información necesaria para que entienda todo lo que va a ocurrir y darle apoyo tanto al enfermo como enseñar a sus familiares como pueden ayudarle y por último indicarles en qué lugares pueden encontrar más ayuda centrada en su tipo de intervención o a sus efectos secundarios.

g) La Ooforectomía es la extirpación de un ovario. Puede ser "unilateral", cuando se extirpa uno de los dos ovarios, o "bilateral" cuando son extirpados ambos ovarios.

h) Salpingectomía es la extirpación quirúrgica de una o ambas trompas de Falopio. Las trompas del Falopio sirven como un conducto para que un óvulo viaje desde el ovario hasta el útero. En una salpingectomía unilateral, sólo se extirpa una trompa de Falopio, y en una bilateral, se extirpan ambas trompas.

i) Colporrafia: es un procedimiento quirúrgico para "levantar" la pared anterior o posterior de la vagina y evitar que la vejiga o el recto protuyan. También se define Sutura de un desgarro vaginal o reconstrucción de las paredes de la vagina.

j) Histeroscopia: La histeroscopia es un procedimiento clínico que le permite a un ginecólogo ver el interior del útero por medio de una endoscopia. Este procedimiento puede realizarse con fines de diagnóstico o para tratamientos de patologías intrauterinas y como método de intervención quirúrgica.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de libro de ingresos y egresos, historias clínicas (edad y diagnóstico) y la revisión de datos de la unidad de estadística y epidemiología del hospital II EsSalud Huancavelica durante los años 2013 al 2015. Estos datos son coherentes y están relacionados al tema en estudio.

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

Autorización: se solicitó la autorización respectiva a la jefatura de enfermería, a fin de tener acceso a los registros e historias clínicas.

Recolección de datos: Se coordinó con el responsable de la red de gestión Hospitalaria para la obtención de datos de UGH (unidad de Gestión Hospitalaria) y. Luego se revisaron las historias clínicas y los datos de la unidad de estadística y epidemiología del hospital II EsSalud Huancavelica durante los años 2013 al 2015. Se consolidaron los datos de todos los pacientes sometidos a una histerectomía en el libro de ingresos y egresos del servicio de hospitalización.

Procesamiento de datos: el procesamiento de datos se realizó elaborando un consolidado sobre los pacientes hospitalizados en el servicio de Ginecología. Este consolidado fue extraído de los datos de la unidad de estadística y epidemiología del "Hospital II EsSalud Huancavelica" durante los años 2013 al 2015.

Resultados: los resultados son mostrados en cuadros y gráficos realizados con el programa Excel 2013.

Análisis e interpretación de los resultados: entrelazamos los datos y resultados que se encontraron en la investigación con los datos o información de la base teórica y los antecedentes. En base a los datos y gráficos realizados obtendremos una serie de conclusiones que nos servirán para reafirmar el objetivo del informe.

3.2 Experiencia profesional

Egresé el año 2003, ejerce la Docencia universitaria durante los años 2007 hasta 2008 y luego realice trabajos en Proyectos Sociales en salud en instituciones como ONG Care peru,, Programa Nacional de Alimentos (PMA), INEI, ONG PRISMA y PROGRAMA JUNTOS todos en la Región Huancavelica, en el años 2010 y 2011 trabaje en el Hospital Regional MINSA de Huancavelica en el servicio de Cirugía y Medicina; luego Ingresé a laborar al hospital II EsSalud Huancavelica el 06 de marzo del 2012 en el servicio de Hospitalización, Emergencia y tópico, trabajando turnos en los servicios mencionados; en el servicio de Hospitalización (atendiéndose un promedio de 18 pacientes entre ellos pacientes de cirugía, pediatría, traumatología, medicina, ginecología, urología, otorrinolaringología entre otros), desde el año 2013 hasta la actualidad mis programaciones solo estuvieron en el servicio de Hospitalización.

Siempre el apoyo y la colaboración de los familiares de los pacientes convalecientes es importante porque se observa muchas deficiencias en el cuidado del paciente convalecientes, como también el desconocimiento de la mayoría de los familiares sobre el cuidado en casa después de su alta; por ello se implemento el formato de autorización de permanencia y la obligatoriedad de educar, orientar y aconsejar sobre su recuperación, alimentación, higiene, actividad física y autocuidado para la participación activa del familiar y/o acompañante. También observamos algunas alteraciones en el estado emocional del paciente post operado de histerectomía (rol de madre, esposa y entre otros) la paciente debe estar preparada e informada porque las consecuencias de una histerectomía

no solo es físico también psicológico, todo ello es para minimizar los posibles efectos negativos y volver a tener una vida sexual plena y satisfactoria.

En el servicio de Hospitalización mensualmente ingresan entre 15-20 pacientes en ginecología evidenciándose que la mayoría de ellos son mujeres adultas algunas con patologías asociadas y reingresos frecuentes, convirtiéndose así en usuarios externos frágiles y de cuidado.

Las personas que más acompañan a los pacientes de ginecología son conyugues e hijos a quienes se les preguntó sobre la evolución y la sintomatología de enfermedades asociadas como: osteoartrósis, enfermedades neoplásicas, insuficiencia cardíaca y respiratoria, cirrosis, diabetes, infección del tracto urinario, cardiovasculares, etc. por todo ello ha sido motivo el presente informe de experiencia de trabajo.

Descripción del área laboral

El Hospital II EsSalud Huancavelica fue inaugurado el mes de Octubre del año 1997, actualmente cuenta con cerca de 80,000 adscritos, brindando prestaciones de salud en los servicios de Servicios de Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización, Centro Quirúrgico, y Centro Obstétrico y sus especialidades: Medicina General, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología, Anestesiología, Cardiología, Gastroenterología, Urología, Otorrinolaringología, Traumatología, Oftalmología, Patología (Laboratorio), Medicina Física y Rehabilitación, Enfermería, Odontología, Obstetricia, Nutrición, Psicología, Farmacia y Tópico.

De todos los servicios brindados, el informe describe lo concerniente al servicio de hospitalización Ginecología (Postoperados de histerectomía), donde se atiende a todos los pacientes derivados del servicio de emergencia, consulta externa, Centro quirúrgico y unidad de vigilancia intensiva. En cuanto a la infraestructura existen 10 habitaciones de

hospitalización 23 camas, corresponden a Gine-obstetricia las habitaciones 203 y 204 (3 camas en cada habitación A-B-C).

En el servicio de hospitalización trabajan médicos de las especialidades antes mencionadas en turnos rotativos de 8.00 am – 8.00 pm, 7 enfermeras y 7 técnicos de enfermería en turnos rotativos (24 horas del día).

Funciones desarrolladas en la actualidad

a) Área Asistencial

- Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en el paciente.
- Realizar y controlar la recepción del paciente revisando la historia clínica.
- Identificar, controlar y ejecutar cuidados de enfermería ante pacientes con signos y síntomas de complicaciones.
- Decidir y ejecutar colocación de sonda nasogástrica.
- Ejecutar acciones ante la presencia del dolor y posibles complicaciones.
- Ejecutar la preparación y administración de Medicamentos por diferentes vías.
- Planificar, controlar y ejecutar la preparación del paciente en: radiografías, ecografías y otros.
- Decidir y ejecutar la colocación de sonda vesical.
- Prevenir y detectar úlceras por presión.
- Decidir administrar oxígeno por diferentes métodos.
- Evaluar y comunicar estado neurológico del enfermo a través de la escala de Glasgow.
- Aplicar escala de valoración de Downton y Norton a todos los pacientes que ingresan a hospitalizarse.

b) Área Administrativa

- Planificar, ejecutar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias.
- Diseñar, implementar, evaluar y participar en programas de evaluación de la calidad de las actividades de enfermería.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar y cumplir los principios de asepsia y antisepsia.
- Controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Desarrollar actividades administrativas de la composición del trabajo de equipo de enfermería.
- Participar o dirigir las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas por el equipo de trabajo de enfermería.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.
- Participar en el pase de visitas en conjunto de médicos y enfermera.
- Planificar, controlar y supervisar los pases de visitas.
- Dirigir, controlar y supervisar la entrega de turno en el servicio.

c) Área Docencia

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de salud.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Coordinar cursos, estancias u otros en el servicio.
- Impartir docencia en el puesto de trabajo.

d) Área Investigativa

En el área de investigación, aún no se desarrollan investigaciones, pero se cuenta con guías, protocolos y manuales que se encuentran en constante revisión y actualización.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Para el desarrollo del presente informe describo un caso clínico de una paciente post operada de histerectomía abdominal total, situación relevante para los cuidados de enfermería en pacientes post operados de Histerectomía.

CASO CLÍNICO

Valoración

Paciente mujer de 38 años de edad que ingresa en el mes de Setiembre del 2016 con iniciales J.P.R al servicio de hospitalización (Ginecología) procedente del servicio de UVI con diagnóstico Post Operada de Histerectomía Abdominal Total por miomatosis uterina, Al examen físico se parecía palidez marcada, adelgazada, con tendencia al sueño, quejumbrosa por dolor de herida operatoria y sangrado vaginal escaso, con herida operatoria en región suprapuvica protegida con gasas limpias y secas, con VPP pasando solución salina a XXX gotas X^.

P/A: 90/60 mm/Mg, FR: 20X`, T°:36.8°C, FC: 70X`, SO²: 88% Peso: 50 Kg. Se le instala en su habitación, se evalúa las condiciones como estado emocional, estado físico y se le comunica al familiar sobre su recuperación y su permanencia en el hospital y apoyo en algunas actividades si fuera necesario; Así mismo se le notifica los horarios de las comidas (desayuno, almuerzo y cena), de las visitas y de baño al paciente; haciendo hincapié de la importancia de su participación en dichas actividades en bien de su salud y recuperación

El baño lo supervisa la enfermera y el personal técnico evaluándose la condición física. Se aplica la escala de Norton y Dowton que se

encuentran en las historias clínicas de pacientes hospitalizados, la deambulaci3n y ejercicios en cama con la colaboraci3n del familiar acompa1ante.

El familiar participa activamente en la recuperaci3n del paciente, ayudando en el aseo personal, deambulaci3n y alimentaci3n demostrando mucha entrega y capacidad en estas actividades dando 3nfasis en el aspecto recuperativo.

Problemas y/o necesidades

- ✓ Dolor
- ✓ Ansiedad
- ✓ Riesgo de Hemorragia
- ✓ Riesgo de infecci3n

Diagn3sticos de enfermería

- a) Dolor agudo e/p expresi3n verbal r/c/ intervenci3n quir3rgica
- b) Ansiedad e/p expresi3n verbal r/c posibles riesgos postoperatorios
- c) Riesgo de hemorragia r/c post intervenci3n quir3rgica
- d) Riesgo de Infecci3n r/c intervenci3n quir3rgica, cat3ter venoso y sonda vesical.

Plan de cuidados

VALORACI3N	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	INTERVENCI3N	EVALUACI3N
Paciente mujer de 38 a1os de edad que ingresa en el mes de Setiembre del 2016 con iniciales J.P.R al servicio de hospitalizaci3n (Ginecología) procedente del servicio de UVI con diagn3stico Post Operada de Histerectomía Abdominal Total	Dolor agudo e/p expresi3n verbal r/c/ intervenci3n quir3rgica.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar la intensidad, frecuencia, localizaci3n del dolor aplicando escala de EVA. ✓ Se Administra ketorolaco 60 mg cada 8 horas. lento y diluido en 100 cc de CINA al 9% 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se evidencia mejoría en el paciente y refiere que el dolor ha aliviado.
	Ansiedad e/p expresi3n verbal r/c posibles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se brinda orientaci3n y consejería sobre su recuperaci3n, posibles riesgos en relaci3n a la 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ se evidencia mejoría con ánim0s de seguir haciendo

<p>por miomatosis uterina, Al examen físico se parecía palidez marcada, adelgazada, con tendencia al sueño, quejumbrosa por dolor de herida operatoria y sangrado vaginal escaso, con herida operatoria en región suprapuvica protegida con gasas limpias y secas, con VPP pasando solución salina a XXX gotas X[^].</p> <p>P/A: 90/60 mm/Mg, FR: 20X[^], T°:36.8°C, FC: 70X[^], SO²: 88% Peso: 50 Kg.</p>	riesgos postoperatorios	<p>operación y se efectiviza la interconsulta a Psicología.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se le orienta y explica de que debe disfrutar de lo positivo que puede haber en cada momento. ✓ Realiza ejercicios físico moderados y se supervisora la dieta indicada. 	<p>sus cosas de manera normal y compartiendo experiencias con sus demás compañeras hospitalizados y refiere que está dispuesta a colaborar en su recuperación.</p>
	Riesgo de hemorragia r/c post intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se monitoriza Funciones Biológicas de manera estricta cada 02 horas. ✓ Observar signos y síntomas de hemorragia persistente. ✓ Se observa las características del tapón vaginal, se mide la cantidad de sangrado y se reporta en la hoja de Balance Hídrico estricto. ✓ Paciente en reposo absoluto por 24 horas. ✓ Control de Dextrosa 5%+electrolitos a XXX gotas X[^] y ClNa 9‰ a XV gotas X[^]. ✓ BHE. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se evidencia signos de Hemorragia. ✓ Las funciones biológicas se encuentran en los valores normales. ✓ Sangrado Vaginal escaso, se retira tapón vaginal a las 10 horas post intervención Qx.
	Riesgo de Infección r/c intervención quirúrgica, catéter venoso y sonda vesical.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se realiza curación de heridas junto con el médico tratante. ✓ Se realiza cambio de vías periféricas cada 3 días. ✓ Se retira sonda vesical a las 24 horas post intervención Qx. previa reeducación. ✓ Se administra Metronidazol de 500 mg cada 8 horas EV, LD. ✓ Se Administra Amikacina 1gr, cada día EV. L y D. ✓ Se aplica las técnicas y actividades relacionadas a la bioseguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usencia de fiebre. ✓ Recuento de leucocitos dentro de límites normales para el paciente.

Innovaciones - Aportes

- La teoría de J. Watson me ayudo en el caso clínico a priorizar las necesidades y ayudar a las personas a alcanzar un mayor grado de armonía con la mente, el cuerpo y el alma, lo que hace que tengan lugar procesos de autoconocimiento, respeto propio, auto-curativos y de autocuidado.
- Se logró involucrar la participación del personal en el servicio (trato humanizado con el paciente pos operado de histerectomía).
- Se incorporó las escalas de Downton y Norton en las historias clínicas, para su respectivo llenado y evaluación oportuna, también las escala de EVA para valorar el dolor.
- Se brindó educación individualizada al paciente y a los familiares sobre su recuperación y su inserción a la vida cotidiana normal.

Limitaciones para el desempeño profesional

- Material no adecuado para colocar vías: Bránulas, extensión dis, y esparadrapos y otros.
- Aumento de la carga de trabajo por el tiempo comprometido en reposicionar y reevaluar al paciente.
- Bajo grado de instrucción de familiares de los pacientes no permite que se logre la participación activa en los cuidados de recuperación y alimentación porque algunos presentan patologías asociadas. y falta de apoyo del equipo de gestión para hacer el seguimiento.
- Finalmente las limitaciones para realizar el presente informe fue el tiempo y el dominio del manejo de la tecnología.

IV. RESULTADOS

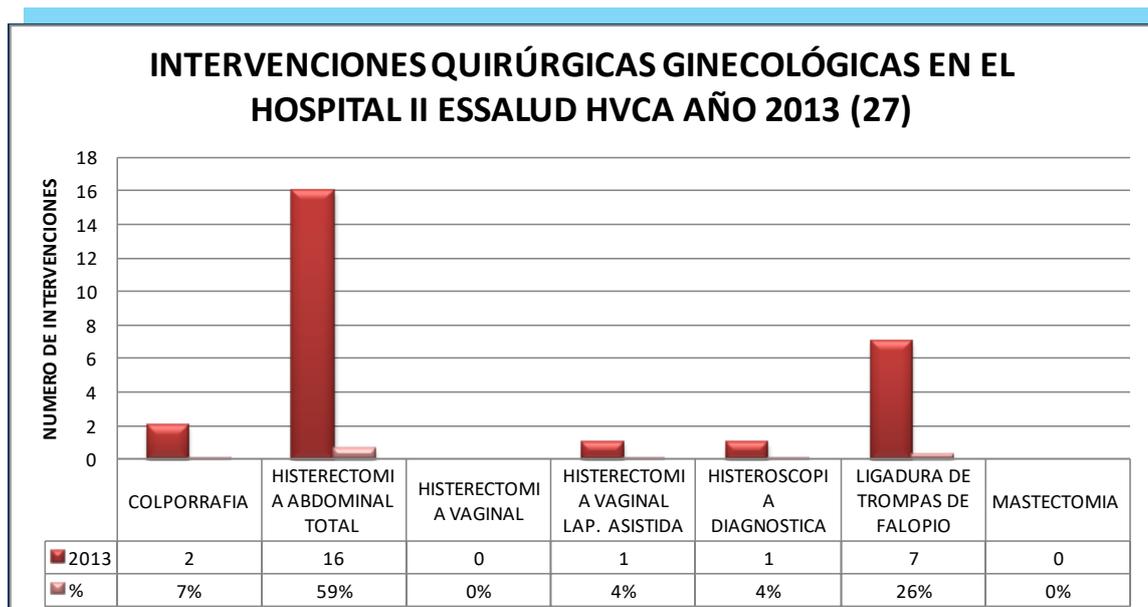
CUADRO 4.1

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECOLÓGICAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD HVCA AÑO 2013

DIAGNOSTICOS	Total	%
COLPORRAFIA	2	7%
HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL	16	59%
HISTERECTOMIA VAGINAL	0	0%
HISTERECTOMIA VAGINAL LAP. ASISTIDA	1	4%
HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	1	4%
LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO	7	26%
MASTECTOMIA	0	0%
Total	27	100%

Fuente: Sistema de Gestión Hospitalaria EsSalud

GRÁFICO 4.1



Fuente: Sistema de Gestión Hospitalaria EsSalud-2015

El cuadro 4.1 nos muestra el diagnóstico y número de casos intervenidos de pacientes ginecológicas en el servicio de Hospitalización del Hospital II EsSalud durante el año 2013.

En el gráfico 4.1 podemos observar que de 27 pacientes con intervención quirúrgica ginecológica 16 son de Histerectomía Abdominal total (HAT) que representa el 59% y siendo de menor prevalencia la mastectomías (cero casos) que representa el 0% del total; por lo que existe una prevalencia en pacientes pos-operadas de HAT en comparación a otros tipos de intervención.

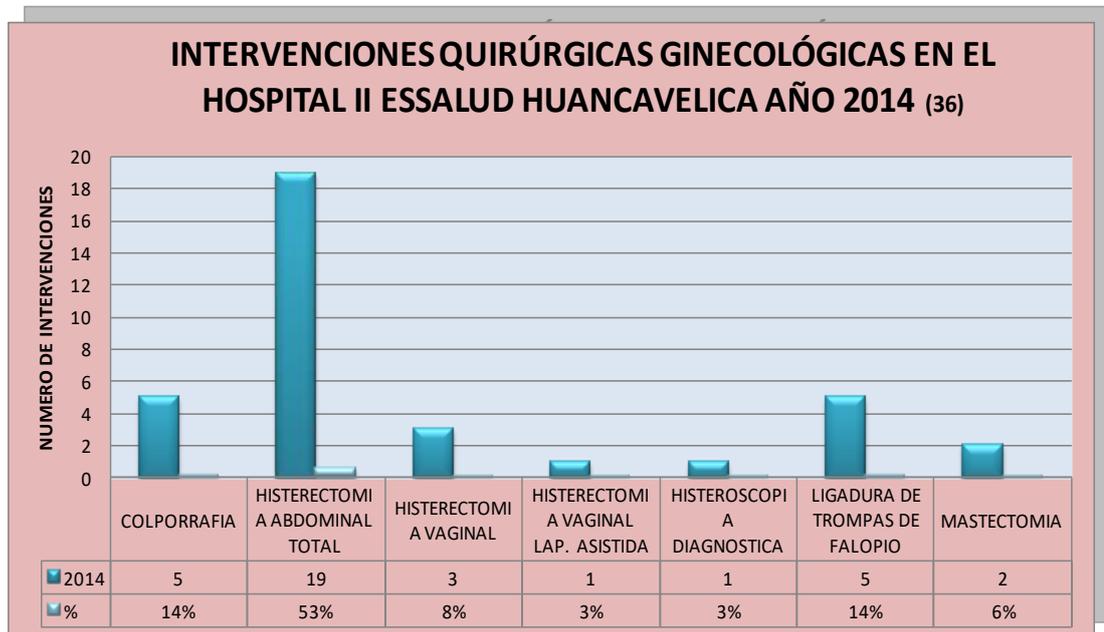
CUADRO 4.2

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECOLÓGICAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUANCAVELICA AÑO 2014

DIAGNOSTICOS	Total	%
COLPORRAFIA	5	20%
HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL	19	49%
HISTERECTOMIA VAGINAL	3	8%
HISTERECTOMIA VAGINAL LAP. ASISTIDA	1	3%
HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	1	3%
LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO	5	13%
MASTECTOMIA	2	5%
Total	36	100%

Fuente: Sistema de Gestión Hospitalaria EsSalud

GRÁFICO 4.2



Fuente: Sistema de Gestión Hospitalaria EsSalud

El cuadro 4.2 nos muestra el diagnóstico y número de casos intervenidos de pacientes ginecológicas en el servicio de Hospitalización del Hospital II EsSalud durante el año 2014.

En el gráfico 4.2 podemos observar que de 36 pacientes con intervención quirúrgica ginecológica 19 son de Histerectomía Abdominal total (HAT) que representa el 53% y siendo de menor prevalencia la Histerectomía vaginal Laparoscópicamente asistida (01 caso) que representa el 3% del total; por lo que existe una prevalencia en pacientes pos-operadas de HAT en comparación a otros tipos de intervención.

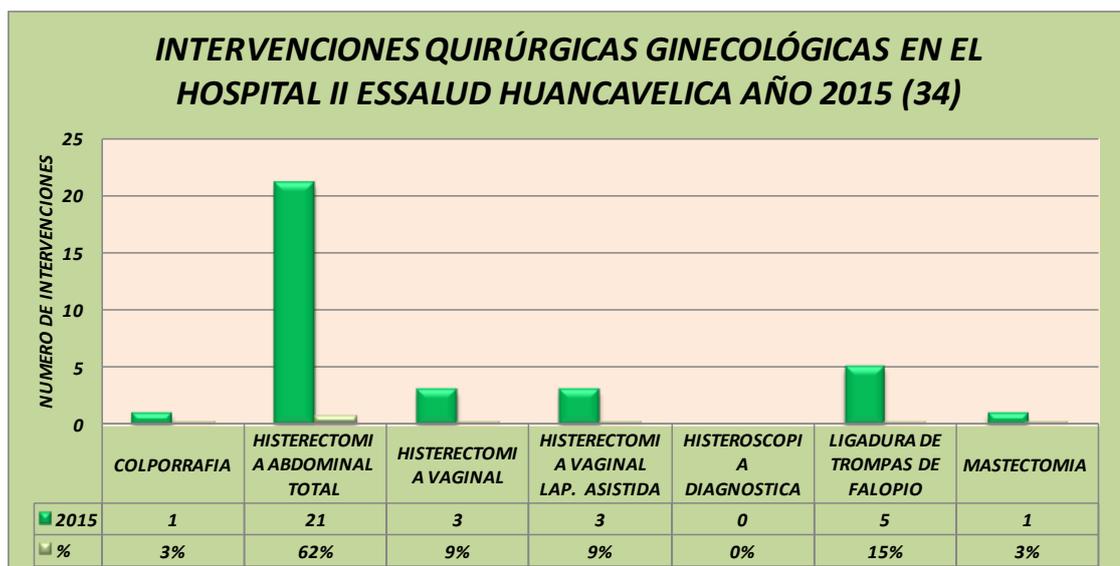
CUADRO 4.3

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECOLÓGICAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUANCVELICA AÑO 2015

DIAGNOSTICOS	Total	%
COLPORRAFIA	1	3%
HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL	21	62%
HISTERECTOMIA VAGINAL	3	9%
HISTERECTOMIA VAGINAL LAP. ASISTIDA	3	9%
HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	0	0%
LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO	5	15%
MASTECTOMIA	1	3%
Total	34	100%

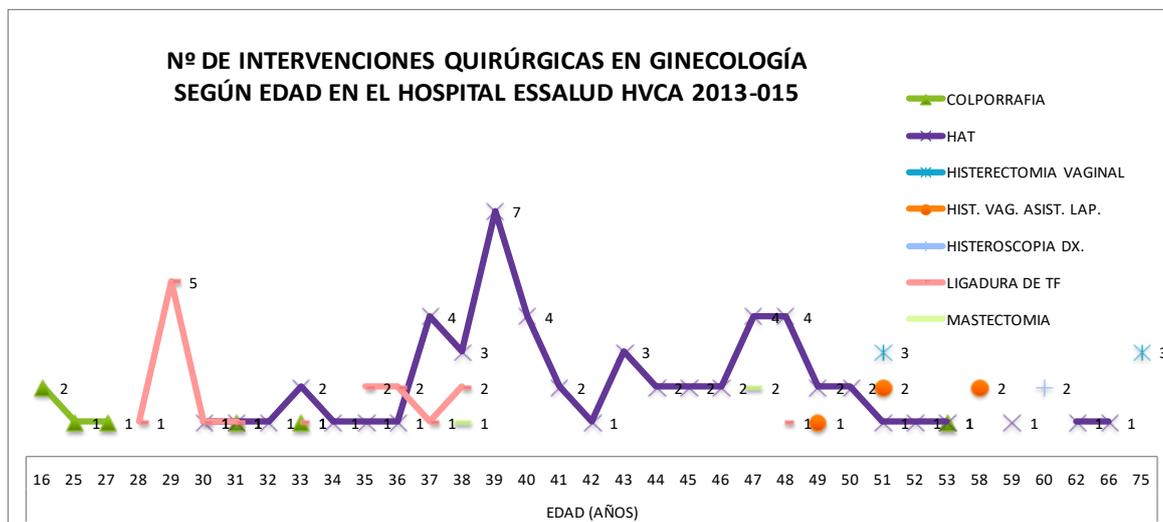
Fuente: Sistema de Gestión Hospitalaria EsSalud

GRÁFICO 4.3



Fuente: Sistema de Gestión Hospitalaria EsSalud

GRAFICO 4.4.



El cuadro 4.4 nos muestra el diagnóstico, número de casos intervenidos quirúrgicamente y edad de pacientes ginecológicas en el servicio de Hospitalización del Hospital II EsSalud durante los años 2013, 2014 y 2015; donde observamos alta prevalencia de intervenciones quirúrgicas de HAT con mayor incidencia entre 37 a 50 años de edad, seguido por las Ligadura de trompas que se encuentran entre las edades de 28 a 38 años de edad.

CUADRO 4.5

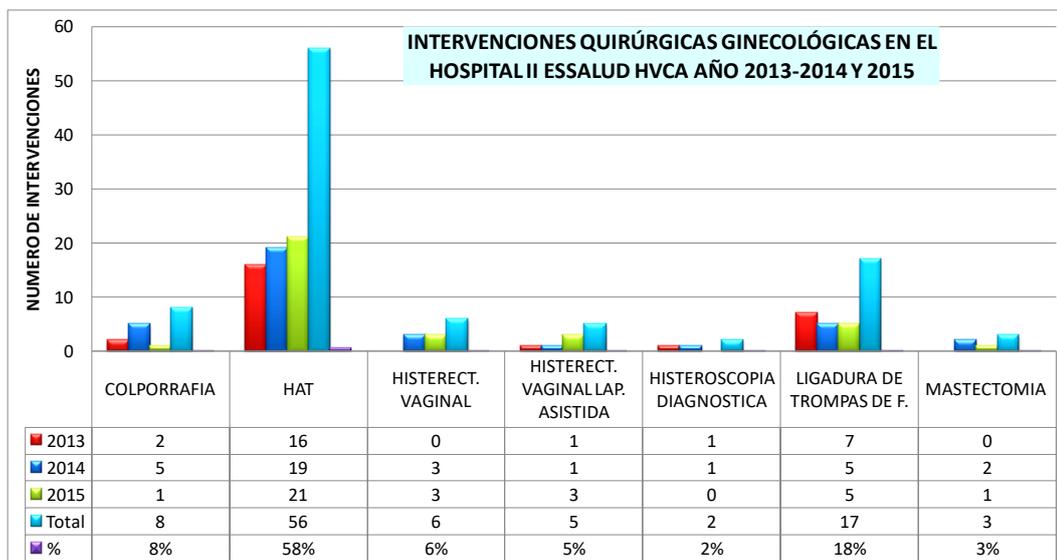
PORCENTAJE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN
GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUANCAVELICA AÑOS
2013, 2014 Y 2015

DIAGNOSTICOS	Total	%
COLPORRAFIA	8	8%
HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL	56	58%
HISTERECTOMIA VAGINAL	6	6%
HISTERECTOMIA VAGINAL LAP. ASISTIDA	5	5%

HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	2	2%
LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO	17	18%
MASTECTOMIA	3	3%
Total	97	100%

Fuente: Sistema de Gestión Hospitalaria EsSalud

GRAFICO 4.5



Fuente: Sistema de Gestrion Hospitalaria Año 2015

El cuadro 4.5 nos muestra el número y porcentaje de pacientes ginecológicas intervenidos quirúrgicamente en el servicio de Hospitalización del Hospital II EsSalud durante los años 2013, 2014 y 2015; donde observamos alta prevalencia de intervenciones quirúrgicas de HAT 56 intervenciones quirúrgicas (58%), y siendo de menor prevalencia la Histeroscopia diagnóstica (02 casos) que representa el 2% del total.

En el gráfico 4.5 podemos observar el consolidado de intervenciones quirúrgicas ginecológicas con 97 casos, siendo de mayor prevalencia las HAT que representa el 58% y siendo de menor prevalencia la Histeroscopia vaginal (02 casos) que representa el 2% del total.

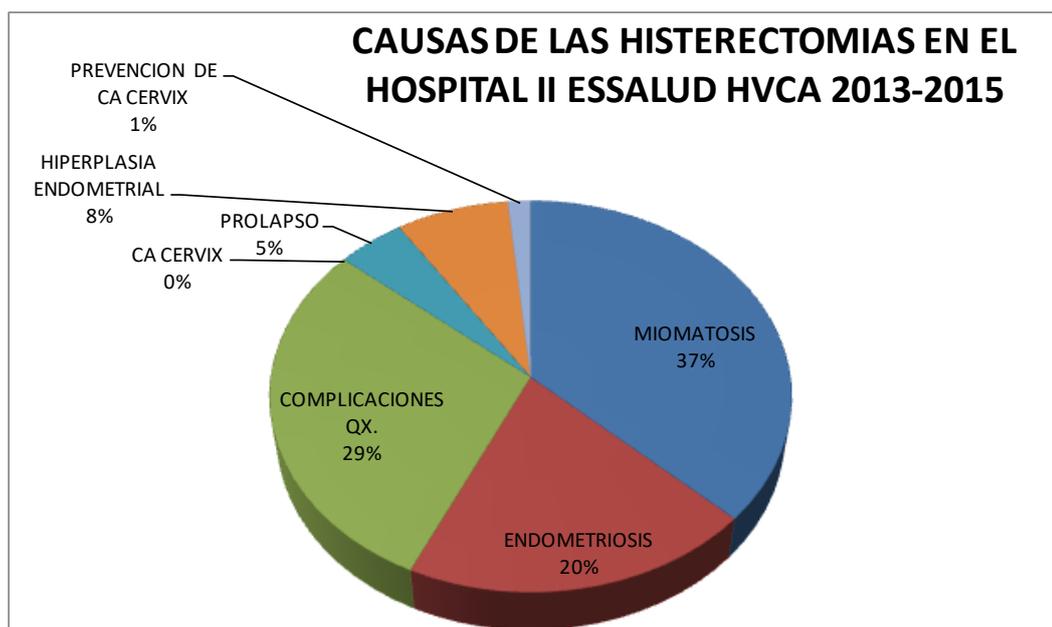
CUADRO 4.6

CAUSAS DE LAS HISTERECTOMIAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD HVCA 2013-2015

HISTERECTOMIA	N° DE CASOS	%
MIOMATOSIS	24	37%
ENDOMETRIOSIS	13	20%
COMPLICACIONES QX.	19	29%
CA CERVIX	0	0%
PROLAPSO	3	5%
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	5	8%
PREVENCION DE CA CERVIX	1	2%
TOTAL	65	100%

Fuente: Sistema de Gestrion Hospitalaria Año 2015

GRAFICO N° 4.6



Fuente: Sistema de Gestrion Hospitalaria Año 2015

El cuadro 4.6 nos muestra las causas y el porcentaje por el cual se realiza las histerectomías en el servicio de Hospitalización del Hospital II EsSalud durante los años 2013, 2014 y 2015; donde observamos alta prevalencia de miomatosis uterinas y también observamos que no se realizan intervenciones por Ca de Cervix porque estos casos se envían a otros hospitales de mayor complejidad y tratamiento especializado.

V. CONCLUSIONES

- a) La histerectomía es y seguirá constituyendo una de las principales cirugías en mujeres en edad reproductiva en especial la histerectomía abdominal.
- b) La histerectomía tuvo un impacto significativo sobre la calidad de vida de las pacientes, que incluye los cambios hormonales, cambios en el estilo de vida y necesidad de adaptaciones en la vida cotidiana y su inserción hacia la sociedad.
- c) El procedimiento quirúrgico más practicado en este grupo de estudio fue la histerectomía abdominal con un 58% del total de pacientes ginecológicas intervenidos quirúrgicamente.
- d) Las estancias hospitalarias fueron mayor en los pacientes con HAT (6 a 8 días) que en las histerectomías Laparoscópicas (4 a 6 días).
- e) En la histerectomía los pacientes sufren una ansiedad predominante, crean miedos y una angustia al igual que sus familiares; haciendo que el preoperatorio y postoperatorio sean más difíciles e incluso más duraderos.
- f) El cuidado de enfermería es y seguirá siendo de mucha importancia en un paciente post operado de Histerectomía, porque gracias a los cuidados, la recuperación será más rápida y satisfactoria.
- g) La experiencia y la preparación adecuada me permitieron que desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente post operado de histerectomía.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado de enfermería en la atención de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica en especial en una histerectomía.
- b) Evaluar permanentemente el cumplimiento de los protocolos de atención al paciente, las cuales deben estar basados en las experiencias del profesional de enfermería.
- c) Establecer planes de cuidados individualizados con énfasis en la atención de enfermería en pacientes quirúrgicos.
- d) Proponer la estandarización de los procesos de atención al paciente postperado, priorizando el cuidado humanizado.
- e) Implementar Instrumentos: Manuales, Guías de intervención y de procedimiento en cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico en especial de Histerectomías.
- f) El monitoreo y evaluación constante del cumplimiento de protocolos de atención al paciente para garantizar una atención de calidad y con enfoque humanizado en pacientes post operadas de histerectomía.
- g) Finalmente la prevención es el recurso inestimable valor en la protección de la salud.

VII. REFERENCIALES

- (1) INDACOCHEA MORAN, ROSA: **Causas y complicaciones de histerectomía abdominal y vaginal, Hospital Gineco-obstétrico de Enrique G. Sotomayor Guayaquil - Ecuador tesis para optar especialidad en ginecología y obstetricia - 2011.** <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/2229> [Consultado el 16 de Noviembre del 2016]
- (2) FERNANDEZ PONCE CARMEN. **Factores Asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal en el Hospital San Bartolomé Lima-Perú, tesis para optar especialidad en ginecología y obstetricia. (2014)** <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3852> [Consultado el 17 de Noviembre del 2016]
- (3) SOLA D, Vicente; RICCI A; PARDO S, Jack and GUILOFF F, Enrique. **HISTERECTOMÍA: UNA MIRADA DESDE EL SUELO PÉLVICO.** Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2006, vol.71, n.5, pp.364-372. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000500012>. [Consultado el 20 de Noviembre del 2016]
- (4) FINLAY CAMAGÜEY, Carlos, Cuba. **“Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general” 2014.** [Consultado el 21 de Noviembre del 2016]
- (5) El Cuidado – Jean Watson. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/jean-watson.html> [Consultado el 22 de Noviembre del 2016]
- (6) ALONSO RODRÍGUEZ, Maria, Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico, (2015)<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17654> [Consultado el 22 de Noviembre del 2016]
- (7) EL RINCON DE ENFERMERIA (2008) PACIENTE QUIRURGICO<http://rinconenfermeria.blogspot.pe/2008/02/paciente-quirurgico.html> [Consultado el 22 de Noviembre del 2016]
- (8) Cedeño M. y Hernández M. Caracas 2010. plan de cuidados en histerectomía..<http://www.monografias.com/trabajos81/histerectomiabdormal/histerectomia-abdominal2.shtml#ixzz4RKY2U2AL> [Consultado el 28 de Noviembre del 2016]
- (9) Revista Medica OPERARME.ES <https://www.operarme.es/noticia/329/la-recuperacion-tras-una-histerectomia-abdominal/> [Consultado el 28 de Noviembre del 2016]
- (10) Lic. Lazaro Mendoza Huaman. Servicio de Hospitalización -Hospital II EsSalud Huancavelica -2016

ANEXOS

**PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA EN PACIENTES ADULTOS
(ESCALA DE J.H. DOWNTON)**

SERVICIO:

CAMA:

APELLIDOS Y NOMBRES:

N.º AUTOGENERADO O HISTORIA CLÍNICA:

VARIABLES		INGRESO	FECHA DE REEVALUACIÓN			
			Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
Caídas previas	No	0	0	0	0	0
	Si	1	1	1	1	1
Uso de medicamentos	Ninguno	0	0	0	0	0
	Tranquilizantes-sedantes	1	1	1	1	1
	Diuréticos	1	1	1	1	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1	1	1	1	1
	Antiparkinsonianos	1	1	1	1	1
	Antidepresivos	1	1	1	1	1
	Otros medicamentos	1	1	1	1	1
Déficit sensorial	Ninguno	0	0	0	0	0
	Alteraciones visuales	1	1	1	1	1
	Alteraciones auditivas	1	1	1	1	1
	Extremidades (ictus,...)	1	1	1	1	1
Estado mental	Orientado	0	0	0	0	0
	Confuso	1	1	1	1	1
Deambulación	Normal	0	0	0	0	0
	Segura con ayuda	1	1	1	1	1
	Insegura con ayuda	1	1	1	1	1
	No deambula	1	1	1	1	1
Puntaje obtenido						

Nota: En paciente con agitación psicomotora de inmediato se considera puntaje alto

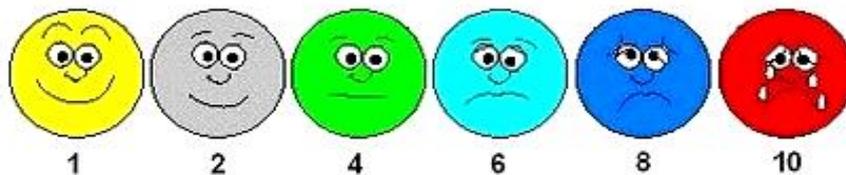
Interpretación del puntaje

- 3 a más = alto riesgo
- 1 a 2 = mediano riesgo
- 0 = bajo riesgo

ESCALA DE NORTON

Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	<i>Muy malo</i>	<i>Pobre</i>	<i>Mediano</i>	<i>Bueno</i>
Incontinencia	<i>Urinaria y fecal</i>	<i>Urinaria o fecal</i>	<i>Ocasional</i>	<i>Ninguna</i>
Estado mental	<i>Estuporoso y/o comatoso</i>	<i>Confuso</i>	<i>Apático</i>	<i>Alerta</i>
Actividad	<i>Encamado</i>	<i>Sentado</i>	<i>Camina con ayuda</i>	<i>Ambulante</i>
Movilidad	<i>Inmóvil</i>	<i>Muy limitada</i>	<i>Disminuida</i>	<i>Total</i>

Escalas de dolor





Fuente: Autoelaboración.



Fuente: Autoelaboración.



Fuente: Autoelaboración.



Fuente: Autoelaboración.



Fuente: Autoelaboración.



Fuente: Autoelaboración.



Fuente: Autoelaboración.



Fuente: Autoelaboración