

Intervención de enfermería en el periodo posoperatorio de paciente sometida a histerectomía abdominal total

Nursing intervention in the postoperative period of a patient undergoing total abdominal hysterectomy

Intervenção de enfermagem no pós-operatório de paciente submetida à histerectomia abdominal total

Nancy Liliana Palacios Gómez¹

<https://orcid.org/0000-0002-6579-5591>

Resumen

Objetivo: Identificar las respuestas humanas de la paciente posoperada de histerectomía abdominal total (HAT) y desarrollar intervenciones de enfermería oportunas. **Caso clínico:** Adulta mayor de 61 años, posoperada de HAT, ingresa al servicio procedente de la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA). Despierta al llamado, confusa, bajo efectos de anestésicos, evidenciado por expresiones verbales, faciales y motoras de dolor, escala de EVA 7/10, piel y mucosas tibias, moderadamente pálidas, mucosa oral semiseca, presencia de herida operatoria sellada, fuerza muscular disminuida en extremidades, movilidad incrementada al dolor, portadora de sonda vesical permeable con diuresis colúrica y volumen disminuido, según reporte intraoperatorio, con pérdida sanguínea de 300 ml. Signos vitales: frecuencia respiratoria de 22 x minuto, frecuencia cardiaca de 102 x minuto, presión arterial de 90/50 mmHg, saturación de oxígeno de 95 %. **Métodos:** Se empleó el método de estudio de caso de enfoque cualitativo, realizado en un hospital nacional en el mes de mayo, utilizando el marco teórico de valoración de Marjory Gordon y las taxonomías NANDA, NOC, NIC. **Resultados:** Se logró la recuperación progresiva de la paciente, se mejora el déficit de volumen de líquidos, disminuye el dolor y se previene las caídas. **Conclusiones:** Las actividades planteadas en el primer diagnóstico se cumplieron en un 85 % y el restante se continuó en los siguientes turnos. En el segundo y en el tercer diagnóstico, se ejecutaron el 100 % de las actividades propuestas. Por lo tanto, las complicaciones posoperatorias se pueden manejar con los cuidados pertinentes y adecuados del profesional de enfermería.

Palabras clave: intervención de enfermería, histerectomía abdominal, miomatosis uterina, cuidados posoperatorios

Abstract

Objective: To identify the human responses of the postoperative total abdominal hysterectomy patient and develop timely nursing interventions. **Clinical case:** An adult woman over 61 years old, who had a postoperative total abdominal hysterectomy, was admitted to the service from the Post-Anesthetic Recovery Unit. Awakes to the call, confused, under anesthetic effects, evidenced by verbal, facial, and motor expressions of pain, EVA scale 7/10, warm, moderately pale skin and mucous membranes, semi-dry oral mucosa, presence of a sealed surgical wound, decreased muscle strength in extremities, increased mobility to pain, carrier of a permeable bladder catheter with choluric diuresis and decreased volume, according to intraoperative report, with blood loss of 300 ml. Vital signs: respiratory rate 22 x minute, heart rate 102 x minute, blood pressure 90/50 mmHg, oxygen saturation 95 %. **Methods:** The qualitative approach case study method was used, carried out in a national hospital in May, using the theoretical framework of evaluation of Marjory Gordon and the NANDA, NOC, and NIC taxonomies. **Results:** Progressive recovery of the patient was achieved, the fluid volume deficit was improved, pain decreased, and falls were prevented. **Conclusions:** The activities proposed in the first diagnosis were fulfilled by 85 %, and the rest were continued in the following shifts. In the second and third diagnoses, 100 % of the proposed activities were executed. Therefore, postoperative complications can be managed with a professional nurse's relevant and adequate care.

Keywords: nursing intervention, abdominal hysterectomy, uterine myomatosis, postoperative care

¹ Universidad Autónoma de Ica (UAI). Ica, Perú

Resumo

Objetivo: Identificar as respostas humanas do paciente pós-operatório de histerectomia abdominal total e desenvolver intervenções de enfermagem oportunas. **Caso clínico:** Uma mulher adulta com mais de 61 anos, submetida a pós-operatório de histerectomia abdominal total, dá entrada no serviço proveniente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA). Acorda ao chamado, confuso, sob efeitos anestésicos, evidenciado por expressões verbais, faciais e motoras de dor, escala EVA 7/10, pele e mucosas quentes, moderadamente pálidas, mucosa oral semi-seca, presença de ferida cirúrgica selada, diminuição força muscular em extremidades, mobilidade aumentada à dor, portadora de cateter vesical permeável com diurese colórica e diminuição de volume, segundo relato intraoperatório, com perda sanguínea de 300 ml. Sinais vitais: frequência respiratória 22 x minuto, frequência cardíaca 102 x minuto, pressão arterial 90/50 mmHg, saturação de oxigênio 95 %. **Métodos:** Utilizou-se o método de estudo de caso de abordagem qualitativa, realizado em um hospital nacional no mês de maio, utilizando o referencial teórico de avaliação de Marjory Gordon e as taxonomias NANDA, NOC, NIC. **Resultados:** A recuperação progressiva do paciente foi alcançada, o déficit de volume de fluidos é melhorado, a dor diminui e as quedas são evitadas. **Conclusões:** As atividades propostas no primeiro diagnóstico foram cumpridas em 85 % e o restante foi continuado nos plantões seguintes. No segundo e terceiro diagnósticos, 100 % das atividades propostas foram executadas. Portanto, as complicações pós-operatórias podem ser manejadas com os cuidados pertinentes e adequados do profissional de enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem, comprometimento pulmonar, pediátrico, fibrose cística

Introducción

Los leiomiomas o miomas, denominados también fibroleiomiomatosis, leiomiomatosis, fibromiomatosis o fibroma uterino, son los tumores uterinos benignos más comunes en la edad reproductiva femenina. Están constituidos por matriz extracelular, colágeno, fibronectina y proteoglicanos. La miomatosis uterina es la anormalidad benigna más frecuente de las enfermedades del útero y su transformación en maligna es excepcional. Son frecuentes en mujeres antes de los 40 años (60 %), en mujeres antes de los 50 años suele presentarse en un 80 %. En las mujeres blancas puede alcanzar una prevalencia del 70 % y del 80 % en el caso de mujeres de raza negra.¹

Se considera una incidencia del 20 al 30 % a nivel mundial y una prevalencia del 5 al 21 %; en Estados Unidos, el costo de diagnóstico y tratamiento asciende de 3 a 5 billones de dólares anualmente; en la mujer peruana, la incidencia es de 0,31 por 1000 mujeres al año, en mujeres de 25 a 31 años, mientras que, en las mujeres de 45 a 50 años, la incidencia se eleva hasta 6,2 por 1000.^{2,3}

Actualmente, se desconoce su etiología y se asocian algunos factores de riesgo como edad, raza, índice de masa corporal (IMC), herencia, factores reproductivos (menarquia temprana, nuliparidad), hormonas sexuales, obesidad, estilo de vida (dieta, consumo de café, alcohol, tabaco, sedentarismo y estrés), antecedentes patológicos como la hipertensión arterial y familiares.^{1,3}

La mayoría de los miomas uterinos son asintomáticos, sin embargo, puede observarse hemorragia uterina anormal (30 %), dolor pélvico (25 %), dificultades para la concepción (15 %) y otros, ocasionando más adelante anemia, infertilidad, subfertilidad, alteración en la implantación embrionaria, pérdida gestacional recurrente, parto pretérmino e incontinencia urinaria.^{1,4}

El diagnóstico se basa en el hallazgo del aumento de tamaño del útero, movilidad, contornos irregulares a la exploración manual, y asociado a ello, el dolor a la palpación.¹ Actualmente, existen métodos y técnicas de diagnóstico para los miomas; en primer lugar, se encuentra la ecografía transvaginal, seguido de la histerosonografía, la resonancia magnética y la histeroscopia.⁵

El tratamiento empleado dependerá del objetivo que se quiere alcanzar, de las necesidades de la paciente y de las características del mioma. En el caso de miomas pequeños o que se presentan en mujeres cerca de la menopausia y no suelen producir síntomas, con frecuencia no necesitan tratamiento, pero sí seguimiento continuo.³ En caso de leiomiomas asociados a sintomatología presente, se emplea tratamiento farmacológico, principalmente para aliviar temporalmente los síntomas, evitar complicaciones de la intervención quirúrgica, permitir la conservación del útero o preservar la fertilidad.^{1,4}

En presencia de sangrado uterino anormal o síntomas relacionados con el tamaño del mioma, infertilidad o abortos recurrentes, el tratamiento quirúrgico indicado es la histerectomía. Este procedimiento también se realizará cuando el mioma incrementa sus dimensiones en pacientes asintomáticas después de la menopausia y sin terapia hormonal. El especialista puede recomendar otros tratamientos alternativos, como la miomectomía por diversos accesos: ablación endometrial, embolización de las arterias uterinas, cirugía con ultrasonido dirigido por resonancia magnética y la miólisis.¹

Históricamente, la histerectomía ha sido un procedimiento terapéutico en enfermedades como miomatosis, adenomiosis, prolapso uterino, dolor pélvico crónico y hemorragia uterina anormal resistente a manejos médicos.⁶

En cirugía ginecológica, la histerectomía es el procedimiento más frecuente, de 5,6 por 1000 mujeres a nivel mundial. En Estados Unidos se realizan 650000 histerectomías anualmente, en México se efectúa una histerectomía por cada 243 embarazos.⁷ En nuestro país, son escasos los trabajos sobre este tema en particular.

La histerectomía puede ser total o subtotal, se clasifica de acuerdo a su abordaje en: histerectomía abdominal (HA), histerectomía vaginal (HV) o histerectomía laparoscópica (HL). La HA y la elección dependerá de la indicación y pericia médica, particularidades del útero: movilidad y tamaño.⁸

La HA es más frecuente debido a la exposición y mejor visión de la cavidad abdominal en situaciones como presencia de adherencias por cirugías previas y endometriosis.⁸ Por su parte, la HV es recomendada por su manejo menos invasivo, menor tiempo de recuperación, menos complicaciones, por lo tanto, menor costo y mejor resultado estético.⁹ La HL presenta mayor ventaja con respecto al tiempo de recuperación y baja mortalidad, sin embargo, su aplicación es menor.⁶

Las intervenciones quirúrgicas presentan riesgos y complicaciones que determinarán la recuperación de la paciente y el manejo oportuno por parte del profesional de la salud. Entre las complicaciones frecuentes de la histerectomía abdominal se consideran: choque hipovolémico o séptico, coagulación intravascular diseminada (CID), hemorragia transoperatoria, hematoma abdominopélvico, anemia, formación de fístulas vesicovaginales, uterovaginales y rectovaginales, lesión de órganos cercanos como la vejiga o de las vías urinarias. Las complicaciones menos frecuentes son fiebre, infección y hemorragia en la herida operatoria o en la cúpula vaginal y dehiscencia de la herida operatoria.⁷

Método

El estudio de caso de enfoque cualitativo se realizó en el Servicio de Ginecología del Hospital Sergio Bernal de Comas; como fundamento y modelo teórico, se empleó la valoración propuesta por Marjory Gordon, con los datos pertinentes de la paciente adulta mayor posoperada de histerectomía abdominal total por miomatosis uterina. Para la elaboración y la priorización de los diagnósticos de enfermería se empleó la taxonomía NANDA, undécima edición; los resultados y los logros a obtener se codificaron y enfocaron de acuerdo a la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification), sexta edición; las intervenciones de enfermería fueron codificadas según la taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification), séptima edición. Se elaboraron las tablas establecidas, en las cuales se describen e interpretan los resultados que finalmente serán sometidos a discusión.¹⁰⁻¹²

Caso clínico

Mujer adulta mayor de 61 años, con antecedente de hipertensión arterial y quistectomía de anexo derecho. Presenta diagnóstico de ingreso: tumoración abdominopélvica por miomatosis uterina; actualmente, en periodo posoperatorio por histerectomía abdominal total (HAT); despierta al llamado, confusa, bajo efectos de anestésicos; escala de Glasgow (EG) 13/15 puntos, con expresiones faciales, verbales y motoras de dolor; escala visual analógica del dolor (EVA) 7/10 puntos; en reposo gástrico (nada por vía oral NPO); al examen físico, se observa piel y mucosas tibias (temperatura de 36,8 °C), moderadamente pálidas, mucosa oral semiseca, abdomen blando y doloroso a la palpación, presencia de herida operatoria (vertical, de más o menos 15 cm) sellada con apósitos secos y limpios, se auscultan ruidos intestinales,

portadora de sonda vesical permeable con diuresis colúrica y volumen disminuido, presenta vía periférica permeable perfundiendo solución salina de 0,9 %, según reporte intraoperatorio con pérdida sanguínea de 300 ml y tumoración gigante de 30 cm, dependiente de anexo izquierdo, al control de signos vitales: frecuencia respiratoria de 22 x minuto, frecuencia cardiaca de 102 x minuto, presión arterial 90/50 mmHg, saturación de oxígeno de 95 %.

Exámenes auxiliares

Hemoglobina de 9,7 mg/dl
Hematocrito 28,5 %
Glucosa 100 mg/dl
RPR (-)
VDRL (-)
VIH (-)
PAP (-)
Ecografía pélvica: miomatosis uterina

Valoración de enfermería

Patrón I

Percepción - manejo de la salud: paciente con antecedente de hipertensión arterial.

Patrón II

Nutricional - metabólico: piel y mucosas de moderada palidez, mucosa oral semiseca, en NPO. Peso: 67 kg, talla: 158 cm, constitución física normal.

Patrón III

Eliminación vesical: portador de sonda vesical, flujo urinario disminuído, orina colúrica. Eliminación intestinal: normal.

Patrón IV

Actividad - ejercicio: paciente confusa, fuerza muscular disminuida, movilidad incrementada al dolor, frecuencia cardiaca 102 x minuto, presión arterial 90/50 mmHg.

Patrón V

Sueño - descanso: confusa, bajo efectos de anestésico, periodos breves de sueño.

Patrón VI

Perceptivo - cognitivo: despierta al llamado, confusa, con expresiones faciales y verbales de dolor en herida operatoria, escala de EVA 7/10, escala de Glasgow 13/15 puntos: RM (6), RV (4), RO (3), pupilas isocóricas y reactivas.

Patrón VII

Auto percepción - autoconcepto
Autovaloración: paciente bajo efectos de anestesia.
Sentimientos expresados: paciente bajo efectos de anestesia.

Patrón VIII

Rol - relaciones: paciente adulta mayor, cuenta con apoyo económico de esposo y uno de los hijos, quienes permanecen atentos a las necesidades de la paciente. Sus otros dos hijos no se apersonan y no toman interés por la salud de la paciente.

Patrón IX

Sexualidad - reproducción: no evaluable.

Patrón X

Adaptación - tolerancia al estrés: no evaluable, percepción del apoyo familiar; algunos familiares (hijos) no muestran interés por la salud de la paciente. La toma de decisiones ante el tratamiento de la paciente es asumida por el esposo.

Patrón XI

Valores - creencias

Creencias a ser consideradas: religión católica.

Priorización de diagnósticos enfermeros

(00027) Déficit del volumen de líquidos relacionado con ingesta insuficiente de líquidos, evidenciado por mucosa oral semiseca, oliguria, FC = 102 x minuto, presión arterial: 90/50 mmHg, sangrado intraoperatorio 300 ml (tabla 1).

(00132) Dolor relacionado con lesión por agente físico, evidenciado por expresiones verbales, faciales y motoras de dolor, escala de EVA 7/10 (tabla 2).

(00155) Riesgo de caídas, según lo evidenciado, fuerza muscular disminuida, movilidad incrementada al dolor (tabla 3).

Tabla 1

Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00027) déficit del volumen de líquidos

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervención de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00027) Déficit del volumen de líquidos relacionado con ingesta insuficiente de líquidos, evidenciado por mucosa oral semiseca, orina colúrica, oliguria, FC = 102 x minuto, presión arterial: 90/50 mmHg, sangrado intraoperatorio 300 ml.	0601 Equilibrio hídrico	4120 Manejo de líquidos	060117 Humedad de membranas mucosas (+1) 4 (LC)
	Indicadores:	Actividades:	
	060117 Humedad de membranas mucosas (3) MC Mantener a: 3 Aumentar a: 4	4120.01 Realizar un registro preciso de entradas y salidas.	060101 Presión arterial (+2) 5 (NC)
	060101 Presión arterial (3) MC Mantener a: 3 Aumentar a: 4	4120.02 Monitorizar los signos vitales.	
		4120.03 Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado, y presión arterial).	
		4120.04 Observar si hay signos de sobrecarga/retención de líquidos: crepitantes, elevación de la PVC, edema, distensión de las venas del cuello y ascitis.	
		4120.05 Administrar terapia intravenosa según prescripción médica.	
	4120.06 Administrar líquidos según corresponda.		
	4120.07 Realizar sondaje, si es posible y valorar las características de la orina (color, volumen, etc.)		

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, basado en Herdman H. (2018), p. 200; Moorhead S. (2018), p. 367; Butcher H. (2018), p. 298

Tabla 2

Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00132) dolor

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervención de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00132) Dolor relacionado a lesión por agente físico evidenciado por expresiones verbales, faciales y motoras de dolor, escala de EVA 7/10.	2102 Nivel del dolor Indicadores: 210206 Expresiones faciales de dolor (3) M Mantener a: 3 Aumentar a: 4 210208 Inquietud (3) M Mantener a: 3 Aumentar a: 4	1410 Manejo del dolor: agudo.12 Actividades: 1410.01 Realizar una valoración exhaustiva del dolor, que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. 1410.02 Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable, apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación. 1410.03 Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. 1410.04 Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario. 1410.05 Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos. 1410.06 Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito	210206 Expresiones faciales de dolor (+1) 4 (L) 210208 Inquietud (+1) 4 (L)

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, basado en Herdman H. (2018), p. 468; Moorhead S. (2018), p. 466; Butcher H. (2018), p. 306

Tabla 3

Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00132) dolor

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de evaluación NOC	Intervención de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
(00155) Riesgo de caídas según lo evidenciado, paciente confusa, EG 13/15, fuerza muscular disminuida en extremidades, movilidad incrementada al dolor.	0917 Estado neurológico periférico. 091710 Función motora bilateral (4) LC Mantener a: 4 Aumentar a: 5 091729 Tono muscular bilateral.	2620 Monitorización neurológica: Actividades: 2620.01 Vigilar el nivel de conciencia 2620.02 Comprobar el nivel de orientación 2620.03 Vigilar las tendencias de la escala de Glasgow. 2620.04 Monitorizar los signos vitales (p. ej., temperatura, presión arterial, pulso, respiraciones). 2620.05 Monitorizar el tono muscular, el movimiento motor, la marcha y la propiocepción comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente. 2620.06 Comprobar la respuesta a estímulos (p. ej., verbal, táctil y lesivos) y colocar dispositivos de protección (barandas y frenos de la cama).	091710 Función motora bilateral. (+1) 5 (NC) 091729 Tono muscular bilateral (+1) 5 (NC)

Fuente: Elaboración propia con base de datos de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, basado en Herdman H. (2018), p. 408; Moorhead S. (2018), p. 396-397; Butcher H. (2018), p. 345

Discusión

El presente estudio se realizó empleando el método de caso clínico a una paciente adulta mayor posoperada de histerectomía abdominal total por miomatosis uterina, con el objetivo de determinar las intervenciones de enfermería y ejecutarlas de manera integral y sistemática, y con ello, identificar dificultades para subsanarlas oportunamente y contribuir a la recuperación de la paciente. Los resultados señalan las metas planteadas al inicio del proceso para mejorar el bienestar de la paciente, reducir complicaciones y el tiempo de hospitalización, a través de la ejecución de los cuidados de enfermería. A continuación, se muestran los resultados de las intervenciones de la enfermera.

En el primer diagnóstico de enfermería, déficit del volumen de líquidos, las intervenciones se ejecutaron en un 85 %, el 15 % se continuó en los siguientes turnos. Para la NANDA, déficit de volumen corresponde a la disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.¹⁰ La HAT permite la visualización de mayor campo operatorio y con ello, acceso a órganos pélvicos de gran tamaño o adherencias extensas que permiten al especialista ser preciso durante la intervención quirúrgica. Sin embargo, las complicaciones como la hemorragia posoperatoria severa y las complicaciones tromboembólicas ocupan los primeros lugares en este tipo de cirugías.¹³ La hemorragia en el periodo intraoperatorio se puede presentar al lesionar grandes vasos y arterias y vasos sanguíneos ubicados en la región pélvica, aunado a ello, factores de riesgo de la paciente: obesidad, útero miomatoso sangrante y adherencias en los órganos adyacentes.¹⁴ Es importante considerar las intervenciones puntuales y específicas de la enfermera a través de la identificación de signos de alarma de la pérdida de líquidos o estado de choque en curso y la administración o reposición de ellos, en un trabajo conjunto con el equipo multidisciplinario a cargo de la paciente.

En referencia al segundo diagnóstico, dolor, se ejecutaron al 100 % alcanzando la mejoría progresiva de la paciente. La NANDA define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.¹⁰ Según la ASA (American Society of Anesthesiologists), el dolor posoperatorio es el que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable. Por lo tanto, si no se realiza adecuada y oportunamente se verá afectada la calidad de vida de la paciente, su recuperación funcional y aumenta el riesgo de complicaciones posoperatorias.¹⁵ Es imperante la actuación del personal de enfermería para aliviar el dolor a través de medidas terapéuticas prescritas y actividades de relajación que disminuyan las situaciones de dolor que experimente la paciente, además, se debe tener en cuenta el umbral del dolor, características del dolor y factores que contribuyen a precipitar el cuadro en forma individualizada.

Para el tercer diagnóstico de enfermería, riesgo de caídas, las intervenciones programadas se efectuaron al 100 %, evitando episodios de caída en la paciente. La agitación constituye una de las complicaciones poco frecuentes en pacientes (entre el 10 y el 15 %) mayores de 65 años, luego de ser sometidos a anestesia general.¹⁶ Sin embargo, mientras el proceso de depuración y eliminación de la anestesia se va dando, la paciente puede presentar signos de agitación y disconfort que deben ser valorados por el profesional de enfermería y tomar medidas para evitar accidentes.

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería se desarrolló con base en la elaboración y ejecución del plan de cuidados de enfermería, aplicando las guías científicas de la profesión: NANDA, NIC y NOC. Luego de la valoración, se priorizaron los diagnósticos enfermeros y las intervenciones pertinentes que corresponden a las necesidades, así como a los problemas reales y potenciales de la paciente. El enfoque del ser humano como ser biopsicosocial con respuestas humanas propias permitió cubrir las necesidades de cuidado de la paciente en todas sus dimensiones y con ello alcanzar su pronta recuperación.

Se priorizaron tres diagnósticos enfermeros, alcanzando el puntaje diana planteado en cada uno de ellos. En el diagnóstico (00027) déficit del volumen de líquidos se determinó el criterio de evaluación NOC 0601 equilibrio hídrico, considerándose los siguientes indicadores: a) 060117 humedad de membranas mucosas, que contó con una puntuación de inicio de «mantener a 3», planteándose luego la puntuación

diana a alcanzar de «aumentar a 4»; luego de las intervenciones de enfermería se logró alcanzar el puntaje diana propuesto, b) 060101 presión arterial, que contó con una puntuación de inicio de «mantener a 3», planteándose luego la puntuación diana a alcanzar de «aumentar a 4»; luego de las intervenciones planificadas y ejecutadas oportunamente por el profesional de enfermería, se superó el puntaje diana propuesto hasta 5.

Para el diagnóstico (00132) dolor se empleó el criterio de evaluación NOC 2102 nivel del dolor, considerándose los siguientes indicadores: a) 210206 expresiones faciales de dolor, que contó con una puntuación de inicio de «mantener a 3», planteándose luego la puntuación diana a alcanzar de «aumentar a 4»; posterior a las intervenciones de enfermería, se alcanzó el puntaje diana propuesto, b) 210208 inquietud, con una puntuación de inicio de «mantener a 3», se estableció una puntuación diana de «aumentar a 4»; luego de las intervenciones de enfermería se logró el puntaje diana propuesto, con ello, mejoró significativamente la comodidad de la paciente y su disposición para asumir su autocuidado. Para el diagnóstico (00155) riesgo de caídas se seleccionó el criterio de evaluación NOC 0917 estado neurológico periférico, se tuvo en cuenta los siguientes indicadores: a) 091710 función motora bilateral, que contó con una puntuación de inicio de «mantener a 4», planteándose luego la puntuación diana a alcanzar de «aumentar a 5»; luego de las intervenciones de enfermería se logró el puntaje diana propuesto, b) 091729 tono muscular bilateral, con una puntuación de inicio de «mantener a 4», planteándose luego la puntuación diana a alcanzar de «aumentar a 5»; luego de las intervenciones de enfermería se logró alcanzar el puntaje diana propuesto, evitando con ello un accidente que complicaría y prolongaría la recuperación de la paciente.

Referencias

- Hernández M, Valerio E, Tercero Z, Barrón J, Luna M. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecol Obstet Mex*. Septiembre de 2017; 85(9):611-633. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom179h.pdf>
- Chacón de Velasco J. Factores asociados a miomatosis uterina en pacientes del Hospital de Vitarte, Lima, 2014-2018. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019. Disponible en http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2963/UNFV_CHAC%C3%93N_DE_VELASCO_JOSMELL_ALEJANDRO_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Francia F. Factores clínicos y epidemiológicos asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero 2016 a diciembre 2018. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2021. Disponible en <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/4079/FFRANCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sepúlveda A, Alarcón M. Manejo médico de la miomatosis uterina. Revisión de la literatura. *REV CHIL OBSTET GINECOL*. 2016; 81(1): 48-55. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n1/art09.pdf>
- Sociedad española de fertilidad. Manejo de la paciente con miomas uterino y deseo reproductivo. Guía de práctica clínica basada en la evidencia versión corregida. España: La Sociedad; 2021:114 Disponible en <https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/libros/miomasReproductivos.pdf>
- Morgan F, Cervin C, Baez J, Esquivel B, López G, Quevedo E. Comparación de la morbilidad operatoria entre Histerectomía laparoscópica y abdominal. *Rev Med UAS*. julio-septiembre de 2019; 9(3):123-132. Disponible en <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v9/n3/histerectomia.pdf>
- Genaro M, Bautista N, Rodríguez L, Loredó F, Vega J, Becerril A, Barros S. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *REV CHIL OBSTET GINECOL*. Enero de 2017; 82(5):526-533. Disponible en <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v82n5/0048-766X-rchog-82-05-0526.pdf>
- Zavaleta L. Prevalencia de complicaciones de histerectomía abdominal en un hospital público durante el periodo julio 2020 a julio 2021. [Tesis para optar el título de Especialista en ginecología y obstetricia]. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 2021. Disponible en https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/10041/Prevalencia_ZavaletaZarate_Lisete.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Correa J, Pandales H, Román V, Palacio B, Zuleta J. Impacto de la histerectomía abdominal total y de

- la histerectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida y satisfacción sexual. Estudio de cohortes, Medellín, 2015. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2017 enero-marzo; 68:12-24. Disponible en http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n1/es_v68n1a02.pdf
10. Heather H, Kamitsuru S. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020.* 11.a. ed. España: Elsevier; 2019: 497. ISBN 9788491134503
 11. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud.* 6.a. ed. España: Elsevier; 2019: 668, ISBN 978607150950
 12. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).* 7.a. ed. España: Elsevier; 2019: 506, ISBN 978607150950
 13. Anicama K. *Histerectomía abdominal y vaginal, Hospital María auxiliadora, 2018.* [Tesis para optar el título de segunda especialidad en ginecología y Obstetricia]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2019. Disponible en https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4817/anicama_mkl.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 14. Guerra, M. *Abordaje psico-espiritual en ansiedad en pacientes postoperadas de histerectomía: intervención de enfermería.* [Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en Gineco obstetricia]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2019. Disponible en https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1912/Magdalena_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 15. Pérez A, Aragón M, Torres L. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? *Rev Soc Esp Dolor* 2017; 24(1):1-3. Disponible en <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v24n1/editorial.pdf>
 16. Espinoza E, Prince S, Arce B, Ayala Y, Lugo J, Félix P, Serna R, Peraza F. Frecuencia de complicaciones inmediatas en pacientes sometidos a cirugía bajo anestesia general en la Unidad de Cuidados Postanestésicos. *Rev Med UAS.* Abril-junio de 2017; 7(2): 52-59.

Correspondencia

nanliliana12pg@gmail.com

Fecha de recepción: 07/10/2022

Fecha de aceptación: 25/10/2022