



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado (a) en enfermería.

TEMA DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 32 AÑOS CON HISTERECTOMIA TOTAL

AUTORA

ROXANA CLARA MONSERRATE LINO

TUTORA

Msc. IVONNE ARACELY CAMINO BRAVO

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

2020

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	II
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
TITULO DEL CASO CLINICO	VI
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCION.....	1
I. MARCO TEORICO	2
Histerectomía	2
Epidemiología.....	3
Manifestaciones Clínicas.....	¡Error! Marcador no definido.
Diagnóstico y complicaciones	¡Error! Marcador no definido.
Tratamiento	¡Error! Marcador no definido.
Prevención	¡Error! Marcador no definido.
1.1. Justificación.....	9
1.2. Objetivos	10
1.2.1 Objetivo general	10
1.2.2. Objetivos específicos	10
1.3. Datos generales	11
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	12
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	12
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	12
2.3.1 VALORACION CEFALO – CAUDAL	¡Error! Marcador no definido.

2.3.3 PATRONES FUNCIONES ALTERADOS.....	17
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.....	17
Hallazgo del laboratorio.....	¡Error! Marcador no definido.
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	22
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	23
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales	27
2.8 Seguimiento	27
2.9. Observaciones	28
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES	¡Error! Marcador no definido.
Referencias Bibliográficas	30
ANEXOS.	¡Error! Marcador no definido.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi familia que con esfuerzo y dedicación, juntos y con su ayuda estoy ya culminando mi faceta de profesional, sin ustedes no lo hubiese logrado.

A mis padres y a mi esposo, y en especial a mi hijo esto es por ustedes y para ustedes, los amo.

Este tema lo dedico a todas las mujeres jóvenes que atraviesan por este proceso y que con la ayuda y orientación de profesionales de enfermería logran aceptar la nueva oportunidad de vida, y afrontar los cambios que se establecen después de una Histerectomía Total.

ROXANA CLARA MONSERRATE LINO

AGRADECIMIENTO

A Dios sobre todo las cosas porque sin él no estaría en este momento terminando mi carrera y a mi familia que han estado conmigo en las buenas y las malas, a las autoridades y docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo de la carrera de enfermería por permitirme formarme como profesional en esta importante institución.

ROXANA CLARA MONSERRATE LINO

TITULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 32 AÑOS CON
HISTERECTOMIA TOTAL**

RESUMEN

El mioma uterino, es un tumor benigno constituido por de tejido conectivo, y puede estar localizado en el útero o alrededor de éste, pero en casos extraordinarios pueden diseminarse. Presenta una incidencia en el 30% de las mujeres, y alrededor del 40-50% en las mujeres mayores de años, es decir predomina en mujeres de 35 a 50 años o más.

Las causas son desconocidas, pero se cree que se produce de una célula única de tipo muscular lisa. También se cree que las hormonas femeninas como progesterona, los estrógenos, y el factor de crecimiento epidérmico lograrían incitar su crecimiento.

Entre las manifestaciones clínicas atribuidas a esta patología se encuentra el aumento y distorsión uterina, dolor lumbar, pesadez pélvica o abdominal, presión en intestino o vejiga, lo que ocasiona frecuencia miccional, menorragia, dismenorrea, hemorragia intermenstrual que se presenta en el 30-40% de las pacientes, dolor agudo puede ser con torsión o degeneración.

La resolución para el mioma uterino consiste en tratamiento quirúrgico (histerectomía o miomectomía) en caso de síntomas inmanejables, crecimiento rápido o diagnóstico incierto.

El presente caso clínico corresponde a una paciente femenina de 32 años de edad con dolor abdominal de tres semanas de evolución, hemorragia vaginal, a causa de útero miomatoso, el cual se decide tratamiento quirúrgico, dicho aquello va a permitir establecer las necesidades y/o problemas de salud que presenta la paciente mediante el reconocimiento oportuno de diagnósticos de enfermería y la aplicación de los cuidados de enfermería de manera integrada, obteniendo resultados favorables que ayudan a mejorar la salud del paciente.

Palabras claves:

Útero, Mioma, Histerectomía, Hemorragia, dolor pélvico.

ABSTRACT

Uterine myoma is a benign tumor made up of connective tissue, and it can be located in or around the uterus, but in extraordinary cases it can spread. It has an incidence in 30% of women, and around 40-50% in women over the age of years, that is, predominantly in women aged 35 to 50 years or more.

The causes are unknown, but it is believed that a single smooth muscle-type cell is produced. It is also believed that female hormones such as progesterone, estrogens, and epidermal growth factor would be able to stimulate their growth.

Among the clinical manifestations attributed to this pathology is uterine enlargement and distortion, lumbar pain, pelvic or abdominal heaviness, pressure in the intestine or bladder, which causes frequency of urination, menorrhagia, dysmenorrhea, intermenstrual bleeding that occurs in the 30-40 % of patients, acute pain can be with torsion or degeneration.

Resolution for uterine myoma consists of surgical treatment (hysterectomy or myomectomy) in case of unmanageable symptoms, rapid growth, or uncertain diagnosis.

The present clinical case corresponds to a 32-year-old female patient with abdominal pain of three weeks of evolution, vaginal bleeding, due to myomatous uterus, which surgical treatment is decided, said that will allow to establish the needs and / or health problems presented by the patient through the timely recognition of nursing diagnoses and the application of nursing care in an integrated manner, obtaining favorable results that help improve the patient's health.

Keywords:

Uterus, Myoma, Hysterectomy, Hemorrhage, pelvic pain.

INTRODUCCION

Los miomas uterinos son los tumores ginecológicos más comunes, con una prevalencia de entre 70% y 80% en mujeres de 50 años. La distribución en los diferentes grupos etarios responde a los cambios hormonales particulares del ciclo vital de una mujer; no han sido descritos en mujeres premenárquicas y de modo eventual durante la adolescencia. Muestran un pico a los 40 años y por lo común regresan después de la menopausia.(Cuello F, Miranda H, & Ralph T, 2017)

En muchos de los casos, son asintomáticos y solo compone un hallazgo al examen ginecológico o en ecografías de rutina. No obstante, entre 20% y 50% de los miomas uterinos pueden manifestar síntomas e impactar en forma elocuente la calidad de vida de la mujer durante su etapa reproductiva, en el ámbito sexual, relaciones interpersonales, desarrollo laboral, y familiares.(Cuello F, Miranda H, & Ralph T, 2017)

La histerectomía abdominal es la más frecuente utilizada para el tratamiento definitivo de los miomas; para determinar la elección quirúrgica requiere de un juicio cuidadoso, y tener en cuenta diversos factores tales como los síntomas, la edad, el deseo de tener hijos, etc.

El presente caso clínico tiene como objetivo establecer las actividades que realiza el profesional durante la estadía hospitalaria, cumpliendo con el proceso de atención de enfermería en la paciente con mioma uterino e intervención quirúrgica de Histerectomía Total.

I. MARCO TEORICO

Miomatosis Uterina

Es una neoplasia benigna del útero, que se conoce popularmente con el nombre de “fibroma” y desde el punto de vista anatomopatológico como leiomioma, liomioma y fibromioma, de acuerdo con el predominio de las fibras musculares lisas o la cantidad de tejido fibroso.(Rigol Ricardo & Santisteban Alba, 2014)

La frecuencia de esta enfermedad hace que sea uno de los diagnósticos más comunes en las pacientes intervenidas quirúrgicamente en los servicios de ginecología y de cirugía general. Aparece, sobre todo, entre los 30-50 años, aunque en la actualidad se diagnostica más temprano por el uso tan difundido de la ultrasonografía, lo que permite el diagnóstico de tumores muy pequeños, antes de que sean capaces de provocar síntomas. Se señala una mayor frecuencia en mujeres negras, mestizas y nulíparas. Pueden ser únicos o múltiples y ubicarse en cualquier lugar del útero.(Rigol Ricardo & Santisteban Alba, 2014)

Según su localización se dividen en cuatro grupos. En la actualidad, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propone un sistema de subclasificación.

- Submucosos: Se proyectan a la cavidad uterina.
- Intramurales: Ocupan el espesor del miometrio. Pueden ser lo suficientemente grandes para abarcar toda la pared y deformar la serosa uterina o la cavidad endometrial.
- Subserosos: Se proyectan sobre la serosa uterina. Pueden ser pediculados o sésiles, y ocupar áreas como el ligamento ancho, denominándose miomas intraligamentarios.

- Cervicales: Se localizan de preferencia en el cuello más que en el cuerpo uterino.(Cuello F, Miranda H, & Ralph T, 2017)

Etiología

Se desconoce la causa de estas lesiones. Son más frecuentes en las mujeres de origen afrocaribeño, con sobrepeso, nulíparas, que sufren síndrome del ovario poliquístico (SOPQ), menarquia precoz, diabetes, hipertensión o que tienen antecedentes familiares de miomas. Durante el embarazo aumentan de tamaño y la menopausia se asocia a involución.(Symonds , Sabaratnam Arulkumaran , & Symonds , 2014)

Epidemiología

Para (Sepúlveda A. & Alarcón N, 2016) “Los miomas uterinos son los tumores pélvicos femeninos más comunes, con una prevalencia del 20% al 40% en edad reproductiva, sin embargo, su prevalencia puede llegar hasta un 70% en mujeres blancas y 80% en mujeres de raza negra”

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico mayor más frecuente en la ginecología, y aproximadamente el 90 % de estas son realizadas por causas benignas. En un estudio realizado se concluye, que la indicación más frecuente para histerectomía abdominal total fue la miomatosis uterina asociada a sangrado vaginal y dolor pélvico, en especial en mujeres premenopáusicas, existiendo correlación con la ecografía y la anatomía patológica. Presentándose una baja morbilidad (6%) asociada a ITU e infección de herida operatoria (2%).(Gastby, 2011)

Manifestaciones Clínicas

Un 50% de las mujeres con miomas son asintomáticas y este trastorno se descubre durante una exploración ginecológica por otro motivo: bien para obtener una citología cervicovaginal o durante un embarazo. Cuando aparecen síntomas, con frecuencia dependen de la localización. Los síntomas de presentación más frecuentes son:

- Hemorragia uterina disfuncional: los miomas submucosos e intramurales son causa frecuente de HUD. Los submucosos pueden producir una hemorragia vaginal irregular, sobre todo si se asocian a una endometritis o si la superficie de la lesión se necrosa o ulcera. Aunque es raro, los miomas submucosos pueden protruir a través del cérvix y causar una hemorragia profusa.

- Dolor: el dolor es un síntoma bastante frecuente que puede asociarse a una HUD. Se produce un dolor agudo en general por torsión del pedículo de un mioma pediculado, prolapso de un mioma submucoso a través del cérvix o por la denominada «degeneración roja» asociada al embarazo, en la cual se produce una hemorragia en el seno de la lesión miomatosa y el consiguiente dolor agudo.

- Síntomas por presión: una gran masa de miomas puede hacerse evidente por aumento de tamaño palpable del abdomen o por la presión sobre el recto o la vejiga. Las mujeres pueden referir una reducción de la capacidad vesical con aumento de la frecuencia urinaria y nicturia. Un mioma de la pared posterior que comprime el rectosigma puede provocar estreñimiento o tenesmo.

- Complicaciones del embarazo: los abortos de repetición son más habituales en las mujeres con miomas submucosos. Los miomas suelen aumentar de tamaño durante

la gestación y es más probable que en este momento experimenten una degeneración roja. Un mioma grande localizado en la pelvis puede obstruir el parto o dificultar la cesárea. Existe un mayor riesgo de hemorragia posparto y la presencia de miomas aumenta el riesgo de amenaza de parto prematuro y la morbilidad perinatal.

- Infertilidad: Hasta un 30% de las mujeres con este tipo de lesiones refieren dificultades para la concepción. Los miomas con más riesgo de influir de forma negativa sobre la fertilidad son los submucosos y los intramurales, en comparación con los subserosos. El mecanismo puede ser mecánico, hormonal o por un efecto sobre factores reguladores locales a nivel molecular.(Symonds , Sabaratnam Arulkumaran , & Symonds , 2014)

Diagnóstico

Se sospecha en base a los síntomas y examen físico, confirmándose con imágenes. Al examen pélvico bimanual, por lo usual se identifica un útero aumentado de tamaño, móvil, de superficie irregular y consistencia incrementada. Es importante completar el examen con la evaluación de los anexos y cuello uterino para descartar patologías asociadas. En ocasiones es posible visualizar a la especuloscopia miomas uterinos submucosos prolapsados a través del canal endocervical. Habitual se manifiestan con sangrado y dolor hipogástrico agudo por la distensión del cuello uterino.

Casi siempre puede realizarse clínicamente por el cuadro clínico y el examen físico, a veces como un hallazgo en mujeres que consultan por otras causas o al realizar el examen preventivo ginecológico; otras veces las pacientes van a consulta por palpase un tumor. El examen físico puede determinar el tamaño, la forma y

consistencia del útero y los nódulos, su localización (intramurales y subserosos), así como el parto del mioma en el examen con espéculo. Por la histerosalpingografía y la histeroscopia se pueden diagnosticar los miomas submucosos. La ultrasonografía es el medio más útil hoy, e identifica muy tempranamente tumores muy pequeños y otros de localización muy difícil, así como descarta el diagnóstico diferencial del embarazo y tumores sólidos de ovario. (Rigol Ricardo & Santisteban Alba, 2014)

Tratamiento

La necesidad y elección de una intervención debe ser individualizada en la situación clínica. En pacientes cuya indicación quirúrgica son los síntomas urinarios, se debe realizar un estudio urológico completo destinado a descartar otras posibles causas de los síntomas previo a la cirugía por miomas.(Cuello F, Miranda H, & Ralph T, 2017)

Manejo médico: El manejo médico actual apunta a la respuesta que presentan los miomas al estímulo hormonal y todas las terapias se orientan a regular el efecto del estrógeno y la progesterona sobre los miomas uterinos. Sin embargo, no hay ningún agente farmacológico que sea curativo, por lo que su rol se limita en lo fundamental al control de los síntomas, a la reducción del tamaño del mioma o de las pérdidas sanguíneas asociadas a esta patología. Hasta ahora, la terapia farmacológica ha demostrada una eficacia limitada y diversos efectos adversos. Algunas nuevas terapias que actúan a nivel de receptores y genes están siendo investigadas.(Cuello F, Miranda H, & Ralph T, 2017)

Miomas uterinos asintomáticos. La mayoría de los miomas son asintomáticos y constituyen un hallazgo usual en ecografías ginecológicas. Como son tumores benignos cuyo diagnóstico es clínico y no requiere de confirmación histológica en la

mayoría de los casos, pueden mantenerse en seguimiento clínico o de imágenes. Hay casos de progresión y regresión de la enfermedad, por lo tanto mientras sean asintomáticos no requieren tratamiento y la terapia profiláctica para evitar futuras complicaciones no está recomendada.(Cuello F, Miranda H, & Ralph T, 2017)

Miomas uterinos sintomáticos. El principal objetivo en el tratamiento de los miomas uterinos es el alivio sintomático. El tipo de tratamiento será individualizado, basado en aspectos como el tipo y severidad de los síntomas, tamaño y localización de los miomas, edad de la paciente y deseo de paridad futura.(Cuello F, Miranda H, & Ralph T, 2017)

Tratamiento quirúrgico

Histerectomía. Es el tratamiento definitivo para los miomas uterinos, produce alivio completo de los síntomas y evita las recurrencias. Se recomienda en casos seleccionados, como mujeres con sangrado uterino anormal agudo que no responden a las otras terapias, mujeres con paridad cumplida con comorbilidades como endometriosis, adenomiosis, neoplasia intraepitelial cervical, etcétera, mujeres con fracaso del tratamiento quirúrgico conservador previo y aquellas con síntomas severos con miomas múltiples y deseo de resolución definitiva.(Cuello F, Miranda H, & Ralph T, 2017)

Histerectomía abdominal: Es aún la cirugía más frecuentemente utilizada para el tratamiento definitivo de los miomas, a pesar de la tendencia actual a sustituirlas por las otras formas de histerectomía y por los procedimientos conservadores del útero. Se deberá considerar solo en las pacientes que no desean tener más hijos. La histerectomía con o sin ooforectomía no incrementa la morbilidad, aunque lo ideal es

no extirpar los ovarios antes de los 45 años a menos que se detecte alguna patología ovárica.(González Gutiérrez & Paduro Barón, 2012)

No debemos olvidar que la histerectomía en frecuencia, es la segunda cirugía ginecológica después de la cesárea en mujeres en edad reproductiva. En Estados Unidos se estima en 650.000 histerectomías cada año. La mayor cantidad de histerectomías se encuentra en el grupo etario de 40 a 44 años. Si se considera el grupo entre los 45 y 54 años, la frecuencia de esta cirugía aumentó desde 8,9 por 1000 en 1994 a 10 por 1000 en 1999. En EEUU un tercio de las mujeres a los 60 años han sido sometidas a una histerectomía y el 60% se realiza por vía abdominal. Una revisión publicada en 2003 demostró que la principal causa por la que ginecólogos continúan indicando principalmente la histerectomía total abdominal, es que se sienten más seguros con esta técnica y/o la conocen mejor, y en segundo lugar creen que es necesario remover el cuello por el riesgo futuro de cáncer.(Solà D, Ricci A., Pardo S, & Guiloff F, 2006)

1.1. Justificación

Los miomas uterinos son los tumores benignos más habituales del aparato genital femenino y se presentan desde un punto de vista clínico en aproximadamente el 25% de las mujeres. Se trata de tumores del músculo liso, con enorme variabilidad de tamaño, que oscila desde proliferaciones microscópicas a grandes masas, que pueden alcanzar los 35-40 kg de peso.

En nuestro país, la región que más se encuentra afectada por problemas ginecológicos es la Costa, en donde el índice se ha incrementado en los últimos cinco años a un 45%, en comparación a los años anteriores, mientras que la región de la Sierra y Oriente el índice sigue con una prevalencia del 25%, lo que fácilmente indica que el descuido en las consultas ginecológicas existe más en la región de la costa, influyendo en la culminación de una cirugía como la histerectomía total.

Se puede considerar que la histerectomía total es una cirugía que debe ser tomada con toda conciencia. Para que se llegue a esta resolución es porque la paciente lo requirió por sus múltiples problemas ginecológicos.

El cuidado Enfermero en esta patología es fundamental, debido a que la enfermera al estar en contacto con la paciente, mediante la valoración por patrones funcionales puede evitar complicaciones que se pueden originar en el postoperatorio y además brindar el confort respectivo, aliviando el dolor a través de actividades dependientes y propias de Enfermería.

1.2. Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Aplicar el proceso de Atención de enfermería en una paciente de 32 años de edad, con diagnóstico de histerectomía por útero miomatoso

1.2.2. Objetivos específicos

- Valorar el estado de salud de la paciente por medio de patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Diagnosticar al paciente por medio de la taxonomía NANDA.
- Evaluar los resultados de las intervenciones de Enfermería propuestas

1.3. Datos generales

- **Nombre :** NN
- **Edad:** 32 años.
- **Sexo:** Femenino.
- **Estado civil:** Casada.
- **Fecha de nacimiento:** 15 de octubre de 1988.
- **Lugar de nacimiento:** Quevedo.
- **Lugar de residencia:** Quevedo
- **Partos:** 2 cesáreas segmentadas.
- **Abortos:** Ninguno
- **Grupo sanguíneo:** O RH positivo.
- **Antecedentes personales:** Miomatosis uterina, fibromas uterinos.
- **Antecedentes familiares:** Hipertensión arterial, diabetes.
- **Antecedentes quirúrgicos:** 2 cesáreas.
- **Religión:** católica.
- **Instrucción:** Superior.
- **Ocupación:** Servidora pública.
- **Dirección:** Ciudadela “El Guayacán”, manzana 78 villa 18.

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente

Motivo de la consulta

Paciente femenino de 32 años consiente, orientada en tiempo, espacio, persona y lugar con diagnóstico de ecografía de útero miomatoso, a la altura del ombligo se palpa una masa, presencia de edema en miembros inferiores, refiere que mantiene dolor pélvico, sangrado abundante por más de 12 días, al momento se encuentra con medicación diclofenaco por su cuenta para calmar la inflamación y dolor, se refiere a ginecología e ingreso para cirugía de Histerectomía radical.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes personales	Antecedentes familiares	Antecedentes alérgicos	Antecedentes quirúrgicos
Utero miomatoso (Fibromas uterinos)	Hipertensión Diabetes Leucemia	No refiere	Dos cesáreas

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente femenina de 32 años de edad, se la recibe a las 10: 00 am, se conversa con su esposo sobre el procedimiento a realizar, manifiesta que no ha ingerido alimentos durante las últimas 12 horas, niega alergias, se verifica chequeo pre quirúrgico, es trasladada al quirófano en silla de ruedas. En el transquirúrgico se coloca en mesa quirúrgica, se procede a hacer primera pausa quirúrgica, medico anestesiólogo mediante normas de asepsia y antisepsia procede a colocar anestesia

epidural, se procede a realizar segunda pausa quirúrgica, se visualiza útero con miomas y sus anexos, el cual es extraído el útero, transquirúrgico sin novedades, se realiza tercera pausa quirúrgica, paciente sale consiente, orientada a la sala de recuperación con signos vitales: Fc.- 68lx'; Fr.- 16rx'; T°.- 36,2°C; SatO2: 96, T/A: 97/65mmHg, Escala de Bromage: 100%.

2.3. Examen físico

Cabeza: Normocefálica, con buena implantación sin presencia de cicatrices, no tumores ni malformaciones,

Ojos. Movimientos oculares pupilas isocóricas foto reactivas, sacos lagrimales permeables, sin edemas.

Oído: Simétricos, con buena agudeza auditiva, sin lesiones.

Nariz y senos para nasales: Simétricos, permeables con escasas secreciones.

Cuello: Simétrico sin adenopatía.

Tórax: Simétrico, sin ruidos patológicos.

Abdomen: Doloroso a la palpación con movimientos peristálticos aumentados, a la altura del ombligo se palpa una masa dura.

Genitales: Normales, por el momento refiere sangrado de periodo menstrual.

Extremidades superiores: Simétricas y funcionales

Extremidades inferiores: Simétricas y funcionales con presencia de Edema.

Medidas antropométricas

Peso: 70 kg	Talla: 1.67.cm	IMC: 22,04
--------------------	-----------------------	-------------------

2.3.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES

(TEORÍAS DE MARJORY GORDON)

Paciente adulta de sexo femenino consciente, orientado en tiempo espacio y persona, facies pálidas, rostro expresivo al dolor.

Patrón 1.- Percepción – Manejo de la Salud.

Paciente de sexo femenino de 32 años, con estado de salud comprometido desde hace tres meses, toma antiinflamatorios para calmar el dolor pélvico; no fuma, y bebe ocasionalmente; diagnosticada con miomas uterinos hace 4 años.

Patrón 2.- Nutricional – metabólico.

Tiene un peso de 70 kg y una altura de 1.67 cm e índice de masa corporal de 22,04 considerando que ha bajado cerca de 5 kilos de su peso normal, piel y mucosas pálidas, ha perdido el apetito, ingesta insuficiente solo se alimenta de líquidos, cuando desea, y no de comidas sólidas, porque mantiene flatulencias todo el tiempo, no consume suplementos; presencia de edema en miembros inferiores. Piel pálida en el postquirúrgico.

Patrón 3.- Eliminación.

Eliminación intestinal: Frecuencia una vez al día, de características blandas, color marrón, menciona algunas ocasiones suele estreñirse; Diuresis: Frecuencia miccional aumentada de 10 a 12 veces al día, orina de color amarilla,

Postquirúrgico: se encuentra con drenaje de herida quirúrgica, también cuenta con colector de orina sonda vesical hasta 48 horas después.

Patrón 4.- Actividad – Ejercicio.

Durante los últimos 6 meses antes de la cirugía, su actividad laboral y física se limitó la causa los dolores, la inflamación, y metrorragia, en el trabajo se mantiene con permisos médicos, por reposo y recomendación médica.

No ruidos patológicos, paciente en el postquirúrgico encamada con limitación de la movilidad, Escala de Bromage: 100%

Patrón 5.- Sueño - Descanso.

Paciente trabaja 12 horas en la mañana o en la noche, siente molestia por el dolor, en ocasiones no logra conciliar el sueño, duerme en intervalos cortos.

Patrón 6.- Cognitivo – Perceptual.

Postoperatorio: Paciente con instrucción superior, orientada en tiempo, espacio y persona, GLASGOW: 15/15, EVA de 7/10, se trata con analgesia prescrita.

Patrón 7.- Auto percepción – Autoconcepto.

Paciente colaboradora, le preocupan los cambios físicos que ha producido la patología, le producen ansiedad los síntomas y teme por su vida.

Patrón 8.- Rol – Relaciones

Mantiene una relación afectiva de respeto, amor y cuidado por parte del esposo, viven con sus dos hijas, se entristece al saber que se encuentra limitada en ciertas actividades que desea hacer, participar con su familia, pero no puede, lo que desea es recuperarse lo más pronto posible y retomar las funciones que realizaba antes. Manifiesta que tiene el apoyo de su familia, que siente que no se encuentra sola.

Patrón 9.- Sexualidad – Reproducción.

Primera menarquia a los 12 años, menstruación abundante que no cesa, tiene dos gestaciones con productos vivos, no abortos, dispareunia y menciona que su sexualidad se ha visto comprometida por que el dolor muchas veces es insoportable, teme mucho perder a su esposo, revisiones ginecológicas última hace cinco años atrás. Se le realiza procedimiento quirúrgico: Histerectomía radical.

Patrón 10.- Adaptación – Tolerancia

Paciente con preocupación prolongada por su patología, con ayuda familiar satisfactoria, se han producido cambios importantes en su vida, su esposo dejó su negocio propio por la salud de ella.

Postquirúrgico: Paciente tranquila, colabora a pesar de su malestar, indica que se siente mejor.

Patrón 11.- Valores – creencias.

Familia católica, con planes al futuro de retomar sus actividades y el negocio de su esposo.

2.3.3 PATRONES FUNCIONES ALTERADOS.

- Patrón1.- Percepción – Manejo de la Salud.
- Patrón2.- Nutricional – metabólico
- Patrón 3.- Eliminación
- Patrón4.- Actividad- ejercicio
- Patrón 6.- Cognitivo-Perceptual
- Patrón 9.- Sexualidad-Reproducción

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

BIOMETRIA HEMATICA

EXAMEN	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
Glóbulos blancos	8.22	4.40 10.50 x103/ul
Neutrófilos	3.79	1.40 8.30 x103/ul
Linfocitos	3.69	1.10 2.80 x103/ul
Monocitos	0.42	X103/ul
Eosinófilos	0.24	0.08 0.44 x103/ul
Basófilos	0.04	0.00 2.00x103/ul

Neutrófilos	46.1	39.0 76.0 %
Linfocitos	44.9	20.0 44.9 %
Monocitos	5.1	5.0 10.0 %
Eosinófilos	2.9	0.0 5.8 %
Basófilos	0.5	0.0 1.2 %
Recuento de G. Rojos	4.56	3.90 5.60 M/uL
Hemoglobina	12.9	12.6 17.3 g/dl%
Hematocrito	38.2	36 -44 %
Volumen Corpuscular Medio	83.8	79.5 95.0 fl
HB Corpuscular Media	28.3	27.1 33.0 g/dl
Concent. HB Corpuscular media	33.8	33.0 36.0 g/dl
Ancho Distribución de G.R.S.D.	40.5	35 45 fl
Ancho Distribución G.R.C.V.%	13.2	12.5 14.6 %
Plaquetas	246	165 450 x103/ul
Volumen medio plaquetario	11.5	8.4 12.4 fl
Grupo Sanguíneo y Factor Rh.	O RH POSITIVO	

QUIMICA SANGUINEA

EXAMEN	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
Glucosa (70-110 mg%)	92	70 110 mg/dL

Urea (14-40 mg/100 ml)	18	10 50 mg/dL
Creatinina	0.58	0.50 0.90mg/dL
Colesterol Total (150-250mg%)	211	76 210 mg/dL
Triglicéridos	126	70 150 mg/dL
Ácido Úrico (2.5-5.0mg%)	5.0	2.4 7.0 mg/dL
TGO V.NORM(hasta 31)	30	10- 40 U/L
TGP V.NORM(hasta31)	44	10 - 40 U/L

INMUNOQUIMICA

EXAMEN	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
TSH	3.66 Uiu/mL	Adultos: 0.27-4.2
T3	1.44 ng/mL	Adultos: 0.80-2.00
T4	1.29 ng/dL	0.90 1.70

INDICE DE ROMA

EXAMEN	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
HE4	30.1 Pmol/L	<40 hasta 60.5
C.A 125	22.14	0.00 35.00 U/ml
INDICE DE ROMA	2.4%	PREMENOPAUSICA >=11.4% ALTO RIESGO <11.4% BAJO RIESGO

PRUEBAS SEROLOGICAS

EXAMEN	RESULTADO
VDRL	NO REACTIVO

EXAMEN DE ORINA

Color: Amarillo	Aspecto: Claro
Densidad: 1014	Ph: 6.0
Leucocitos en orina: Negativo /HPF	Nitritos: Negativo
Proteínas: Negativo mg/dl	Glucosa en Orina: Normal mg/dl
Cuerpos Cetónicos: Negativo mg/dl	Urobilinógeno: Normal mg/dl
Bilirrubinas: Negativo mg/dl	Sangre: 0.40 /HPF
Células altas: Negativo	Células bajas: Negativo

Hematíes: Negativo /uL	Piocitos: Negativo /campo
Bacterias: Negativo	Cilindros: Negativo
Cristales: Negativo	<ul style="list-style-type: none"> - Oxalato de Calcio - Fosfatos Amorfos - Ácido úrico - Uratos amorfos - Urato sódico <p>Observaciones: NEGATIVO</p>

Microbiología

Cultivo de orina.....Sin crecimiento bacteriano

Coagulación

Tiempo de Coagulación.....	5 min	4.0- 7.0 min
Tiempo de Protrombina.....	10.5 seg	12.0-14.0 seg
TTP.....	27.0 seg	25.0- 43.0 seg

Eco Doppler Transvaginal

En los que corresponde al Eco Doppler Transvaginal se estable el Dx de paciente con la siguiente conclusión:

1. Útero miomatoso (Mioma intramural en número de (1), miomas submucosos en número de dos (2) y miomas subserosos en número de once (11).
2. Endometrio no VALORABLE por presencia de miomas submucosos.
3. Ovarios No valorables por la presencia de miomas subserosos de diferentes tamaños, los mismos que provocan desplazamiento del útero y por la presencia de abundantes gases.

CITOLOGIA: Papanicolaou Frotis de cuello uterino, Diag. MICROSCOPICO

El frotis muestra severos cambios inflamatorios en células exo y endocervicales, leucocitosis, flora bacteriana mixta aumentada, eritrocitos, displasia de células escamosas, metaplasia escamosa++.

Exámenes de laboratorios después de la intervención quirúrgica

Existen valores anormales donde se presentan niveles bajos de glóbulos rojos 2.300.000 mm³, el hematocrito presenta un valor de 30.50% que nos indica un nivel inferior al normal y en la hemoglobina un valor de 8.15 g/dl que está relacionada con el tipo de anemia moderada.

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

- **Diagnóstico presuntivo:** Hemorragia uterina disfuncional
Déficit de volumen de líquido. RC. Sangrado menstrual profuso.
- **Diagnóstico diferencial:** Neoplasia
Estreñimiento. RC Obstrucción asociada con la presencia de tumor

- **Diagnóstico definitivo:** Miomas tuterinos
Dolor agudo. RC Proceso Quirúrgico.

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

- **Biológico:** Antecedentes familiares, tías con histerectomías antes de los 40 años.
- **Físico:** Estado de salud comprometido debido a metrorragia que puede acarrear complicaciones
- **Ambiental:** No relaciona
- **Social:** Falta de atención médica, descuido en los chequeos ginecológicos

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Después de la cirugía.

- Reposo absoluto durante el tiempo que corresponde.
- Deambular con la ayuda de la enfermera durante después de 8 horas de la cirugía.
- Control de los signos vitales
- Control del balance hídrico
- Control de la sonda y drenaje
- Control y cambio de la vía periférica durante el tiempo que se encuentre ingresada la paciente.
- Retiro de terapia del dolor
- Administración de medicación prescritos
- Notificar novedades del estado y evolución si existiesen
- Brindar confort durante su estadía hospitalaria.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Dolor agudo R/C Proceso Quirúrgico E/P: Facies de dolor. Verbalización del dolor.
Limitación de movimiento

Este es el diagnóstico enfermero que considero, es el más afectado en la paciente que se le realizó la histerectomía total, de esta manera se brindó los cuidados apropiados para su recuperación y confort.

NANDA:00132
NOC: 2102
NIC: 1400



Dx Real.- 00132: DOLOR AGUDO



R/C Agentes lesivos físicos
 (Histerectomía abdominal)

E/P: Facies de dolor., Verbalización del dolor.-
 EVA 7/10, limitación de movimiento.

Dominio V: Salud percibida

Clase V: sintomatología

Etiqueta: 2102.- Nivel del dolor

Campo 1: fisiológico Básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta:1400.-Manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
210201.- Dolor referido				X	
210206.- Expresiones faciales de dolor				X	
210219.- Limitación de movimiento				x	

ACTIVIDADES

1. Monitorizar los signos vitales
2. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
3. Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a la intervención quirúrgica
4. Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor
5. Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos específicos.
6. Notificar al médico si las medidas no tiene éxito.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

NANDA:00006
NOC: 1842
NIC: 6550

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Dx de Riesgo.- 00006: RIESGO DE INFECCIÓN

R/C Procedimiento invasivo

E/P: Perfil hematológico anormal, drenaje quirúrgico.

Dominio:IV.- Conocimiento y conducta de salud

Clase:5.- Conocimiento sobre salud

Etiqueta:1842.- Conocimiento: Control de la infección

Campo: 4.- Seguridad

Clase: V.- Control de riesgos

Etiqueta:6550.- Protección contra las infecciones

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Prácticas que reducen la transmisión				X	
Importancia de la higiene de manos				X	
Importancia de la adherencia al tratamiento				x	
Importancia de la nutrición sobre la infección				x	
Factores que afectan a la respuesta inmunitaria				x	

- ACTIVIDADES**
1. Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y fórmula leucocitaria.
 2. Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudado en la herida.
 3. Fomentar una ingesta nutricional suficiente
 4. Fomentar la ingesta adecuada de líquidos
 5. Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito
 6. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

La cirugía es el pilar terapéutico de los miomas uterinos. La histerectomía es el tratamiento definitivo. Se recomienda en mujeres con hemorragia aguda que no responde a otros tratamientos, en quienes han completado su paridad y tienen algún riesgo de otras enfermedades que se elimina o disminuye con la histerectomía como neoplasia cervical, endometriosis, hiperplasia endometrial adenomiosis o aumento del riesgo de cáncer ovárico, en este caso la paciente presenta hemorragia que no cesa y además como ventaja tiene una paridad satisfecha, por lo que se decide dicho procedimiento para evitar complicaciones o el desarrollo de cáncer a futuro.

La teoría de Virginia Henderson, se aplica en este caso, ya que identifica las 14 necesidades básicas y fundamentales de los seres vivos, que pueden verse afectada una o más de ellas por causa de una patología pudiendo ocasionar daños, físicos, psicológicos o sociales, el objetivo de esta teoría en el caso de la paciente es contribuir a la recuperación satisfaciendo las necesidades fisiológicas primordialmente y sobre todo lograr su independencia.

2.8 Seguimiento

Durante la hospitalización, la paciente se encontraba consciente, orientada en tiempo, espacio, persona y lugar, colaboradora al realizar la entrevista, refirió sentirse mejor, al examen físico piel y mucosas pálidas, abdomen blando depresible, globoso con dolor a la palpación, se visualiza herida vertical infraumbilical limpia y permeable, drenaje se mantiene hasta su alta no hay presencia de sangrado vaginal, extremidades superiores e inferiores sin presencia de edema.

Las constantes vitales se mantuvieron estables, se retira sonda folley, se administró medicación prescrita; ambulatoria sin requerimiento de

ayuda, presente diuresis y deposiciones, mantiene una dieta hipo sódica, refiere dolor leve al esfuerzo de levantarse, paciente queda en el área de ginecología al cuidado de enfermería

En el alta de la paciente, muestra signos visibles de mejoría, médico recomendó reposo y dieta balanceada, se dan indicaciones para los días siguientes hasta que regrese al retiro de puntos que fué dentro de 11 días. Se educa a la paciente que no puede realizar esfuerzos físicos, ni ejercicios, ni tener relaciones sexuales hasta después de 6 meses de la cirugía, es importante que mantenga una evacuación relajada y que no haya estreñimiento ya que esto puede repercutir en la recuperación.

2.9. Observaciones

La paciente respondió de manera favorable a la intervención quirúrgica, no presentó complicaciones postquirúrgica excepto un descenso de glóbulos rojos dando lugar a una anemia debido a la pérdida de sangre en el transoperatorio, pero fue corregida con medicación.

Dada la magnitud del problema que acarrea la patología se explicó a la paciente el tratamiento definitivo que consistía en la extirpación total del útero así mismo se comentó las ventajas y desventajas del procedimiento, lo cual aceptó firmando el consentimiento informado.

CONCLUSIONES

Se aplicó el proceso de atención de Enfermería en conjunto con la teorizante Virginia Henderson y referencias científicas, el cual permitió alcanzar los resultados esperados con intervenciones propicias en la paciente centrándose en el manejo del dolor y confort.

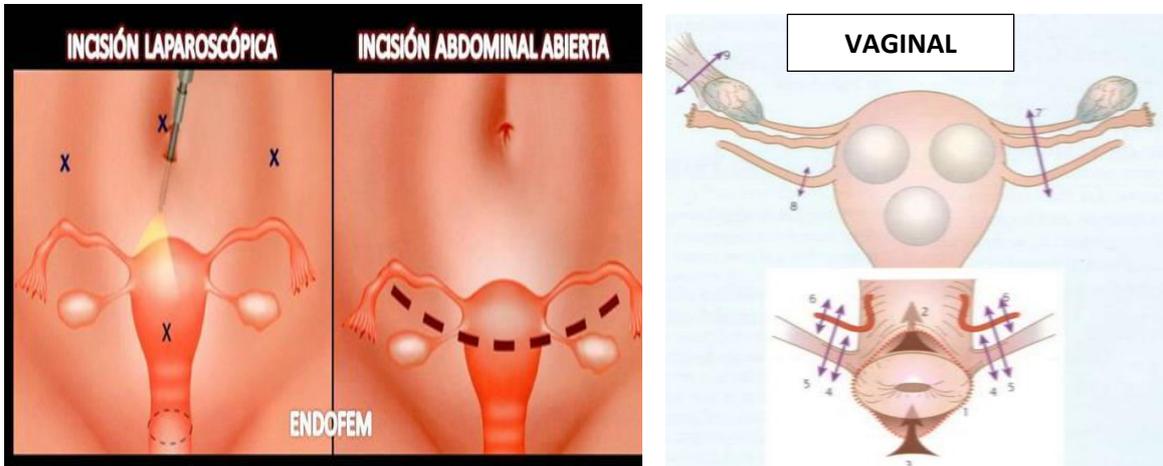
Es importante realizarse los chequeos y el Papanicolau anualmente, con el fin de prevenir enfermedades ginecológicas, ya que debido al descuido de la paciente crecieron los miomas de manera desmesurada.

Referencias Bibliográficas

- Cuello F, M., Miranda H, V., & Ralph T, C. (2017). *Ginecología General y Salud de la Mujer*. Santiago de Chile: EDICIONES UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.
- García, M., & González, J. (3 de Marzo de 2015). *Prevalencia, características e indicaciones de Histerectomía en el Hospital Homero Castanier*. Obtenido de <http://dspace.cuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19754/4/Histerectomia.pdf>
- Gastby, T. M. (2011). Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 a 2010. *Revista Horizonte Médico*, 11(2), 70-74.
- González Gutiérrez, L. A., & Paduro Barón, J. G. (2012). *Ginecología* (Cuarta ed.). México: Solución Impresa.
- Hospital Clinica Benidorm. (03 de Marzo de 2017). *Miomas uterinos: síntomas y tratamiento*. Obtenido de clinicabenidorm.com/miomas-uterinos-sintomas-tratamiento/: <https://www.clinicabenidorm.com/miomas-uterinos-sintomas-tratamiento/>
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2019). *Indice de histerectomía en edad aun fertil en el Ecuador 2015/2019*. Quito: MSP.
- Rigol Ricardo, O., & Santisteban Alba, S. R. (2014). *Obstetricia y Ginecología* (Tercera ed.). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Sepúlveda A., J., & Alarcón N, M. (2016). Manejo médico de la miomatosis uterina. Revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(1), 48-55.
- Solà D, V., Ricci A., P., Pardo S, J., & Guiloff F, E. (2006). HISTERECTOMÍA: UNA MIRADA DESDE EL SUELO PÉLVICO. *REV CHIL OBSTET GINECO*, 71(5), 364-372.
- Symonds , I., Sabaratnam Arulkumaran , S., & Symonds , E. (2014). *Ginecología y obstetricia esencial* (Quinta ed.). Barcelona: Elsevier.
- Urrutia, M., Araya, A., Flores, C., Jara, D., Silva, S., & Lira, M. (2015). Histerectomía: La experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres. *Revista Chilena Obstetricia-Ginecología*, 262- 268.

ANEXOS

TIPOS DE HISTERECTOMÍA



Escala de Bromage

1-Completo: incapaz de movilizar pies y rodillas	100%
2-Casi completo: solo capaz de mover pies	66%
3-Parcial: capaz de mover rodillas	33%
4-Nulo: flexión completa de rodillas y pies	0%