



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA PERIOPERATORIA

SEDE: HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

**ESTUDIO DE CASO APLICADO A UNA PERSONA CON ALTERACIÓN
EN LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS, ELIMINACIÓN,
DESCANSO Y SUEÑO POS OPERADA DE HISTERECTOMÍA TOTAL
LAPAROSCÓPICA**

PRESENTA:

LEO. SANDRA KAREN CAMPOS SANTAMARÍA

ASESOR: EEQ. LILIA MARES MARTÍNEZ



CIUDAD DE MÉXICO, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	4
General.....	4
Específicos	4
MARCO TEÓRICO	5
Miomatosis uterina	5
Tratamiento quirúrgico	8
FUNDAMENTACIÓN	12
MARCO CONCEPTUAL	15
Conceptualización de Enfermería.....	15
Paradigmas.....	16
Modelo de enfermería.....	18
Filosofía de Virginia Henderson	19
Proceso Atención Enfermería	22
Etapas del proceso de enfermería.....	23
METODOLOGÍA	26
PRESENTACIÓN DE CASO	27
Ficha de identificación.....	27
Descripción del caso.....	28
Valoración de enfermería.....	28
Valoración por necesidades.....	29
APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERÍA	33
Jerarquización de necesidades	33
Diagnósticos aplicados a las necesidades.	34
PLAN DE ALTA	45
CONCLUSIONES	46
ANEXOS	47
BIBLIOGRAFÍA	57

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero, convirtiéndose en uno de los procedimientos quirúrgicos más empleados a nivel mundial, así como el procedimiento más frecuentemente realizado en la práctica ginecológica, constituye la segunda causa de cirugía mayor que se realiza en las mujeres, para el tratamiento de patologías benignas y malignas del útero.

Existen tres tipos de histerectomías que son utilizadas actualmente: histerectomía vaginal, abdominal y laparoscópica, por lo cual la decisión de utilizar alguna técnica depende de factores tanto intrínsecos como extrínsecos de la mujer. En México, desde la primera descripción de la técnica en 1988, la histerectomía laparoscópica ha avanzado aplicando la técnica quirúrgica por manos experimentadas.¹

La histerectomía laparoscópica requiere de experiencia quirúrgica en procedimientos por vía abdominal y vaginal, sin embargo, su aceptación ha sido lenta pero ha aumentado dentro de los procedimientos quirúrgicos ofreciendo ventajas de recuperación y reincorporación a las actividades cotidianas en poco tiempo, mejores resultados estéticos, así como poca pérdida de sangre, posibilidad de tratar una afección anexial y enfermedades pélvicas asociadas, escaso dolor posoperatorio, en comparación con los distintos abordajes.²

Una de las principales indicaciones de la histerectomía es la miomatosis uterina.³

En el presente estudio de caso se seleccionó una persona del servicio de cirugía general hospitalización en el periodo posoperatorio, aplicando las fases del proceso de atención de enfermería con diagnóstico médico de Miomatosis Uterina, la cual fue sometida a Histerectomía Total Laparoscópica, atendida en un hospital de la zona sur en la Ciudad de México. Para su desarrollo se utilizó la valoración de necesidades por medio del Modelo de Virginia Henderson. La metodología establecida fue con la taxonomía de NANDA y en la realización de diagnósticos utilizando el formato PES (acrónimo que significa problema, etiología y signos/síntomas). A partir de lo anterior se desarrolló un plan de cuidados priorizando las necesidades alteradas y las intervenciones pertinentes, con la finalidad de brindar cuidados específicos y de calidad en la necesidad de evitar peligros, eliminación, descanso y sueño, y así restablecer e integrar a la persona a su actividad cotidiana logrado su independencia; proporcionando un plan de alta adecuado para el cuidado en el hogar siendo de apoyo para garantizar los cuidados a la persona, aclarando dudas por el personal de la salud para así evitar errores en la medicación y complicaciones posibles.

¹ Fidias M. et al (2013). La histerectomía total laparoscópica como procedimiento de primera línea en el tratamiento de mujeres con patología benigna del útero. *Ginecol Obstet Mex* [en línea], 81, 448- 553 Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom138d.pdf>

² Aragón F. et al. (2011). Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y meta análisis. *Rev Cubana Cir* [en línea], 50, Ciudad de la Habana. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000100007

³ Molina Sosa A, Calvo Aguilar O, Matadamas Zárate C. (2011) Histerectomía total laparoscópica versus histerectomía abdominal uterina con peso mayor de 400 g. *Ginecol Obstet.*[en línea], 79, 613- 620 Recuperado de: <http://losprofesionales.net/articulos/TextoGinObsMexico.pdf>

OBJETIVOS

General

- Elaborar un estudio de caso que permita identificar las necesidades afectadas a una persona pos operada de Histerectomía Total Laparoscópica, a través de la valoración de las 14 necesidades que establece Virginia Henderson.

Específicos

- Utilizar el Proceso Atención Enfermería y el método clínico que permitan identificar problemas reales y potenciales en la persona.
- Limitar daños y contribuir al bienestar integral de la persona a través de cuidados especializados de enfermería.
- Evaluar las intervenciones para determinar el grado de cumplimiento y avance logrados durante su aplicación.

MARCO TEÓRICO

Miomatosis uterina

Los miomas uterinos o leiomiomas son una proliferación del músculo liso y de tejido fibroconectivo que por lo general se originan en el miometrio, su tamaño es variable ya que van desde milímetros hasta grandes tumores que ocupan la cavidad abdominal y que pueden crecer en cualquier tejido que contenga musculo liso, ser únicos o múltiples y pueden originar una serie de síntomas.

A pesar de ser lo tumores benignos más comunes de todo el organismo femenino en mujeres mayores de 35 años, no se ha podido establecer con exactitud la incidencia real, ya que se trata de una enfermedad asintomática en la mayoría de los casos.

El 50% de las miomatosis uterinas son asintomáticas, sin embargo; las hemorragias uterinas anormales se presentan en 21.4% de las paciente con miomatosis uterina, los síntomas de compresión y dolor dependen de su localización anatómica y tamaño y son dependientes de estrógenos y progesterona, generalmente tienen regresión en la menopausia.

Presenta una incidencia del 20- 30% en la población femenina a nivel mundial, en la raza negra un 50% y en la blanca 25% y aparecen con más frecuencia en mujeres que nunca se han embarazado⁴. La mayoría de los casos son diagnosticados en la mitad de la vida, donde el rango de aparición puede ir desde los 20 a 70 años con mayor incidencia entre los 35 y 54 años y son la causa más frecuente de histerectomía, generalmente por hiperpolimenorrea o metrorragias. En mujeres jóvenes puede llevarles a la pérdida del útero y por ende su capacidad reproductiva, además puede causar complicaciones en la gestación, confundir o plantear problemas en el control y tratamiento de la postmenopausia o enmascarar el diagnostico de neoplasias graves.⁵

Aspecto patológico

Son tumores redondos, de color blanco aperlado, duros y ahulados que al corte presentan un patrón en espiral. Los úteros afectados contienen entre seis o siete tumores de tamaño variable ya que presentan una anatomía distinta de las del miometrio que los rodea por la presencia de una capa de tejido conjuntivo. Contienen células de musculo liso alargadas que forman haces dispuestos en ángulos rectos.

El aspecto de los miomas varía cuando el tejido muscular normal es sustituido por diversas sustancias degenerativas después de una hemorragia o necrosis, este proceso se denomina en conjunto degeneración y los cambios macroscópicos se deben reconocer como variantes normales, los miomas degeneran con frecuencia por su irrigación limitada,

⁴Fernández C., Santibañez G., Mancera M, et al. (Abril- Junio 2007) Recomendaciones específicas para mejorar la atención médica en pacientes con miomatosis uterina. Revista CONAMED.[en línea], 12, 15- 21 Recuperado de http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REV_43.pdf

⁵ Guía de Práctica Clínica. Diagnostico y Tratamiento de Miomatosis Uterina. México: Secretaria de Salud; 2009. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082_GPC_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS_EVR_CENETEC.pdf

poseen una densidad arterial menor que la del miometrio sano circundante. La degeneración en ocasiones se acompaña de dolor agudo.

Algunos de los factores de riesgo que predisponen a las mujeres a padecer miomas uterinos son:

- **Edad:** La edad de presentación más frecuente en mujeres de entre los 40 y 45 años e incrementa con la menarca temprana. En mujeres post menopáusicas el riesgo disminuye en un 70 a 90%, en primíparas de 20 a 50% y entre más hijos hayan tenido es menor el riesgo.
- **Estrógenos:** Los miomas son tumores sensibles a los estrógenos y la progesterona. Por lo tanto se forman durante los años reproductivos y sufren regresión tanto en tamaño como en frecuencia después de la menopausia.
- **Nuliparidad, obesidad y sobrepeso:** Se consideran factores de riesgo por el efecto estrogénico sostenido; Las mujeres obesas producen más estrógenos por la mayor conversión adiposa de andrógenos en estrógenos y presentan una mayor producción hepática de globulina transportadora de hormonas sexuales.⁶
- **Menarca temprana:** Más años de exposición a los estrógenos.
- **Hereditario:** las mujeres con antecedentes de miomatosis uterina en la familia, tienen más riesgo de presentarla, que aquellas que no la tienen.
- **Tumores ováricos productores de estrógenos**
- **Ingesta de altas dosis y por tiempo prolongados de hormonales orales:** no existe una relación definitiva pero se considera factor de riesgo para el desarrollo de miomatosis uterina.

El mioma uterino es el resultado conjunto de la acción de los esteroides ováricos, insulina y factores del crecimiento; los estrógenos intervienen activamente en el aumento de tamaño de los miomas y que un estado hipoestrogénico se asocia a la disminución del volumen del tumor, se ha apreciado un aumento en el número de mitosis durante la fase lútea lo cual sugiere un papel mitógeno de la progesterona elevando o alterando la función de los factores de crecimiento involucrados en este proceso. Los miomas responden a los diferentes niveles de esta hormona, ya que suelen presentar una concentración de receptores de progesterona más alta que el tejido muscular uterino que los rodea. La progesterona incrementa los factores de crecimiento tisular y estimulan el gen Bal-2, el cual evita la muerte celular; es por esta combinación de anomalías celulares que pueden lograr diferentes tamaños.

Se clasifican según su tamaño o volumen⁷:

- Pequeños: Diámetro igual o menor a 2 cm.
- Medianos: Diámetro entre 2 y 6 cm.
- Grandes: Diámetro mayor a 6 cm o el volumen total del útero es similar o mayor a un embarazo de 14 semanas.
- Gigantes: Sobrepasa los 20 cm.

⁶ Jeréz AC, et al. (16 abril 2015). Mioma Uterino: un trastorno frecuente en mujeres en edad fértil. Revista 16 abril [en línea] 54, 59- 70. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15257f.pdf>

⁷ Guía de Referencia Rápida. Diagnostico y tratamiento de miomatosis uterina. Secretaria de Salud.

Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082_GPC_Miomatosisuterina/MIOMAT OSIS_RR_CENETEC.pdf

Por su ubicación y dirección de crecimiento

- Intramurales: Crecen en cualquier posición dentro del espesor del miometrio, siendo lo más común, sin afectar en endometrio ni la serosa, representa el 75% de todos los miomas. Cuando se presentan de forma múltiple pueden distorsionar la forma y tamaño del útero.
- Submucosos o subserosos: Se encuentran próximos al endometrio y crecen hacia la cavidad endometrial, pudiendo ocasionar atrofia y erosión en la mucosa endometrial, originando sangrado uterino anormal.
- Pedunculado: Se originan a partir de los miocitos que se encuentran adyacentes a la serosa uterina y pueden crecer hacia afuera y emerger por el orificio cervical.

La mayoría de las mujeres con miomas cursa asintomática, sin embargo, algunas manifiestan hemorragia, dolor, sensación de presión o infertilidad. Entre más grandes son los miomas, mayor es la probabilidad de que existan síntomas.

A pesar de tratarse de una patología ginecológica clásica, aun no se tiene una causa que origine el tumor y no se ha obtenido un tratamiento adecuado.

A menudo se identifican por medio de la exploración pélvica al encontrar crecimiento uterino, contorno irregular o ambos. En las mujeres de edad fértil, el crecimiento uterino es indicación para la medición de concentraciones séricas y urinarias de hCG- β .⁸

Existen varias formas de diagnosticar como:

- Palpación abdominal media y profunda.
- Ultrasonido endovaginal o abdominal para detectar miomas de 3 o más centímetros; sensibilidad y especificidad del 97%.
- La histeroscopia es un método auxiliar que permite diagnosticar pólipos o miomas submucosos de pequeños elementos, así como la toma de biopsias.
- La resonancia magnética tiene una mayor sensibilidad y especificidad que el resto de los exámenes de imagen.

Tratamiento

- Farmacoterapia: En algunas mujeres sintomáticas se prefiere el tratamiento farmacológico.
- Tratamiento hormonal: El uso de anticonceptivos orales combinados como progestágenos para inducir la atrofia endometrial y reducir la producción de prostaglandinas.
- **Tratamiento quirúrgico**

Es conveniente considerar datos de alarma que pueden ayudar a la toma de decisión para intervenir quirúrgicamente.

- Hemorragia con repercusiones hemodinámicas (Hemoglobina menos a 10g/dL, que no respondan al tratamiento conservador.
- Crecimiento posterior a la menopausia.

⁸Schorage JO, Schaffer JI, Halvorson LM. Williams Ginecología. McGraw Hill; 2009

- Infertilidad cuando existe distorsión de la cavidad endometrial u obstrucción de alguna trompa.
- Diámetro de mioma mayor a 6 cm o equivalente a 12-14 semanas de gestación.
- Síntomas de compresión a otros órganos.
- Dolor.

Tratamiento quirúrgico

Miomectomía

Es una técnica quirúrgica alternativa y conservadora a la histerectomía abdominal, donde se reseca solamente la parte visible y accesible de los miomas, con el objetivo de conservar la función del útero. La miomectomía se prefiere en miomas cervicales pediculados y se realiza por vía laparoscópica, histeroscópica o por laparotomía. Mejora el dolor, la infertilidad y la hemorragia.⁹

Indicaciones: mujeres con problemas reproductivos (pérdida gestacional recurrente o infertilidad), mujeres jóvenes que no tienen el deseo inmediato de embarazarse pero cuya miomatosis requiere tratamiento quirúrgico debido a los síntomas, mujeres que por razones de religión o emocionales deseen conservar el útero, anemia o hidronefrosis por compresión ureteral, tamaño del mioma menor a 15 cm¹⁰, miomas que no producen ningún tipo de manifestación clínica pero que crecen rápidamente¹¹.

Contraindicaciones: situaciones que afecten la salud de la mujer (obesidad, afecciones cardiovasculares, respiratorias, hidroelectrolíticas y hemostáticas), tamaño de mioma mayor a 15 cm, más de 3 elementos, sospecha de malignidad y/o mala o nula actualización y capacitación del equipo de salud.

Histerectomía

Es el tratamiento definitivo y la técnica quirúrgica más común para los miomas en mujeres con paridad satisfecha y miomatosis uterina sintomática, con sangrados significativos, definitivos, dolor o presión y anemia, además de que disminuye o elimina la recurrencia. Se puede realizar por vía vaginal, abdominal o laparoscópica. Puede ser subtotal (Preservación de cérvix) o total (se extrae cérvix).

⁹Guía de Práctica Clínica. Diagnostico y Tratamiento de Miomatosis Uterina. México: Secretaria de Salud; 2009. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082_GPC_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS_EVR_CENETEC.pdf

¹⁰Velázquez G, Hinojosa JC, Serrano M. (2009) Miomectomía laparoscópica. Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción. [en línea] 2, 47- 56 Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/reproduccion/mr-2009/mr092a.pdf>

¹¹Baulies S. et al (2009) Miomectomía laparoscópica frente a laparotomía. Prog Obstet Ginecol [en línea] 52, 25- 31. Recuperado de: <http://goo.gl/CnB0BD>

La histerectomía total laparoscópica es una intervención de mínima invasión, donde se incluye la sutura de la cúpula vaginal.¹²El éxito de la intervención dependerá de la actuación del cirujano, tecnología y buen funcionamiento de los instrumentos.

Indicaciones: Dentro de las principales indicaciones para la histerectomía total laparoscópica se encuentran: la existencia de alguna enfermedad benigna, en la cual se requiera que el abordaje sea abdominal, por ejemplo: miomatosis uterina, masas anexiales, endometriosis, cáncer de ovario, endometrial o cervical en estadio I y/o cuando la histerectomía vaginal esté contraindicada, como vagina estrecha; lo cual impide la posición de litotomía.

Contraindicaciones: dimensiones y peso uterino mayor 500 g, si es que se necesita extirparlas intactas ya que dependerá del grado de fijación del tumor, la forma y diámetro del útero, su movilidad en la pelvis, la localización del mioma, el ancho de la pelvis de la paciente; pacientes en estadio IV de endometriosis con compromiso extenso del fondo de saco de Douglas¹³, rechazo de la paciente, adherencias pélvicas severas como cirugías anteriores o endometriosis.

Técnica quirúrgica: Histerectomía Total Laparoscópica

Se coloca a la paciente en posición de litotomía y bajo sedación con anestesia general balanceada se procede a realizar sondeo vesical con previa asepsia y antisepsia de genitales y abdomen, haciendo énfasis en vagina ya que esto permitirá el uso de manipulador uterino de Rumi- Koh o López y Cantón, se conjuntara con la posición Trendelenburg aproximadamente 45° para favorecer la inserción de trocares, evitando la obstrucción del paso por los intestinos, posterior a neumoperitoneo, se colocan campos estériles e inicia histerectomía .

Se procede a colocar primer trocar de 10mm o aguja de Veress en cicatriz umbilical (puede ser en hipocondrio izquierdo, vía umbilical, subcostal), comprobando si la posición es adecuada para realizar el neumoperitoneo en la cavidad abdominal ajustando el insuflador de dióxido de carbono (CO2) para conseguir flujos de 1-2 l/min donde una vez realizado, la presión se ajustará a 12 ó 15 mmHg. Se retira aguja de Veress procediendo a colocar el primer trocar (10- 12mm) a nivel umbilical y permitirá el paso del lente laparoscópico de 30° donde se observara el sitio de entrada de puertos y posible sangrado. Posteriormente se colocan puertos accesorios a través de los trocares de 5 ó 10mm por donde se introducirán pinzas laparoscópicas (pinza intestinal, pinza grasper o meryland, bistrú armónico). Por lo general se utilizan dos laterales a 3- 4 cm por encima de la sínfisis del pubis. Una vez introducidos los trocares, se procederá a valorar la cavidad abdominal (órganos pélvicos, hígado, diafragma, estomago).¹⁴ Se colocará movilizador uterino tipo López por vagina.

¹²Gilabert J., Payá A., Ródenas J. (03 Marzo 2011).Histerectomía total laparoscópica. Evolución de la técnica y comparación de resultados en 2 periodos. Elsevier [en línea], 54. Valencia, España Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-histerectomia-total-laparoscopica-evolucion-tecnica-90001803>

¹³ Ídem

¹⁴ Manrique M. Laparoscopia. (3 Nov 2011) Técnica, indicaciones y aspectos más novedosos. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. [en línea] 3- 7, recuperado de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_lps.pdf

Se localizan, pinzan y coagulan con pinza de energía bipolar y bisturí armónico el ligamento redondo y útero ováricos. Posteriormente se secciona la hoja anterior del ligamento redondo extendiendo incisión hasta la cara anterior del cuerpo del útero y realiza mismo procedimiento del lado contrario.¹⁵

Se secciona el lado posterior del ligamento redondo con bisturí armónico y se realiza hemostasia y sección de ligamento útero- ovárico, disecando la cara posterior del cuello uterino, previa hemostasia y sección con tijeras de los ligamentos uterosacros. Se identifican, esqueletizan y coagulan ambas arterias uterinas y cervicovaginales con bisturí armónico para control hemostático. Con tijera laparoscópica se realiza la disección de la fascia pubovesicouterina hasta llegar a vagina, rechazando anteriormente la vejiga y separándola del cuello uterino. Se prosigue a realizar colpotomía sobre el manipulador uterino y extracción de la pieza quirúrgica a través de la vagina. Se cierra cúpula vaginal y se fija a los ligamentos uterosacros, se realiza peritonización a elección del cirujano: por laparoscopia o por vía vaginal, con sutura absorbible Vicryl 1, se verifica hemostasia de cúpula vaginal y de sitios de los puertos, se lava y aspira la cavidad, se retira el CO2 intraabdominal y los trocares bajo visión endoscópica y se colocan los puntos de piel con sutura no absorbible monocryl 3-0, se cubren heridas quirúrgicas y se da por terminado acto quirúrgico.

Complicaciones posoperatorias

Generales: Todas aquellas que pueden presentarse ante cualquier proceder quirúrgico.

- Hemorragia
- Infección
- Reacción alérgica a medicamentos
- Dehiscencia de herida quirúrgica

Específicas:

- Lesión durante la insuflación de CO2
- Insuflación extraperitoneal de CO2
- Lesiones gástricas, intestinales, vesicales o vasculares
- Hernias
- Lesiones y accidentes en la extracción de la pieza quirúrgica
- Colección intrabdominal de la cúpula vaginal (prolapso, dehiscencia, absceso, hematoma, granuloma, entre otras),

¹⁵Sardiñas R., (2015) La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba [en línea] 54. Recuperado de <http://www.revquirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/198/104>

- Fístula interna (fístula ureterovaginal, vesicovaginal, rectovaginal).
- Dispareunia
- Menopausia temprana

La tasa de complicaciones asociadas a la cirugía varía entre el 0,2 y el 26%¹⁶ y aumenta en correspondencia con la complejidad técnica de las operaciones y sobre todo en úteros grandes, adherencias y disminuye a medida que aumenta la experiencia del cirujano y con la elección adecuada de los pacientes y una técnica cuidadosa.

La histerectomía laparoscópica es una alternativa eficaz y segura para pacientes que cumplan los criterios para realizar la intervención por mínimo acceso.

¹⁶ Recari E, Oroz L.C, Lara J.A. (2009). Complicaciones de la cirugía ginecológica. Anales Sis San Navarra. [en línea], 32. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200008

FUNDAMENTACIÓN

La histerectomía es una de las cirugías más frecuentes en mujeres en edad adulta (35- 54 años). Se estima que en Estados Unidos se realiza cada año, aproximadamente 550, 000 procedimientos de este tipo, con una tasa de mortalidad de 0.4%, donde los abordajes más frecuentes para la extracción del útero son el abdominal y el vaginal. En México, en el año 2000 se realizaron 15, 571 histerectomías en la Secretaria de Salud¹⁷; se sabe que una de cada tres mujeres se le realiza histerectomía al cumplir los 60 años¹⁸, y existen pocos reportes sobre la efectividad y complicaciones asociadas con la histerectomía por laparoscopia, por lo tanto se han realizado estudios comparativos en los que se describen la evolución clínica, quirúrgica y complicaciones en las pacientes intervenidas por patologías benignas.

Existen diversos estudios que indican los antecedentes que presentan las pacientes antes de ser intervenidas, entre los más frecuentes están: miomas uterinos, hemorragia uterina anormal y adenomiosis. La edad promedio es de 42 años, índice de masa corporal de 29, tamaño uterino de 12 cm con un peso de 222.7 y la estancia hospitalaria aproximada de 2.3 días.

Las indicaciones generales para la histerectomía son: miomas uterinos, prolapso de órganos pélvicos, sangrado uterino anormal y enfermedades premalignas; ya que para poder realizarla se requiere de adiestramiento suficiente y experiencia acumulada. Los miomas de mayor tamaño (más de 20 cm de diámetro) son más difíciles de operar, sin embargo, se encontró que tienen iguales dificultades técnicas y complicaciones independientemente del volumen uterino.¹⁹

Las contraindicaciones son: endometriosis severa por la distorsión de la anatomía, enfermedad inflamatoria pélvica grave, que deja como secuela un compromiso adherencial severo y la experiencia del cirujano.

La histerectomía laparoscópica se comenzó a utilizar a finales de la década de 1980, introducida en 1988 y publicada por Harry Reich. A partir de entonces el abordaje laparoscópico ha experimentado una aplicación en aumento, a tal grado que se ha convertido en gran parte de los países en la vía más utilizada.²⁰

En este caso, la técnica descrita a grandes rasgos incluye la disección laparoscópica que continúa hasta que el útero cae libre de todos sus ligamentos en la cavidad pélvica, ya que es removido por tracción a través de la vagina, que ésta a su vez puede ser suturada vía laparoscópica o no.

¹⁷ Ortega R. et al. (Enero- Febrero 2012) Caso Clínico. Paciente Pos operada de Histerectomía Total Abdominal. Desarrollo Cientif Enferm [en línea] 20, 24- 27. Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-024.pdf>

¹⁸ Seminario J. (2009). Histerectomía Laparoscópica. Rev Per Ginecol Obstet [en línea] 55, 93-99. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n2/pdf/A05V55N2.pdf

¹⁹ Molina Sosa A, Calvo Aguilar O, Matadamas Zárate C. (2011) Histerectomía total laparoscópica versus histerectomía abdominal uterina con peso mayor de 400 g. Ginecol Obstet.[en línea], 79, 613- 620 Recuperado de: <http://losprofesionales.net/articulos/TextoGinObsMexico.pdf>

²⁰ Cortés R. et al. (2012) Histerectomía total laparoscópica: resultados en un hospital de tercer nivel de atención. Ginecol Obstet Mex [en línea] 80, 327- 331. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom125d.pdf>

Según un estudio realizado a mujeres con patología benigna del útero, (2013), se realizaron 75 histerectomías totales laparoscópicas, de edad media 47.5 años, donde la miomatosis uterina fue el motivo de operación más frecuente en 58 pacientes, seguida de hemorragia uterina anormal en 12 pacientes, adenomiosis en dos casos y otras causas. El peso promedio de las piezas quirúrgicas fue de 389 gramos, con promedio de entre 89-510 gramos. El tiempo quirúrgico promedio fue de 160.3 minutos, el sangrado total de 90 ml y la estancia hospitalaria de 18 a 38 hrs, con promedio de 29 hrs.

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis Uterina las mujeres sometidas a histerectomía en su seguimiento a los 3, 6, 12 y 18 meses mostraron alteraciones en su calidad de vida como depresión y ansiedad. La mayoría de las pacientes, les genera desconcierto en cuanto a su vida sexual, y preocupación en cuanto al desempeño que puedan tener, es por eso que, según estudios realizados, no existe ningún tipo de repercusión en la función sexual de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía total laparoscópica, confirmando que las alteraciones en la función sexual se comportan como variables independientes al procedimiento quirúrgico.²¹ Las pacientes deben recibir consejería psicosexual antes y después del procedimiento, por parte del médico tratante en segundo nivel de atención y a largo plazo por parte del médico de primer nivel o canalizarlas a un servicio de psicología.

Los beneficios del procedimiento se han establecido y dado como resultado: menor pérdida sanguínea, menos días de estancia hospitalaria, disminución del dolor posoperatorio y rápida reincorporación a sus actividades en comparación con la histerectomía total abdominal.²²

Las principales complicaciones fueron lesiones vesicales, fistula recto- vaginal, lesión intestinal y hernia de Richter.

Debido a que la histerectomía total laparoscópica es una técnica novedosa, son necesarias más series para la evaluación adecuada de los resultados a mediano y largo plazo, y debe tomarse en cuenta que la laparoscopia no sustituye a la histerectomía vaginal, aunque se considera una buena alternativa al abordaje abdominal de no ser posible por vagina.

Así mismo, se considera que la Ginecología es una de las disciplinas precursoras en el uso de la laparoscopia, porque ha ofrecido un gran potencial para la utilización de la robótica por su aplicabilidad en histerectomías, miomectomías, endometriosis, y donde el principal objetivo es emular y reemplazar los movimientos humanos. En México no se han publicado estudios de la experiencia clínica con cirugía robótica en ginecología. El costo del equipo es su principal inconveniente.²³

²¹ Martínez M. et al (2010) Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. Rev Chil Obstet Ginecol [en línea], 75, 247- 252 Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000400006&script=sci_arttext

²² Ayala Yañez R. et al. (2010) Histerectomía total laparoscópica: estudio descriptivo de la experiencia institucional con 198 casos. Ginecol Obstet Mex. [en línea], 78, 605- 611. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom1011e.pdf>

²³ Ayala R, Olaya E, Haghenbeck F. (2012) La robótica en Ginecología. Antecedentes, viabilidad y conveniencia. Ginecol Obstet Mex. [en línea], 80, 409- 416. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom126e.pdf>

La cirugía laparoscópica cambió los paradigmas de la cirugía abierta y actualmente la cirugía robótica está cambiando los conceptos de la cirugía laparoscópica. En el 2005 la FDA aprueba el sistema robótico Da Vinci para uso en medicina. La primera serie publicada de histerectomía total laparoscópica asistida por robot (HTR) fue publicada por Reynolds y Advincula en 2006, donde presenta sus primeros 16 casos, con un 25% de complicaciones.²⁴

Como resultado se permite establecer que la histerectomía total laparoscópica es una técnica factible, segura y reproducible durante este momento; la experiencia institucional se encuentra dentro de los estándares de laparoscopia practicada en otras instituciones nacionales e institucionales. Con esto se justifica el adiestramiento a médicos en formación interesados en la técnica y ofrecer esta alternativa segura y eficaz a las pacientes, donde se minimicen las complicaciones pos operatorias y una pronta recuperación.

²⁴ Vargas R, et. al. (2013) Histerectomía total laparoscópica asistida por robot: Experiencia de Clínica Indisa. Rev Chil. Obstet. Ginecol [en línea], 78. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400010

MARCO CONCEPTUAL

Conceptualización de Enfermería.

Enfermería

Durante siglos, los cuidados enfermeros se llevaron a cabo en el medio familiar y por órdenes religiosas, pero estas prácticas se han ido modificando a lo largo del tiempo y han sufrido una transformación.

El término "enfermera" tiene sus orígenes en el verbo *to nourish* que significa nutrir, alimentar; con el paso del tiempo, la enfermería se ha ido desarrollando y asentando como Ciencia, Disciplina y Profesión y por ende los cuidados de enfermería han ido evolucionando gracias a la aparición y desarrollo de nuevas teorías que la sustentan.

Se ha considerado a la enfermería como arte, ciencia y profesión. Como arte, porque requiere y cuenta con un conjunto de habilidades, que depende del sello personal de quien las realice. Como ciencia, porque requiere de los conocimientos de la propia disciplina. Como profesión, la enfermera requiere del conocimiento y apoyo de las ciencias físicas, biológicas, sociales y medicas. La enfermería como profesión requiere de trabajo especializado, mediante la aplicación de conocimientos específicos, debe ser práctica, académica, debe incluir procedimientos uniformes basados en principios generales, debe tener bases éticas, organización interna y autonomía, de igual forma ser social bajo los principios establecidos por una autoridad reconocida.

En 1960 Virginia Henderson definió enfermería como "La asistencia o cuidado al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte tranquila y digna), y que las podría ejecutar el paciente por sí mismo si tuviera la capacidad, el deseo o el conocimiento necesarios."²⁵

La enfermería tiene como finalidad el cuidado de la salud individual, familiar y colectiva, por lo que enfocara sus acciones a investigar y analizar las causas reales que provocan enfermedades, sobre todo en las clases trabajadoras y las menos protegidas, que forman la mayoría de los habitantes.²⁶

Cuidado

En 1997 Collière refiere que cuidar "es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere ayuda para satisfacer necesidades vitales, de manera temporal o definitiva".

Ya que cuidar representa una variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que esta se continúe y se reproduzca, donde la enfermera, realiza una serie de acciones por medio de las cuales brinda cuidados a los pacientes ayudándolos a

²⁵ Duran de Villalobos M. (2011) Disciplina en enfermería. En: Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, Antología. 2° ed. México. Universidad Nacional Autónoma de México. p.37

²⁶ Ledesma Pérez M. (2004). Fundamentos de enfermería. México: Limusa.

satisfacer sus necesidades mediante: las acciones de cuidado y las acciones administrativas.²⁷

Para que el personal de enfermería proporcione el cuidado integral del individuo, familia o comunidad a través del proceso de enfermería, necesita del estudio de paradigmas, modelos, teorías y principios que han guiado esta profesión.

Paradigmas

"La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas"²⁸

A continuación se presentan 3 paradigmas que se fundamentan en las diferentes corrientes del pensamiento que sirven para orientar la disciplina de enfermería.

✓ **Paradigma de la categorización:**

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios de siglo XX, en donde la visión lineal y la búsqueda de un factor casual era la base de los elementos, manifestaciones que poseen características definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

La orientación centrada en salud pública tiene lugar entre los siglos XVIII y XIX y se caracteriza por la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios. Se pueden explicar los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: persona, entorno, salud y cuidado

- **La persona:** posee la capacidad de cambiar su situación.
- **El entorno:** comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- **La salud:** es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.
- **El cuidado:** es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.

La orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica surge cuando se controlan las enfermedades infecciosas a partir del siglo XIX. La representación principal de este paradigma se encuentra reflejada por el interés del control del medio ambiente y

²⁷ Colliere M. (2009) Promover la vida 2ª.ed.Mexico:Mc Graw- Hill

²⁸ Tazon M, García J. Asequinolaza L. (2000) Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería, 48-50.

la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

- **La persona:** es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- **El entorno:** es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- **La salud:** es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.
- **El cuidado:** es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.

✓ **Paradigma de la integración**

Se trata de una corriente que supondría la prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo biomédico se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. Reconoce la disciplina de enfermería diferenciada de la médica, con orientación hacia la persona en su integridad y en interacción con el entorno. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- **La persona:** es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- **El entorno:** constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- **La salud:** es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- **El cuidado:** amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

✓ **Paradigma de la transformación**

Representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social al mundo, influye en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos de tal manera

- **La persona:** es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- **La salud:** es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- **El entorno:** es ilimitado, es el conjunto del universo.

- **El cuidado:** se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, si no que se fundamentan con conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado brindado, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra en el fenómeno y no en los detalles que lo originan. Los cuidados enfermeros se reconocen como centro de la profesión, pues se encuentran condicionados por la sociedad que necesita de cuidados específicos para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad.

Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de Enfermería como en el resto de las disciplinas científicas, pues generan un conocimiento autónomo y mantienen una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general que nos identifica dentro del equipo de salud.

Desde las perspectivas actuales, el personal de enfermería es un diseñador y director de los cuidados mediante el método de enfermería, que incorporado en el trabajo diario ha permitido que la atención que se brinda se desarrolle con una base sólida, que mejoren las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de enfermería de las personas, familias y comunidades, con un enfoque holístico y de alta calidad que enfatiza en las respuestas humanas.²⁹

Modelo de enfermería

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson ya que es totalmente compatible con el proceso enfermero, permitiendo que la enfermeras puedan trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada, que sea aplicable a la práctica, útil en nuestro medio y que además se le puedan hacer las adaptaciones necesarias para ser aceptado, y puesto en práctica por las enfermeras clínicas.

Gracias a la teoría y a los modelos es posible aportar conocimientos, que son aplicados a la práctica y permite obtener mejores resultados. Por lo tanto, un modelo de enfermería es una representación simbólica y conceptual expresada en términos de una tendencia, ya que se trata de ejemplos o analogías que son utilizados para comprender algo que no es observado directamente o sobre lo que se sabe muy poco.

²⁹ Sanabria T, Otero M, Urbina O. (2002) Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana Educ Med Super [en línea], 16. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm

Una teoría es un conjunto de definiciones o conceptos para describir, explicar, predecir y controlar un fenómeno determinado. Cuando varios conceptos se relacionan entre sí, se llega a la elaboración de un modelo.

Algunas de las ventajas de trabajar con un modelo de enfermería son las siguientes:

- ✓ La valoración se hace basándose en respuestas humanas y no en los signos y síntomas.
- ✓ La atención es integral.
- ✓ Se llevan actividades independientes.
- ✓ Permite llevar a cabo el proceso de atención de enfermería

La teoría de Henderson se basa en el concepto de las necesidades básicas humanas, según Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. El objetivo de la profesión es conservar y restablecer la independencia de manera que pueda satisfacer por si mismo sus necesidades fundamentales.

Filosofía de Virginia Henderson

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero, el método científico aplicado a los cuidados, aplicando un método de trabajo sistemático donde las enfermeras delimiten el campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.

En su libro *The Nature of Nursing (La Naturaleza de la Enfermería)* publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona. El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”³⁰

Para Virginia Henderson la profesión de enfermería es una profesión independiente ya que define una serie de elementos para sus modelos de cuidados.

La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas, es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.

³⁰ Vallejo JC, Lendinez JF. (2010) Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 1º ed. España.

Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia.

El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y comunidad. Las condiciones del entorno pueden ejercer control sobre la salud y desarrollo de la persona.

La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, donde la persona pueda trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial alto de satisfacción en la vida, ya que la persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma.

- **Dependencia:** nivel deficiente o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimiento o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a la edad, sexo, etapa o situación de la vida.
- **Independencia:** nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

El papel de la enfermera es suplir o ayudarle a lograr la independencia de la persona, desarrollando su fuerza, conocimiento y voluntad para que utilice de forma adecuada sus recursos.

- **Enfermera como sustituta:** Compensa lo que le falta a la persona en un estado grave o crítico, cubriendo sus necesidades y realizando funciones que no puede realizar por sí sola.
- **Enfermera como ayudante:** Ayuda a la persona a recuperar su independencia apoyando en las necesidades que no puede satisfacer por sí misma.
- **Enfermera como acompañante:** Supervisa, ayuda y educa a la persona para lograr su independencia.

La enfermera interviene aumentando, completando, reforzando o sustituyendo en las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos, fuerza o voluntad, elaborando un plan de cuidados enfermeros basándose en las 14 necesidades básicas para conseguir un cuidado individualizado.

- **Falta de conocimiento:** se refiere a la situación de salud, como manejarla, saber qué hacer y cómo hacerlo.
- **Falta de fuerza:** puede ser física e intelectual, que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz, la fuerza psíquica para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.
- **Falta de voluntad:** implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y compromiso a hacerlas durante el tiempo necesario.

Así mismo es necesario identificar el grado de dependencia e independencia de la persona cuidada y determinar el nivel para planificar las intervenciones necesarias. El nivel de dependencia varía según la importancia de la ayuda requerida por la persona y satisfacer sus necesidades. Estos niveles se dividen en 6; de los cuales el nivel 0 se refiere a la independencia y los otros cinco a la degradación de la dependencia de la persona.

Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
La persona satisface por si misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasia. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.	La persona necesita de alguien para que le enseñe cómo conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasia, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste ayuda.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento y apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades, o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello.

Virginia Henderson postula que la persona es un todo complejo presentando catorce necesidades fundamentales, son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicocultural. Una necesidad es un requisito más que una carencia. Son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera³¹, éstas son:

- 1. Respirar normalmente.**
- 2. Comer y beber adecuadamente.**
- 3. Eliminar por todas las vías corporales.**
- 4. Moverse y mantener posturas adecuadas.**
- 5. Dormir y descansar.**
- 6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.**
- 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.**
- 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.**
- 9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.**

³¹Kérouac S, et. al. (2011) Concepciones de Nightingale a Parse. En: Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, Antología. 2º ed. México. Universidad Nacional Autónoma de México. p.87

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

13. Participar en actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Proceso Atención Enfermería

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado que se utiliza para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona a las alteraciones de salud reales o de riesgo. Ha sido necesaria la implementación del Proceso Enfermero (PE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados, se basa en principios y normas que promueven el pensamiento crítico, así como fomentan la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándonos a la consecución de los objetivos de la profesión enfermera.

Se caracteriza por las siguientes propiedades:

- **Resuelto:** porque va dirigido a un objetivo.
- **Sistemático:** utiliza un enfoque organizado para lograr su propósito.
- **Dinámico:** implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas.
- **Interactivo:** se centra en las respuestas cambiantes del paciente durante la relación enfermera- paciente.
- **Flexible:** se adapta a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización usando fases en forma sucesiva o más de una etapa a la vez.
- **Posee una base teórica:** se sustenta en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades que se pueden aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.³²

El proceso enfermero consta de cinco de etapas correlativas y relacionadas entre sí de forma que cada una de ellas depende de la anterior y condiciona la siguiente.

³²Rosales S. (2004) Fundamentos de enfermería. 3° ed. México. Editorial El Manual Moderno.

Etapas del proceso de enfermería

a) Valoración: Es un proceso organizado y sistemático que permite a la enfermera recopilar datos sobre la persona acerca de respuestas físicas, ideas, valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y se determinan las prioridades del plan de cuidados a realizar.

Esta primera fase permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos. Se establece una relación enfermero-paciente, de tal manera que la información brindada sea verídica y obtener los datos adecuados y necesarios para continuar.

Consta de varias fases:

1. **Recogida de datos:** Se obtienen valorando las 14 necesidades básicas, teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes (actuales, generales y focalizados). La obtención de datos se realizará directamente del paciente por medio de la entrevista, observación, exploración física; e indirectamente de familiares.
2. **Validación:** Se comprueba que sean exactos, veraces, suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas.
3. **Organización de los datos:** Se agrupan por necesidades aquellos que sean relevantes o se relacionen entre sí, permitiendo la identificación de problemas, manifestaciones de independencia y dependencia sobre los que se planifican los cuidados.

b) Diagnóstico: Es un juicio clínico o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, problemas y necesidades de la persona, familia o comunidad, reales o potenciales/ de riesgo, que se pueden modificar por la intervención del personal de enfermería logrando los objetivos planteados.

El diagnóstico de enfermería no solo se basa en un diagnóstico médico, sino que se basa en las necesidades y problemas del paciente y se encuentra sujeto a modificaciones según el estado de salud en el que se encuentra el paciente. La formulación diagnóstica es indispensable en el profesional y requiere de una práctica continua en el cuidado del paciente.

Los diagnósticos de enfermería pueden ser:

- **Real:** Describe respuestas humanas a procesos vitales y estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad. Sus componentes son etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias y factores relacionados.
- **Potencial o de riesgo:** Describe respuestas humanas a estados de salud y procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración.
- **Bienestar:** Juicios clínicos que realiza la enfermera ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés en mejorarla.

Formato PES: aplica el principio básico de identificación de problema y su etiología usando palabras como "relacionado con", "manifestado por" seguido de los signos y síntomas relacionados.

DIAGNÓSTICO REAL

**Formato PES (Problema- Etiología- Signos y síntomas)
Problema (etiqueta) relacionado con (factor relacionado) manifestado por
(características definitorias)**

DIAGNÓSTICO DE RIESGO

**Problema (etiqueta) relacionado con (factor de riesgo)
No hay manifestaciones del problema puesto que no ha aparecido, a pesar de la
presencia de factores de riesgo**

c) Planeación: las intervenciones de enfermería dependerán de las características del diagnóstico, del resultado deseado, viabilidad, aceptación y la capacidad que tenga el personal de enfermería. En esta fase del proceso se determina que puede realizarse para que el paciente se restablezca y conserve su estado de salud.

Este paso comprende 3 fases:

1. **Establecimiento de prioridades:** Problemas que amenacen la vida del individuo, problemas percibidos por el individuo o familia como prioritarios, problemas que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas, problemas a resolver por enfermería, problemas a resolver desde un enfoque multidisciplinar.
2. **Identificación de objetivos:** Una vez que se determinan y jerarquizan las prioridades, se establecen los objetivos que ayudaran a los problemas o diagnósticos del paciente.
3. **Planificación del cuidado de enfermería:** se plantean los problemas y respuestas y es donde se dirigen las acciones de enfermería para la asistencia del paciente.³³

Posterior a la planificación se registra el plan de cuidados, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud, dirigiendo los cuidados ya que es la base para la evaluación de los progresos.

d) Ejecución: es la aplicación real del plan de cuidados establecido en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de la salud y familiares. La enfermera lleva a cabo las instrucciones escritas en el plan de atención para ayudar al paciente a alcanzar sus objetivos. Esto comprende un proceso de enseñanza y ayuda a los pacientes para que tomen decisiones acerca de su salud. Implica también elegir el método más adecuado para proporcionar la atención de enfermería, así como la cooperación y compromiso de otros profesionales de salud.

³³Rosales S. (2004) Fundamentos de enfermería. 3° ed. México. Editorial El Manual Moderno

Consta de 3 fases:

1. **Preparación:** Revisando las intervenciones propuestas para determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de ponerlos en práctica, valorando si cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas.
2. **Realización de las actividades:** Con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continua de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo.
3. **Registro:** De las intervenciones y respuestas del individuo.

e) Evaluación: En esta última etapa del proceso enfermero el profesional de enfermería evalúa los progresos obtenidos del paciente en cuanto a los objetivos establecidos al comienzo del proceso, ya que tiene como propósito determinar el adelanto del paciente y juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería, evaluando cada una de las etapas de forma continua.

La enfermera evalúa los objetivos establecidos para el individuo, determina que grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el plan de cuidados.

METODOLOGÍA

Selección de caso:

La realización del presente estudio de caso se desarrolla en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", ubicado en Av. Calzada de Tlalpan No. 4800 col. Sección 16 Delegación Tlalpan D.F CP. 14080, en el servicio de quirófano central, a una persona del sexo femenino con diagnóstico médico de miomatosis uterina donde posteriormente se ingresa en el servicio de hospitalización cirugía general posoperada de histerectomía total laparoscópica el día 6 de Noviembre de 2015.

La selección de caso se decide debido al alto índice de procedimientos por miomatosis uterina y su tratamiento quirúrgico (Histerectomía Total Laparoscópica), ya que en los últimos años, la mayoría de las mujeres del área ginecológica son intervenidas por este diagnóstico, dando así lugar a el desarrollo adecuado de las técnicas y la actualización de la misma, donde el resultado favorable siempre será destinado a la persona. Así mismo se eligió por pertenecer a la edad promedio en las que son realizadas estas cirugías y su convivencia en el medio hospitalario.

La entrevista fue realizada por medio de interrogatorio directo el día 8 de Noviembre al 12 del mismo año, así como el uso de otros medios indirectos como el expediente clínico donde se incluyen notas medicas, registros de enfermería y laboratorios clínicos, así mismo, se realizo a la par la exploración física de manera cefalo- caudal identificando los datos objetivos y subjetivos que la paciente fue capaz de referir para integrar la información recabada y analizarla basándome en el modelo conceptual de Virginia Henderson para valorar las alteraciones en estas.

La valoración es obtenida a través de la entrevista directa e indirecta, así mismo, aclarando acerca de los derechos que tiene como paciente y el personal de enfermería³⁴, el uso de instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson elaborado por la academia de enfermería, donde los datos fueron obtenidos durante la estancia en el periodo posoperatorio.

Posteriormente se realizo la jerarquización de necesidades, aplicando el formato PES, se construyeron diagnósticos de enfermería donde se identifican los problemas reales y potenciales y se valora el nivel de dependencia de la persona para que permita la planificación de los cuidados.

La implementación de los cuidados especializados serán fundamentados científicamente mediante la EBE (Enfermería Basada en la Evidencia), guías de práctica clínica y se demostrará su efectividad al evaluar las intervenciones continuamente, donde se podrá retroalimentar o modificar constantemente si fuera necesario basándose en los resultados obtenidos previamente.

Por último se evalúan los cuidados o intervenciones específicas de enfermería y se realiza un plan de alta de acuerdo a las necesidades alteradas; de educación, así como los cuidados sugeridos que debe tener la persona para su lograr su independencia, siendo así un resultado obtenido gracias a la implementación del proceso enfermero.

³⁴ (29 Enero 2016).Cartas de los derechos. CONAMED [en línea] Recuperado de <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas.php>

PRESENTACIÓN DE CASO

Ficha de identificación

Nombre: M. G. Isabel

Edad: 41 años

Sexo: Mujer

No. Exp: 729437

Fecha de nacimiento: 03 abril 1974

Profesión actual o nivel académico:
Secundaria

Estado civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Religión: Católica

Lugar de origen: México, DF

Lugar de residencia: Del. Magdalena Contreras.

Talla: 1.54 m

Peso: 65.400 kg

Antecedentes Heredo Familiares: <ul style="list-style-type: none">• Padres diabéticos e hipertensos• Niega otras enfermedades crónico-degenerativas e inmunológicas.	Antecedentes Personales Patológicos: <ul style="list-style-type: none">• Niega enfermedades crónico-degenerativas.• Esquema de vacunación completo• Alergias: negadas• Cirugías: Cesárea por desproporción céfalo-pélvica y oclusión tubárica bilateral hace 12 años (03- Abril- 2003)• Traumáticos: Negados• Transfusiones: Negadas• Alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías: Negadas• Enfermedades de la infancia: Rubéola a los 14 años sin complicaciones
Antecedentes Gineco- Obstétricos: <ul style="list-style-type: none">• Menarca 15 años, con ciclos en el último año cada 15 días x 10 días de duración, dismenorrea.• FUR: 15- octubre 2015• IVSA 17 años, parejas sexuales: 1• VPH hace 11 años tratado.• Último Papanicolaou en 2014, no reporta alteraciones.• OTB hace 12 años• Gesta III, Para II, Cesárea I, Aborto 0• Cesárea y OTB 03- Abril- 2003	Antecedentes No Patológicos: <ul style="list-style-type: none">• Habita en vivienda rentada, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios.• Baño y cambio de ropa diaria, lavado dental 3 veces al día, consumo de alimentos 3 veces al día• Zoonosis: 1 perro

Descripción del caso

Valoración de enfermería

A la valoración céfalo- caudal, la persona se encuentra; consciente, orientada, con Glasgow 15 puntos, cabeza simétrica, sin presencia de irregularidades, cuero cabelludo limpio, cabello corto, ojos simétricos, miosis a la exposición de luz, mucosas semihidratadas, palidez de piel y tegumentos, orejas simétricas, labios pálidos, semihidratados, piezas dentales limpias y completas, tolera vía oral , vía aérea permeable, campos pulmonares con buena ventilación, movimientos de amplexión y amplexación, con frecuencia respiratoria de 20 rpm, , tensión arterial de 110/80, saturación de oxígeno de 98%, tórax simétrico , pulsos periféricos presentes, con una frecuencia cardiaca de 82 latidos por minuto, miembros torácicos simétricos con acceso venoso permeable en miembro torácico izquierdo, manos limpias, uñas cortas sin alteraciones o micosis; abdomen distendido , peristaltismo disminuido (3 ruidos por minuto), a la percusión se encuentra presencia de aire en tracto digestivo , heridas quirúrgicas limpias y cubiertas, puntos afrontados, sin datos de infección, no sangrantes, dolorosas a la palpación profunda, Giordanos y puntos ureterales negativos, genitales íntegros, de acuerdo a edad y sexo, mucosa vaginal ligeramente irritada por procedimiento quirúrgico, edema vulvar (++) , miembros pélvicos simétricos, íntegros, sin presencia de micosis.

Valoración por necesidades

La persona fue valorada en el periodo posoperatorio mediato en el área de cirugía general hospitalización. A continuación se describen las 14 necesidades de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.

1. Necesidad Oxigenación

Glasgow 15, mucosas semihidratadas, palidez de piel y tegumentos, refiere sentir episodios de cansancio en el transcurso del día, presenta vía aérea permeable, campos pulmonares bien ventilados, frecuencia respiratoria de 20 rpm, movimientos de amplexión y amplexación, tórax simétrico sin anomalías, presencia de pulsos periféricos con frecuencia cardiaca de 82 lpm, T/A 110/80, saturación de O₂ 98%, Hb de 9.2y Hto 30.5, llenado capilar de 2 segundos.

2. Necesidad Nutrición e Hidratación

Mucosa oral semihidratada, ligera palidez en lengua y encías, sin ningún tipo de lesión ni alteración, piezas dentales completas y limpias, tolera vía oral, lleva a cabo comidas proporcionadas por el hospital, dieta blanda y consume líquidos a libre demanda. Acceso venoso permeable en miembro torácico izquierdo con solución Hartman para mantener vena permeable. Peso de 65. 400 kg, altura de 1.54, IMC 28.7 Pre- Obesidad. Hemoglobina de 9.2, Hto 30.5 (7 Nov 2015), ingesta de sulfato ferroso 1 tableta cada 12 horas. Glucosa en ayuno 72 mg/dL.

3. Necesidad de Eliminación

Sin presencia de vomito, no diaforesis, la persona refiere que presenta episodios de estreñimiento, heces pequeñas, duras y poca en cantidad, abdomen distendido, peristaltismo disminuido, refiere sentir temor al evacuar por esfuerzo o sensación de pujo, manifiesta ardor en vagina por manipulación en procedimiento quirúrgico, Giordanos y puntos ureterales (-), orina clara, no fétida, volumen urinario 45 ml/kg/hr.

4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura

Deambulación con movimientos lentos, bajo vigilancia y con ayuda de familiar, refiere ligero dolor en el área genital por manipulación, debilidad y cansancio, impidiendo realizar movimientos rápidos. Se encuentra cooperadora a la deambulación pasiva y baño, sin limitaciones en extremidades superiores e inferiores. Se encuentra en posición semi- Fowler y decúbito dorsal en cada cambio de posición.

5. Necesidad de Descanso y sueño

La paciente refiere no descansar adecuadamente ya que el ambiente hospitalario no se lo permite, no presenta datos de irritabilidad, sueño fisiológico, no requiere de fármacos para lograrlo. Refiere dolor en heridas quirúrgicas y sensación de ardor en área genital con EVA de 4. Se encuentra ansiosa, ya que le preocupa el cuidado de sus hijos, ya que se encuentran solos y ella es responsable de su atención. Estancia hospitalaria de 3 días.

6. Necesidad de Uso de prendas de vestir adecuada

Refiere no necesitar ayuda para el cambio de ropa y elección de la misma, utiliza ropa adecuada al ambiente hospitalario. No influye en el estado de ánimo ya que está consciente del sitio donde se encuentra. Menciona sentirse cómoda. Tiene la capacidad de vestirse sola y se muestra cooperadora para el cambio de bata y ropa de cama.

7. Necesidad de Termorregulación

Piel y tegumentos pálidos y semihidratados, sin pérdidas importantes de líquidos ni sangre en el post operatorio, ha presentado picos febriles de hasta 38.5°C desde el día 8 de Noviembre, tratado con medios físicos y fármaco (Paracetamol, Cefalotina), refiere sentir dolor a la palpación profunda en abdomen, se toma urocultivo con resultado negativo a infección urinaria, PCR 7. 477 mg/ dL, que indica inflamación en alguna parte de su cuerpo. Se encuentra bajo vigilancia estrecha. No presenta signos de cianosis periférica.

8. Necesidad de Higiene y Protección de la piel

Menciona que le gusta mantenerse limpia, realiza baño diario, cambio de ropa interior y exterior. Utilización de crema corporal para lubricar, realiza limpieza de heridas quirúrgicas al momento del baño con jabón neutro, refiere conocer signos y síntomas que podrían ocasionar infección, sensación de miedo. Se mantienen heridas secas después del baño y prefiere cubrir las para evitar lesiones con los puntos de suturas libres.

Se encuentra piel limpia, hidratada con crema, sin lesiones ni edema, baño diario por las mañanas sin necesidad de ayuda. Narinas semihidratadas, sin lesiones, ojos limpios, íntegros, húmedos, orejas limpias, sin presencia de cerumen. Mucosa oral semihidratada, íntegra y sin lesiones, piezas dentales completas, sin alteraciones ni uso de prótesis, realiza limpieza dental 2 veces al día después de cada comida con cepillo de dientes de cerdas suaves y pasta dental. Extremidades torácicas íntegras, manos limpias y uñas cortas, acceso venoso en miembro torácico izquierdo, permeable y cubierto; abdomen con heridas quirúrgicas de 5 cm aproximadamente, cubiertas con apósito quirúrgico, no sangrantes, puntos de sutura afrontados, no presenta datos de infección. Genitales íntegros, mucosa vaginal ligeramente irritada, presencia de edema vulvar. A la inspección no se observa signo de úlceras por presión o compromiso de la integridad cutánea. Miembros pélvicos íntegros, pies sin datos de onicomicosis. Se continúa con profilaxis antibiótica con Cefalotina y Paracetamol ante la posible reincidencia de hipertermia.

9. Necesidad de Evitar Peligros

Cuenta con esquema de vacunación completo, papanicolaou realizado hace 1 año con resultado normal, inspección de mamas cada mes, después de periodo menstrual. Se verifican alergias y son negadas. Limpieza adecuada de heridas quirúrgicas y genitales para evitar infecciones que podrían ser causadas por el ambiente hospitalario. Se verifica que no exista hemorragia. Colocación de barandales en cama mientras duerme o para cambios de posición, riesgo de caídas medio, de acuerdo a la escala de valoración de Crichton; deambulación con ayuda del personal de salud o familiar presente.

No hay indicios de úlceras en piel. Manifiesta tranquilidad al poder realizar estas actividades sin limitaciones, refiere ligero dolor al realizar movimientos bruscos, se valora EVA por turno con resultado de 4.

Últimos laboratorios 7 noviembre 2015

BH

Leu	15.6
Hb	9.2
Hto	30.5
Plaq	210

8 Noviembre 2015

Urocultivo→Negativo

Proteína C Reactiva →7. 477 mg/ dL

10. Necesidad de Comunicarse

Mantiene buena relación con familiar, vive con su esposo y 3 hijos, puede expresarse y convivir, manifiesta verbalmente preocupación por el cuidado de sus hijos, ya que su esposo trabaja y ella se dedica por completo a ellos. No cuenta con limitaciones en el habla, a pesar de la intervención quirúrgica se muestra cooperadora, expresa inquietudes al personal de enfermería y en caso de presentar dolor puede cuantificar el valor. Mantiene 5 sentidos íntegros y sin limitaciones. Entiende conversaciones y se muestra atenta a los comentarios comentando dudas que surgen con los cuidados y tratamiento continuo.

11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores

Refiere ser católica, asiste a la iglesia en festividades importantes, acostumbra rezar y creer en su religión. Se considera una persona de valores ya que comenta ser honesta, responsable, respetuosa y trata de dar su ejemplo a sus hijos y personas que le rodean. Se muestra impaciente, ya que no se explica el porqué de su patología aunque confía en que hay un ser supremo que sabe el por qué de las cosas y puede ayudarle a sobresalir y recuperarse rápidamente.

12. Necesidad de Trabajar y realizarse

Nivel de educación: secundaria. Se dedica al hogar, pero menciona sentirse agotada por lo que prefiere tomar unos días para su descanso y tranquilidad,

Refiere sentirse aburrida con las actividades del hogar y prefiere salir a caminar o realizar actividades que le mantengan la mayor parte del tiempo ocupada aunque muchas veces no puede por el cuidado a sus hijos (12, 18 y 23 años) y tareas domésticas, refiere sentir que ha perdido una parte de su cuerpo que no le permitirá realizarse como mujer o poder satisfacer sus necesidades sexuales.

13. Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas.

Le gusta salir a caminar o bailar de vez en cuando (clases de zumba). En este momento su estado físico y recuperación le impiden caminar grandes distancias o actividades que requieran de esfuerzo físico, se encuentra leyendo, viendo televisión, resolviendo acertijos o platicar con el familiar que se encuentra en ese momento.

14. Necesidad de Aprendizaje

Se encuentra consciente respecto a la información acerca de su estado de salud, conoce el tratamiento que debe llevar una vez que sea dada de alta, así como el tipo de medicamentos y horarios que debe tomar y que se encuentran prescritos, se muestra cooperadora a la enseñanza de la limpieza de heridas quirúrgicas, así como participe en preguntas acerca de los datos de alarma que pudieran presentarse.

No hay indicios de problemas neurológicos o incapacidad que impidan el aprendizaje, no continuo con sus estudios ya que comenzó a laborar y posteriormente se dedico al hogar.

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERÍA

Jerarquización de necesidades

9. Necesidad de Evitar Peligros
3. Necesidad de Eliminación
5. Necesidad de Descanso y Sueño
12. Necesidad de Trabajar y Realizarse
8. Necesidad de Protección e Higiene de la piel
4. Necesidad de Moverse y mantener buena postura.
1. Necesidad de Oxigenación
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación
7. Necesidad de Termorregulación
11. Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores
10. Necesidad de Comunicarse
14. Necesidad de Aprendizaje
13. Necesidad de Jugar y Participar en actividades recreativas
6. Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura

Diagnósticos aplicados a las necesidades.

Necesidad alterada: Evitar Peligros

Objetivo: Minimizar factores de riesgo que puedan propiciar infección.

Diagnostico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica, medios invasivos, pre obesidad, exposición al medio hospitalario y picos febriles.

Datos objetivos: Heridas quirúrgicas no sangrantes ni enrojecidas, longitud 5 cm, 3er día posoperatorio, Pre- obesidad, acceso venoso permeable y cubierto, picos febriles 38.5°C, Leu 15.6, PCR7. 477 mg/ dL.

Datos subjetivos: Sensación de miedo para realizar movimientos durante la manipulación e higiene de la herida quirúrgica

Intervención: Usar medidas higiénicas con los principios de asepsia y antisepsia para mantener la herida limpia, disminuyendo el riesgo de infección.		
Ejecución	Fundamentación	Evaluación
- Inspección de sitio quirúrgico, identificando posibles datos de infección.	Cerca del 50% de las infecciones de la herida quirúrgica se presentan durante la primera semana del posoperatorio y casi el 90% se diagnostican dentro de las dos semanas siguientes de la cirugía. ³⁵	✓ La paciente logró entender y poner en práctica la importancia de la limpieza de herida quirúrgica y el lavado de genitales, así como la identificación de signos y síntomas de infección, contando con tratamiento antimicrobiano.
- Educación a la persona sobre la correcta técnica de lavado de manos y limpieza de herida quirúrgica.	El conocimiento de las normas por todo el equipo de salud y pacientes redundará en un manejo adecuado con un menor número de infecciones, menor tiempo de internación, disminución de la morbilidad y mejor confort. ³⁶	✓ Se logró integrar los conocimientos con la paciente y el familiar en el cuidado de heridas indicando los datos de alarma en caso de presentarse.
- Ministración de antibiótico prescrita por médico tratante. (Cefalosporina)	Debe elegirse un antimicrobiano cuyo espectro abarque los probables gérmenes a encontrar, que no sea inductor de resistencia, se prefiere aquél cuya vida media sea larga y con alta capacidad de penetración	✓ Se controlaron picos febriles identificando la causa de estos y previniendo complicaciones.

³⁵Martiñon H.(2000) Manejo de la herida quirúrgica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. [en línea] 8, 53- 55. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4k.pdf>

³⁶ Guía para la prevención de infección de herida quirúrgica. (2011). Hospital Infantil de México. Recuperado de http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/Guias/GP_INFE_HERIDA_QUIRXRGICA.pdf

<p>- Permitir que las heridas se encuentren secas después de cada baño, evitando humedad en ellas.</p> <p>- Informar y registrar aspectos que indiquen la evolución del proceso de cicatrización, así como los resultados de laboratorio importantes.</p> <p>-Revisar los resultados de las pruebas de laboratorio para infecciones sistémicas e investigar el campo operatorio ante la posibilidad de infecciones localizadas.</p>	<p>hística.</p> <p>Las Cefalosporinas son antibióticos Beta-Lactámicos parecidos a las penicilinas, actúan inhibiendo la síntesis de la pared celular bacteriana; siendo una herramienta para el tratamiento de infecciones por gérmenes Gram positivos y Gram negativos.</p> <p>Toda herida deberá ser evaluada por el riesgo de infección, tendiendo a mantener la herida seca y sin la utilización de apósitos húmedos</p> <p>Cuando se presentan complicaciones tales como la infección, habrá retardo en la cicatrización como consecuencia del proceso inflamatorio.³⁷</p> <p>La presencia de una infección local o sistémica puede contraindicar o afectar la recuperación.</p>	
<p>Rol enfermera: Ayuda</p>	<p>Causa dependencia: Conocimiento</p>	<p>Nivel dependencia: 1</p>

³⁷ Valer V. Heridas y cicatrización. Cirugía General. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_01_heridas%20y%20cicatrizaci%C3%B3n.htm

Necesidad alterada: Evitar Peligros

Objetivo: Impedir caídas

Diagnostico de enfermería: Riesgo de caída relacionado con recuperación quirúrgica, movimientos pasivos, riesgo medio en escala Chrichton

Datos objetivos: Movimientos pasivos, posoperatorio mediato, ayuda de familiar para la deambulaci3n, riesgo medio en escala de Chrichton.

Datos subjetivos: Debilidad, cansancio

Intervenci3n: Prevenir caídas		
Ejecuci3n	Fundamentaci3n	Evaluaci3n
-Mantener barandales en alto.	Los barandales en la cama proporcionan a los pacientes una barra segura para moverse de un lado a otro, aplicando así la 6° Meta Internacional Sobre Seguridad del Paciente.	✓ La paciente se mantuvo segura durante su estancia hospitalaria, sin ningún incidente. ✓ Se logro llevar a cabo una de las metas internacionales para el cuidado y seguridad del paciente
-Valorar estado de conciencia e incorporar al paciente en cama antes de levantarse.	Los pacientes con estado neurol3gico y emocional alterados, tienen riesgo potencial de sufrir caída	
-Valorar fuerza muscular y debilidad.	Los músculos débiles que dificultan el ponerse de pie o mantener el equilibrio son una causa com3n de caídas.	
-Asistir en la deambulaci3n y educar al familiar para su ayuda.	Fortalecer destrezas en los integrantes del equipo de salud y su cuidador primario para prevenir y reducir la frecuencia de caídas ³⁸ , informando la importancia de su actuaci3n en el cuidado del paciente.	
-Mantener ordenado el espacio del paciente libre de objetos que obstruyan el paso y fluidos.	La observancia de factores que previenen las caídas como la implementaci3n de ambientes seguros para el cuidado de pacientes, pueden marcar la diferencia ante estos eventos. ³⁹	

³⁸ Tapia M., et al.(2003)Prevenci3n de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. Revista Mexicana de Enfermería Cardiol3gica [en línea] 11, pág. 54. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032b.pdf>

³⁹ OMS (2012). Caídas. Suiza: OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es>

-Propiciar un ambiente seguro.	Las enfermeras(os) estamos directamente implicadas(os) en la provisión de un ambiente seguro, en el cual las personas puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad.	
Rol enfermera: Ayuda	Causa dependencia: Fuerza	Nivel dependencia: 2

Necesidad alterada: Eliminación

Objetivo: Mejorar motilidad intestinal

Diagnostico de enfermería: Estreñimiento relacionado con disminución en la motilidad intestinal (3 ruidos por minuto), deambulación disminuida, ingesta de sulfato ferroso y procedimiento quirúrgico manifestado por distensión abdominal, dificultad y temor al evacuar.

Datos objetivos: Mucosas semihidratadas, dieta blanda, abdomen distendido, estreñimiento, evacuaciones con heces pequeñas de consistencia dura y poca cantidad.

Datos subjetivos: Refiere temor al evacuar

Intervención: Mejorar la función intestinal		
Ejecución	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none">- Valorar ruidos peristálticos y frecuencia. - Valorar el estado de hidratación de la persona, fomentando el consumo de líquidos (2 litros de agua al día) - Promover la deambulación temprana y si tolera masaje abdominal de forma circular para que favorezca el tránsito intestinal - Valorar alimentación en casa para orientar acerca de una dieta equilibrada alta en fibra. - Ministración de laxantes naturales, ablandadores de heces	<p>Los ruidos son un indicador de buen funcionamiento intestinal, su frecuencia es de 4- 6 ruidos por minuto.</p> <p>El agua es el principal componente del cuerpo humano, esencial para la digestión, absorción y eliminación de desechos metabólicos no digeribles. Una buena hidratación ablanda las heces, ya que contienen aproximadamente 70% de agua propiciando una eliminación adecuada.</p> <p>La deambulación ayuda a estimular la función intestinal y la recuperación del peristaltismo.</p> <p>Una dieta balanceada y equilibrada permite una defecación de las heces sin dificultad, mejorando la consistencia y estimulando la evacuación.</p> <p>Favorece la formación y eliminación de heces más blandas.⁴⁰</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Se realizan medidas para la eliminación sin dificultad no obteniendo resultados esperados.✓ Continua la toma de líquidos hasta lograr 2 litros por día.✓ Se logra mayor ejercicio para activar la motilidad intestinal
Rol enfermera: Ayuda	Causa dependencia: Fuerza	Nivel dependencia: 2

⁴⁰Doenges M (2008). Planes de cuidados de enfermería. (7° ed)McGraw- Hill

Necesidad alterada: Comunicación

Objetivo: Minimizar periodos de ansiedad durante el posoperatorio mediato

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionado con permanencia hospitalaria manifestado por fascies de angustia, interrupción del sueño y preocupación por el cuidado de sus hijos

Datos objetivos: Fascies de angustia.

Datos subjetivos: Refiere preocupación por sus hijos y expresa inquietudes al personal de enfermería, ambiente hospitalario, interrupción en el sueño, cansancio general.

Intervención: Lograr una comunicación efectiva y minimizar la ansiedad provocada por el cuidado de sus hijos.

Ejecución	Fundamentación	Evaluación
<ul style="list-style-type: none">- Entablar dialogo con la paciente a fin de escucharla y minimizar su estrés. - Establecer un vínculo de empatía. -Incluir terapias de relajación. - Empoderar al cuidador primario y pedir informe a la paciente sobre el entorno familiar.	<p>Los mensajes se transmiten de forma verbal y no verbal, estas formas están estrechamente relacionadas durante la interacción interpersonal.</p> <p>Disminuye la ansiedad, facilita la comunicación y relaja; dando confianza al paciente para que no tenga preocupaciones innecesarias que alteren su descanso.</p> <p>La relajación radica en conducir a la persona a un estado de tranquilidad y en el que se puede desempeñar mejor, beneficiando tanto en salud física y psicológica.</p> <p>El cuidador primario es la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juega un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente⁴¹</p>	<p>✓ Se logró minimizar la ansiedad con la información proporcionada, ya que el personal de enfermería obtuvo la confianza necesaria para atender las necesidades e inquietudes de la paciente, trabajando conjuntamente con el familiar.</p>
Rol enfermera: Acompañamiento	Causa dependencia: Fuerza	Nivel dependencia: 3

⁴¹Barrón B., Alvarado S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. Instituto Nacional de Cancerología. [en línea] 4, 39-46. Recuperado de <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>

Necesidad alterada: Descanso y sueño

Objetivo: Disminuir el dolor

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con herida quirúrgica y edema vulvar manifestado por verbalización y fascies de dolor, EVA 4/ 10.

Datos objetivos: Dolor en heridas quirúrgicas, EVA 4 y edema vulvar de ++.

Datos subjetivos: Incomodidad, fascies y verbalización del dolor

Intervención: Aplicar medidas especiales que propicien disminución del dolor.		
Ejecución	Fundamentación	Evaluación
-Emplear escala numérica del dolor (EVA) cada 8 horas o en toma de signos vitales por horario, registrando en hoja de enfermería en cada valoración	La Escala visual análoga ayuda al paciente a señalar en una línea de 10 puntos, el punto que marca su dolor; sabiendo que un extremo representa la ausencia de dolor y el otro el peor dolor posible, lo que permite una intervención de enfermería oportuna para minimizarlo.	✓ La paciente reconoce la intensidad del dolor y que el uso de analgésicos ayuda a disminuir la sensación de malestar.
- Comprobar localización, características e intensidad del dolor cada 8 horas.	El señalamiento del dolor es necesario para su comprensión. El paciente lo puede señalar en su cuerpo, puede estar confinado a un sitio o irradiarse a otras partes corporales, pueden indicar la presencia de complicaciones o anunciar una mejoría y sensibilidad nerviosa. ⁴²	✓ Se valoro con escala visual análoga (EVA) el dolor para verificar su disminución.
- Utilización de crioterapia para minimizar dolor y edema vulvar.	El efecto del hielo en la zona afectada, produce vasoconstricción logrando disminuir el flujo de la sangre y simultáneamente la desinflamación y atenuación del dolor, produciendo un efecto anestésico.	✓ Se disminuyo el dolor haciendo cambios posturales conjunto el uso de fármacos y medios físicos como la crioterapia.
-Evaluar signos vitales (frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión	Los cambios en los signos vitales suelen indicar un dolor agudo y molestia ⁴³ , provocando	

⁴² Álvarez T. (Julio- Sept 2002) Semiología del dolor. Iatreia [en línea] 15. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932002000300007

⁴³Doenges M (2008). Planes de cuidados de enfermería. (7° ed)McGraw- Hill

<p>arterial)</p> <p>- Utilización de terapias complementarias para manejo del dolor.</p> <p>-Ministración de fármacos analgésicos prescrito por médico tratante.</p> <p>-Cambios de posición según se indique o tolere (Semi- Fowler).</p>	<p>aumento en la Frecuencia cardíaca y presión arterial.</p> <p>Las terapias complementarias pueden trabajar mediante efectos analgésicos directos mediante una acción antiinflamatoria ó por distracción (terapia musical) para afectar la percepción del dolor, asistir en la relajación, mejorar el sueño ó reducir síntomas como la náusea, neuropatía, vómito, depresión, al igual que combatir el dolor⁴⁴</p> <p>La analgesia postoperatoria es uno de los componentes básicos en la recuperación tras una intervención quirúrgica. El bloqueo de los estímulos nociceptivos contribuye a disminuir la respuesta al estrés quirúrgico, acelerando la rehabilitación y disminuyendo la incidencia de dolor crónico postoperatorio.⁴⁵</p> <p>Puede aliviar el dolor y estimular la circulación. La posición semi- Fowler alivia la tensión de los músculos abdominales.</p>	
<p>Rol enfermera: Ayuda</p>	<p>Causa dependencia: Conocimiento</p>	<p>Nivel dependencia: 3</p>

⁴⁴Kopf A., Patel N., (2010). Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos. IASP [en línea] Recuperado de: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf

⁴⁵ Pérez N. et al. (Mayo 2009). Analgesia posoperatoria en cirugía mayor: ¿Es hora de cambiar nuestros protocolos? Rev Soc Esp Dolor. [en línea] 16. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462009000400006&script=sci_arttext&tlng=e

Necesidad alterada: Trabajar y realizarse

Objetivo: Lograr que la persona retome la confianza y autoconcepto de sí misma.

Diagnóstico de enfermería: Baja autoestima situacional relacionado con incertidumbre sobre su desempeño sexual manifestado por verbalización de sentimientos negativos hacia el rol sexual.

Datos objetivos: Pérdida de órgano reproductor (Histerectomía total laparoscópica).

Datos subjetivos: Sentimiento de pérdida de una parte del cuerpo que no le permitirá realizarse como mujer o poder satisfacer sus necesidades sexuales.

Intervención: Orientar acerca de su desempeño sexual y aclarar dudas en cuanto al procedimiento realizado.		
Ejecución	Fundamentación	Evaluación
<p>-Escuchar inquietudes y temores de la paciente, analizar las percepciones sobre sí misma.</p> <p>-Proporcionar información precisa, reforzando la ofrecida previamente.</p> <p>-Proporcionar a la paciente un ambiente abierto para hablar de sus inquietudes sobre la sexualidad.</p> <p>-Derivar a especialista (psicólogo) para solicitar asesoramiento en la situación actual.</p>	<p>La histerectomía causa estrés fisiológico y psicológico en la mujer. El personal de salud educa y corrige conceptos erróneos sobre la pérdida de la feminidad y sexualidad.</p> <p>Permite a la paciente preguntar sobre la información, asimilarla y entender sobre su padecimiento.</p> <p>Favorece una situación para compartir creencias y valores sobre un tema sensible e identifica conceptos o mitos erróneos que pueden interferir con la adaptación a la situación actual.</p> <p>Puede precisar ayuda complementaria para resolver los sentimientos sobre la pérdida.⁴⁶</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se logró aclarar dudas acerca de la cirugía realizada y los motivos. ✓ La tranquilidad de la paciente se reflejó en un 100% ya que quedo entendido que sus funciones sexuales no quedaran alteradas ✓ Se explicó que después del periodo de alta, podrá reanudar su vida sexual conforme a su valoración en el estado de salud. ✓ Se logró mejorar la impresión que tiene la paciente sobre sí misma, y se canalizo con especialista para su evolución.
Rol enfermera: Acompañamiento	Causa dependencia: Conocimiento	Nivel dependencia: 1

⁴⁶Doenges M (2008). Planes de cuidados de enfermería. (7° ed)McGraw- Hill

Necesidad alterada: Oxigenación

Objetivo: Aumentar niveles de hemoglobina

Diagnóstico de enfermería: Disminución de los aportes vitamínicos relacionado con baja concentración de hemoglobina en sangre manifestado por palidez de piel, tegumentos y cansancio durante el día, Hb 9.2, Hto 30.5.

Datos objetivos: Hemoglobina de 9.2 y Hto 30.5 (7 Nov 2015), llenado capilar de 2 segundos, palidez de piel y tegumentos

Datos subjetivos: Refiere cansancio en transcurso del día

Intervención: Colaborar con la paciente en los cuidados pertinentes para mejorar los aportes necesarios en sangre para evitar faltas vitamínicas que el cuerpo requiere.		
Ejecución	Fundamentación	Evaluación
- Ministración de vitamínicos como sulfato ferroso vía oral.	El sulfato de hierro proporciona el hierro que necesita el cuerpo para producir glóbulos rojos. Se usa para tratar o prevenir la anemia por falta de hierro, condición que ocurre cuando el cuerpo tiene una baja excesiva en el número de glóbulos rojos provocado por un régimen alimenticio deficiente, hemorragia severa, u otros problemas. El incremento esperado de la hemoglobina después de 3 a 4 semanas de tratamiento con hierro es de 1 a 2 gr/ dL. ⁴⁷	✓ Se logró instruir acerca de la dieta que deberá llevar en casa para aumentar los niveles de hemoglobina. ✓ Se toma tratamiento con el uso de hierro intramuscular y oral. ✓ Se llevará a cabo la toma de laboratorios para dar seguimiento y proponer un tratamiento adicional en caso de ser necesario durante su estancia hospitalaria.
-Revisar márgenes de referencia de laboratorio.	El estar familiarizado con los márgenes y cifras de los resultados hará que los profesionales de salud sean capaces de distinguir cuando se trata de una anemia y realizar cuidados pertinentes. ⁴⁸	
-Enunciar acerca de los alimentos tienen alto contenido	Cada persona absorbe hierro dependiendo del contenido que	

⁴⁷ Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Adultos. México: Secretaría de Salud, 2010. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/415_IMSS_10_Anemia_def_hierro_Ma y2a/EYR_IMSS_415_10.pdf

⁴⁸ Albaramki J., et al (18 Enero 2012). Tratamiento con hierro por vía parenteral versus oral para adultos y niños con enfermedades renales crónicas. Cochrane[en línea] Recuperado de: <http://www.cochrane.org/es/CD007857/tratamiento-con-hierro-por-parenteral-versus-oral-para-adultos-y-ninos-con-enfermedades-renales>

<p>de hierro para la ingesta necesaria.</p> <p>- Educar a la paciente sobre su alimentación.</p>	<p>haya en su dieta (origen vegetal o animal) y de la necesidad de su organismo de formar glóbulos rojos. Por ello, tener una dieta con un aporte equilibrado de hierro es fundamental para compensar los niveles óptimos.</p> <p>El cuerpo humano almacena hierro para reemplazar el que se pierde, sin embargo, los niveles bajos de este elemento durante un período de tiempo prolongado pueden llevar a que se presente anemia</p> <p>Una alimentación saludable es aquella que satisface las necesidades nutricionales y fisiológicas, adecuadas según los requerimientos.</p>	
<p>Rol enfermera: Ayuda</p>	<p>Causa dependencia: Conocimiento</p>	<p>Nivel dependencia: 3</p>

PLAN DE ALTA

Se elaboró el siguiente plan de alta para el cuidado en casa y seguimiento pos operatorio, ayudando a la persona y familiar a seguir las actividades adecuadas que garanticen un cuidado óptimo y satisfactorio y poder identificar signos de alarma que pudieran presentarse durante este periodo.

C	<ul style="list-style-type: none">- Reposo relativo, no realizar esfuerzos, movimientos bruscos o actividades que requieran exceso de trabajo.- Abstinencia sexual, evitar uso de duchas vaginales, tampones y baños de inmersión por lo menos 3 meses.
U	-Acudir a consulta de urgencia en caso de: Sangrado vaginal mayor a una regla, dolor excesivo, fiebre mayor a 38°C, aparición de sangrado o flujo vaginal maloliente, inflamación, enrojecimiento o aparición de secreciones por herida quirúrgica.
I	<ul style="list-style-type: none">- Acudir a consulta 8 días posteriores a la cirugía para valoración y retiro de puntos.- Informarse acerca de trámites de alta hospitalaria.
D	<ul style="list-style-type: none">- Realizar dieta variada (legumbres, carne, pescado, frutas, verduras).- Consumo de 2 litros de agua al día.- Evitar consumo de alcohol y comidas irritantes. No fumar.-Consumir alimentos ricos en fibra (hoja verde, naranja, ciruela, piña, kiwi)
A	<ul style="list-style-type: none">- Realizar higiene personal (baño, limpieza de herida y genitales) diario con uso de jabón neutro y agua, procurando dejar la herida limpia y un tiempo de 20 minutos de exposición para evitar la humedad.-Utilizar ropa interior de algodón no ajustada.
R	<ul style="list-style-type: none">-Caminar por lo menos 30 minutos diario evitando esfuerzo y ejercicio intenso-Aumentar progresivamente actividad física, según sus condiciones hasta llegar a su actividad física normal.
M	<ul style="list-style-type: none">-Sufrexal óvulos 1 ovulo diario por 10 días.-Ceftriaxona 500 mg cada 12 horas por 7 días.-Metronidazol tabletas 500 mg tomar 1 tableta cada 8 horas por 10 días.
E	<ul style="list-style-type: none">- Acudir con especialista en la nutrición para el control de peso e IMC, y su evaluación periódica.- Interconsulta con psicología.

CONCLUSIONES

El presente estudio de caso, permitió evaluar el Proceso Enfermero, haciendo de este una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana para el profesional de Enfermería Perioperatoria que brinda cuidados especializados al paciente en cualquiera de las etapas del perioperatorio.

De acuerdo a las objetivos planteados en el plan de cuidados, se han implementado intervenciones especializadas, encaminadas a colaborar con la pronta recuperación del paciente, de tal manera que se pongan en práctica y se evalúen constantemente estas actividades hasta verificar que los objetivos se han cumplido satisfactoriamente, o si es el caso, modificar las intervenciones que no han dado resultados positivos o manifiesten cambios en el paciente con el fin de describir, explicar, evaluar o predecir el comportamiento del mismo.

Se logro realizar intervenciones y cumplir los objetivos para la persona y alcanzar la independencia casi en su totalidad, teniendo en cuenta la información proporcionada y el apoyo del personal de salud que colaboró y que fue de gran ayuda para su conocimiento y aclaración en los momentos de duda e inquietud que mostró.

Realizar el estudio de caso ha sido una parte fundamental en el desarrollo de la especialidad, ya que constantemente se aplica el proceso enfermero, siguiendo una metodología, sistemática y organizada que permitió integrar al paciente y proporcionar cuidados, en forma holística, donde los conocimientos obtenidos a lo largo de la especialidad han permitido ponerlos en práctica y dar un cuidado de calidad que nos identifica como profesionistas y en este caso aplicar cuidados especializados y dirigidos al paciente quirúrgico. Personalmente el uso del proceso enfermero enfocado en el modelo de Virginia Henderson, ha sido de gran utilidad en la valoración y planeación de cuidados a la paciente, donde paso a paso se logró identificar los problemas reales y potenciales que podrían o no alterar las necesidades básicas y que aplicando intervenciones oportunas se ha logrado su independencia y educación para su cuidado posterior.

Puedo concluir que, una buena valoración, permite implementar un proceso enfermero en el cual, con los datos completos y adecuados se pueden realizar planes de atención tan efectivos, que de emplearlos en el momento adecuado se podría enfocar y ayudar en cada una de las necesidades afectadas en el persona, creando así que la persona logre recuperar su salud.

ANEXOS

Estudios de laboratorio y gabinete (Preoperatorio)

Estudios de gabinete:

- ✓ **Ultrasonido endovaginal**, encontrando útero de medida 105x 87mm, mioma intramural de 70 mm con presencia de quiste simple en ovario izquierdo. **(13 Julio 2015)**
- ✓ **Histeroscopia**: endometrio proliferativo **(07 Agosto 2015)**

Endometritis

Miomatosis uterina de grandes elementos (intramural)

- ✓ **Biopsia de endometrio**: como resultado endometrio secretor temprano. **(03 Sep 2015)**

13 Agosto 2015

BH

Leu	6.5
Hb	10.7
Hto	34.5
Plaq	253

Tiempos de coagulación

TP	14.7
TTP	31.2

QS

Glu	88
BUN	13.7
Creatinina	.55

6 Noviembre 2015

BH

Leu	6.5
Hb	10.5
Hto	35.3
Plaq	276

Tiempos de coagulación

TP	14.1
TTP	28.3

QS

Glu	69
BUN	7.8
Creatinina	.49

Estudios de laboratorio y gabinete (Posoperatorio)

7 Noviembre 2015

BH

Leu	15.6
Hb	9.2
Hto	30.5
Pla _q	210

Examen General de orina

Color	Amarillo claro
Densidad	1.005
pH	8
Sangre	+++

QS

Glu	69
BUN	7.8
Creatinina	.49

8 Noviembre 2015

Urocultivo→Negativo

Proteína C Reactiva →7. 477 mg/ dL

10 Noviembre 2015

Resultado pieza patológica

Peso: 550 g.

Medida 14 x 9 x 8.5.

Leiomioma común intramural de 7x 6 cm.

Endometrio con cambios por lisis.



10 DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre tu atención.
5. Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.

⁴⁹ 29 Enero 2016). Cartas de los derechos. CONAMED [en línea] Recuperado de <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas.php>



10 DERECHOS GENERALES DE LAS Y LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

1. Ejercer la profesión en forma libre, sin presiones y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras, que garanticen la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios para el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de garantizar resultados y proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno y respetuoso por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a la actualización profesional en igualdad de oportunidades para su desarrollo personal y a actividades de investigación y docencia de acuerdo con su profesión y competencias.
7. Asociarse libremente para promover sus intereses profesionales.
8. Salvaguardar su prestigio e intereses profesionales.
9. Tener acceso a posiciones de toma de decisión de acuerdo con sus competencias.
10. Recibir de forma oportuna y completa la remuneración que corresponda por los servicios prestados.

⁵⁰ Ídem

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

**Guía de Referencia
Rápida**

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico y Tratamiento
de Miomatosis Uterina

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-082-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Guía de Referencia Rápida

D25.X Leiomioma del Útero

Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis Uterina

GPC

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Miomatosis uterina: Tumores benignos del músculo liso del útero, ocasionalmente malignizan (" 1%). Su tamaño es variable, van desde milímetros hasta grandes tumores que ocupan toda la cavidad abdominal. Están asociados a períodos menstruales abundantes, síntomas de compresión y ocasionalmente dolor. Son dependientes de estrógenos y progesterona, generalmente tienen regresión en la menopausia.

FACTORES DE RIESGO

x El rango de edad de aparición de los miomas uterinos puede ir desde los 20 a 70 años, con mayor incidencia entre los 35 a 45.

x La nuliparidad es un factor de riesgo para el desarrollo de miomatosis uterina

x La obesidad y sobrepeso incrementan el riesgo de desarrollar miomas por el efecto estrogénico sostenido.

X Las condiciones que aumentan la exposición a estrógenos durante la edad reproductiva son factores de riesgo para desarrollar miomatosis uterina; tales como menarca temprana, menopausia tardía, tumores ováricos productores de estrógenos, ingesta de altas dosis y por tiempo prolongados de hormonales orales

DIAGNÓSTICO

- x El 50% de las miomatosis uterinas son asintomáticas
- x La hemorragia uterina anormal se presenta en el 21.4% de las pacientes con miomatosis uterina. Los síntomas de compresión dependen de su localización anatómica y tamaño. El 33% de las pacientes presentan dolor pélvico.
- x El tacto bimanual (recto-vaginal) tiene una alta sensibilidad cuando el mioma mide más de 5 cm.
- x La exploración ginecológica armada coadyuva a llegar a un diagnóstico diferencial.

EXÁMENES DE LABORATORIO

- x El ultrasonido abdominal o transvaginal tienen una sensibilidad hasta del 85% para detectar miomas de 3 o más centímetros
- x Dado que no existe ninguna evidencia que sustente el uso de la histerosalpingografía para diagnóstico de miomatosis uterina no se recomienda su uso rutinario
- x Realizar histeroscopia si los estudios previos no son concluyentes para miomatosis uterina y persiste la sintomatología
- x Se recomienda usar la resonancia magnética, en casos justificados (casos con dificultad diagnóstica o de investigación).
- x A toda paciente mayor de 35 años se sugiere realizar biopsia endometrial para descartar patología maligna.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- x Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh) reducen significativamente el tamaño de los miomas de hasta 35 al 60%. Utilizarlos en las pacientes que van a ser sometidas a miomectomía, pero no por más de 6 meses, por sus efectos secundarios
- x Prescribir la medroxiprogesterona en pacientes perimenopáusicas y exclusivamente para manejo de la hemorragia.
- x El uso de los AINES se recomienda en pacientes con sintomatología leve y/o en espera de tratamiento definitivo.
- x La aplicación de dispositivos endoúterinos de progestágenos puede ser útil en el manejo de la hemorragia, con una reducción del 85% a los 3 meses. Su indicación es en pacientes con alto riesgo quirúrgico, perimenopáusicas o con deseo de conservar el útero.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- xLa miomectomía es un procedimiento que se realiza en las pacientes que desean conservar el útero o con paridad insatisfecha.
- xLa miomectomía se indica sobre todo en miomas de medianos y grandes elementos, reservamos la vía laparoscópica para miomas subserosos de pequeños elementos. La miomectomía vaginal se prefiere en miomas cervicales pediculados.
- xLa miomectomía histeroscópica puede considerarse como la primera línea para el manejo quirúrgico conservador en miomas intracavitarios sintomáticos
- xLa embolización de la arteria uterina es una alternativa de tratamiento que debiera realizarse en casos seleccionados
- xDebe ofrecerse como tratamiento definitivo la histerecomía , en mujeres con miomatosis uterina sintomática y paridad satisfecha, refiriendo alternativas y riesgos
- xLa ablación de endometrio es una opción terapéutica de bajo riesgo quirúrgico en pacientes con miomatosis uterina de pequeños elementos que presentan hemorragia uterina anormal.

REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

1.-Deben ser referidas a 2do nivel de atención a las pacientes que curse con:

- Hemorragia uterina anormal
- Anemia
- Dolor pélvico crónico (dismenorrea, dispareunia)
- Compresión abdominal
- Dolor agudo por torsión de mioma pediculado prolapso de mioma submucoso
- Sintomatología urinaria (hidronefrosis) crecimiento de mioma
- Infertilidad sin más hallazgos que el mioma 2.- El

envío de la paciente a 2º nivel debe incluir:

- Resumen clínico
- Citología cérvico-vaginal
- Ultrasonido pélvico
- Biometría hemática completa
- Perfil de coagulación (tiempo de protrombina y de tromboplastina parcial)
- Gonadotropina coriónica (sub-unidad ù)

3.-Se referirá a tercer nivel de atención aquellas pacientes con miomatosis uterina complicada con patología de fondo que no pueda ser resuelta en 2do nivel o que amerite procedimiento especial o recurso tecnológico.

SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA

- xSe deberán realizar revisiones cada 6 a 12 meses de acuerdo a las características propias de la paciente con ultrasonido de control en primer nivel de atención
- xLas pacientes sometidas a histerectomía deben recibir consejería psicosexual antes y después del procedimiento, por parte del médico tratante en segundo nivel de atención y a largo plazo por parte del médico de primer nivel; solo en casos seleccionados enviarlos a psicología y/o psiquiatría.
- xEl retiro de material de sutura se llevará a cabo en unidades de medicina familiar (área de curaciones), llevando indicaciones precisas por escrito del médico tratante, indicando en que casos debe acudir al servicio de urgencias de segundo nivel (probables complicaciones de la intervención quirúrgica).
- xCitar a la paciente al Servicio de Consulta Externa de Especialidades a los 21 días posteriores al evento quirúrgico, para revisión de las condiciones generales de la paciente, del estudio de histopatología, valorar egreso con contrarreferencia y seguimiento en primer nivel de atención.

INCAPACIDAD

- xLas pacientes sometidas a miomectomía por vía abdominal o laparoscópica o con histerectomía laparoscópica se sugiere una protección con incapacidad de 14 días.
- xCuando el mioma es de más de 4 cm. y la miomectomía es por vía histeroscópica, el tiempo aproximado de recuperación comprende 7 días, por lo que se tendrá que cubrir este periodo con incapacidad.
- xEl tiempo estimado de recuperación en la histerectomía abdominal y vaginal va de las 3 a 6 semanas, por lo que se sugiere una cobertura de incapacidad por 21 días; con individualización de cada paciente.

ESCALAS

CUADRO I. CLASIFICACIÓN ANATÓMICA DE LA MIOMATOSIS

CLASIFICACIÓN	LOCALIZACIÓN ANATOMICA
x Submucoso	Por debajo de la capa mucosa.
x Intramurales	En el espesor de la capa muscular del útero.
x Subserosos	Por debajo de la capa serosa.
x Otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cervical ○ Cornual ○ Intraligamentoso corporal 	

CUADRO II. CLASIFICACIÓN RADIOLÓGICA DE LOS MIOMAS

Mioma de pequeños elementos	Diámetro igual o menor de 2 cm.
Mioma de medianos elementos	Diámetro entre 2 y 6 cm.
Mioma de grandes elementos	Diámetro mayor a 6 cm hasta 20 cm.
Miomatosis gigante	Diámetro mayor de 20 cm.

Tomado de: Costa BL, Silva BF, Ávila FE. Mioma uterino gigante. Ginecol Obstet Méx 2005;73(10):563-565.

BIBLIOGRAFÍA

- Fidas M. et al (2013). La histerectomía total laparoscópica como procedimiento de primera línea en el tratamiento de mujeres con patología benigna del útero. *Ginecol Obstet Mex* [en línea], 81, 448- 553 Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom138d.pdf>
- Aragón F. et al. (2011). Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y meta análisis. *Rev Cubana Cir* [en línea], 50, Ciudad de la Habana. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000100007
- Molina Sosa A, Calvo Aguilar O, Matadamas Zárata C. (2011) Histerectomía total laparoscópica versus histerectomía abdominal uterina con peso mayor de 400 g. *Ginecol Obstet.*[en línea], 79, 613- 620 Recuperado de: <http://losprofesionales.net/articulos/TextoGinObsMexico.pdf>
- Fernández C., Santibañez G., Mancera M, et al. (Abril- Junio 2007) Recomendaciones específicas para mejorar la atención médica en pacientes con miomatosis uterina. *Revista CONAMED.*[en línea], 12, 15- 21 Recuperado de http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REV_43.pdf
- Guía de Práctica Clínica. Diagnostico y Tratamiento de Miomatosis Uterina. México: Secretaria de Salud; 2009. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082_GPC_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS_EVR_CENETEC.pdf
- Jeréz AC, et al. (16 abril 2015). Mioma Uterino: un trastorno frecuente en mujeres en edad fértil. *Revista 16 abril* [en línea] 54, 59- 70. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15257f.pdf>
- Guía de Referencia Rápida. Diagnostico y tratamiento de miomatosis uterina. Secretaria de Salud. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082_GPC_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS_RR_CENETEC.pdf
- Schorage JO, Schaffer JI, Halvorson LM. *Williams Ginecología*. McGraw Hill; 2009
- Velázquez G, Hinojosa JC, Serrano M. (2009) Miomectomía laparoscópica. *Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción.* [en línea] 2, 47- 56 Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/reproduccion/mr-2009/mr092a.pdf>
- Baulies S. et al (2009) Miomectomía laparoscópica frente a laparotomía. *Prog Obstet Ginecol* [en línea] 52, 25- 31. Recuperado de: <http://goo.gl/CnB0BD>
- Gilabert J., Payá A., Ródenas J. (03 Marzo 2011).Histerectomía total laparoscópica. Evolución de la técnica y comparación de resultados en 2 periodos. *Elsevier* [en línea], 54. Valencia, España Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-histerectomia-total-laparoscopica-evolucion-tecnica-90001803>

- Manrique M. Laparoscopia. (3 Nov 2011) Técnica, indicaciones y aspectos más novedosos. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. [en línea] 3- 7, recuperado de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_lps.pdf
- Sardiñas R., (2015) La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba [en línea] 54. Recuperado de <http://www.revquirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/198/104>
- Recari E, Oroz L.C, Lara J.A. (2009). Complicaciones de la cirugía ginecológica. Anales Sis San Navarra. [en línea], 32. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200008
- Ortega R. et al. (Enero- Febrero 2012) Caso Clínico. Paciente Pos operada de Histerectomía Total Abdominal. Desarrollo Cientif Enferm [en línea] 20, 24- 27. Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-024.pdf>
- Seminario J. (2009). Histerectomía Laparoscópica. Rev Per Ginecol Obstet [en línea] 55, 93-99. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n2/pdf/A05V55N2.pdf
- Cortés R. et al. (2012) Histerectomía total laparoscópica: resultados en un hospital de tercer nivel de atención. Ginecol Obstet Mex [en línea] 80, 327- 331. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom125d.pdf>
- Martínez M. et al (2010) Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. Rev Chil Obstet Ginecol [en línea], 75, 247- 252 Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000400006&script=sci_arttext
- Ayala R. et al. (2010) Histerectomía total laparoscópica: estudio descriptivo de la experiencia institucional con 198 casos. Ginecol Obstet Mex. [en línea], 78, 605-611. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom1011e.pdf>
- Ayala R, Olaya E, Hagenbeck F. (2012) La robótica en Ginecología. Antecedentes, viabilidad y conveniencia. Ginecol Obstet Mex. [en línea], 80, 409-416. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom126e.pdf>
- Vargas R, et. al. (2013) Histerectomía total laparoscópica asistida por robot: Experiencia de Clínica Indisa. Rev Chil. Obstet. Ginecol [en línea], 78. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400010
- Duran de Villalobos M. (2011) Disciplina en enfermería. En: Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, Antología. 2º ed. México. Universidad Nacional Autónoma de México. p.37
- Ledesma Pérez M. (2004). Fundamentos de enfermería. México: Limusa.

- Colliere M. (2009) Promover la vida 2ª.ed.Mexico:Mc Graw- Hill
- Tazón M, García J. Asequinolaza L. (2000) Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería, 48-50.
- Sanabria T, Otero M, Urbina O. (2002) Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana Educ Med Super [en línea], 16. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm
- Vallejo JC, Lendinez JF. (2010) Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.1º ed. España.
- Kérouac S, et. al. (2011) Concepciones de Nightingale a Parse. En: Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, Antología. 2º ed. México. Universidad Nacional Autónoma de México. p.87
- Rosales S. (2004) Fundamentos de enfermería. 3º ed. México. Editorial El Manual Moderno.
- (29 Enero 2016).Cartas de los derechos. CONAMED [en línea] Recuperado de <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas.php>
- Martiñón H.(2000) Manejo de la herida quirúrgica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. [en línea] 8, 53- 55. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4k.pdf>
- Guía para la prevención de infección de herida quirúrgica. (2011). Hospital Infantil de México. Recuperado de http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/Guias/GP_INFE_HERIDA_QUIRxRGICA.pdf
- Valer V. Heridas y cicatrización. Cirugía General. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_01_heridas%20y%20cicatrizaci%C3%B3n.htm
- Tapia M., et al.(2003)Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [en línea] 11, pág. 54. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032b.pdf>
- OMS (2012). Caídas. Suiza: OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es>
- Doenges M (2008). Planes de cuidados de enfermería. (7º ed)McGraw- Hill
- Barrón B., Alvarado S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. Instituto Nacional de Cancerología. [en línea] 4, 39-46. Recuperado de

<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>

- Álvarez T. (Julio- Sept 2002) Semiología del dolor. Iatreia [en línea] 15. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932002000300007
- Kopf A., Patel N., (2010). Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos. IASP [en línea] Recuperado de: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf
- Pérez N. et al. (Mayo 2009). Analgesia posoperatoria en cirugía mayor: ¿Es hora de cambiar nuestros protocolos? Rev Soc Esp Dolor. [en línea] 16. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462009000400006&script=sci_arttext&tlng=e
- Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Adultos. México: Secretaría de Salud, 2010. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/415_IMSS_10_Anemia_def_hierro_May2a/EYR_IMSS_415_10.pdf
- Albaramki J., et al (18 Enero 2012). Tratamiento con hierro por vía parenteral versus oral para adultos y niños con enfermedades renales crónicas. Cochrane [en línea] Recuperado de: <http://www.cochrane.org/es/CD007857/tratamiento-con-hierro-por-parenteral-versus-oral-para-adultos-y-ninos-con-enfermedades-renales>