

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con miomatosis uterina y anemia en el  
Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018

**Por:**

Zenaida Celada Chacón

**Asesor:**

Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Lima, 23 de agosto de 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

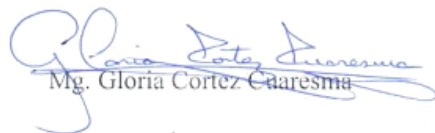
Yo, GLORIA CORTEZ CUARESMA, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con miomatosis uterina y anemia en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018”* constituye la memoria que presenta la CELADA CHACÓN ZENAIDA BEATRÍZ, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Gineco Obstetricia, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintitrés días del mes de agosto de 2019.

  
Mg. Gloria Cortez Cuaresma

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con miomatosis uterina y anemia  
en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Huacho, 2018

# TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en  
Gineco Obstetricia

## JURADO CALIFICADOR



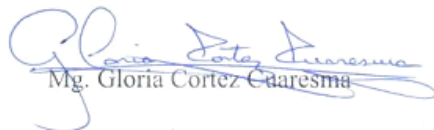
Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Presidente



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Secretario



Mg. Gloria Cortez Caresma

Asesor

Lima, 23 de agosto de 2019

## Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas .....	vi
Índice de anexos.....	viii
Símbolos usados.....	ix
Resumen.....	xi
Capítulo I: Valoración.....	12
Datos generales .....	12
Valoración según patrones funcionales:.....	12
Datos de valoración complementarios: .....	14
Exámenes auxiliares. ....	14
Tratamiento médico.....	17
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución .....	19
Diagnóstico enfermero .....	19
Primer diagnóstico.....	19
Segundo diagnóstico .....	19
Tercer diagnóstico .....	19
Cuarto diagnóstico.....	20
Quinto diagnóstico .....	20
Sexto diagnóstico .....	20
Séptimo diagnóstico .....	20
Octavo diagnóstico.....	21
Noveno diagnóstico.....	21

Décimo diagnóstico.....	21
Planificación.....	22
Priorización. ....	22
Plan de cuidados.....	24
Capítulo III: Marco teórico .....	29
Dolor agudo.....	29
Riesgo de shock.....	33
Riesgo de infección .....	40
Ansiedad.....	45
Insomnio.....	50
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	55
Evaluación por días de atención:.....	55
Primer diagnóstico.....	55
Segundo diagnóstico. ....	55
Tercer diagnóstico. ....	55
Cuarto diagnóstico.....	55
Quinto diagnóstico. ....	56
Conclusiones .....	56
Bibliografía .....	57
Apéndices.....	73

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	14
Hemograma .....	14
Tabla 2 .....	15
Perfil de coagulación .....	15
Tabla 3 .....	15
Grupo y factor .....	15
Tabla 4 .....	15
Examen completo de orina.....	15
Tabla 5 .....	16
Exámenes bioquímicos.....	16
Tabla 6 .....	16
Control hemoglobina hematocrito post transfusión sanguínea de primera y segunda unidad.	16
Tabla 7 .....	16
Control hemoglobina hematocrito post transfusión sanguínea de tercera unidad sanguínea...	16
Tabla 8 .....	16
Informe de ecografía transvaginal (06-06-2019) .....	16
Tabla 9 .....	24
Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico secundario a mioma uterino submucoso pedunculado evidenciado por .....	24
expresión facial de dolor y referencia de dolor EVA igual 6.....	24
Tabla 10 .....	25
Tabla 11 .....	26

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo (catéter venoso en dorso de mano izquierda y en flexura de brazo derecho) obesidad (IMC: 38,52Kg/mt) y disminución de la hemoglobina (7.3gr/dl). .....	26
Tabla 12 .....	27
Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada con factores estresantes (intervención quirúrgica pélvica) evidenciada por incertidumbre y preocupación (“tengo miomas me han dicho que me tienen que operar... no sé cómo quedare”).....	27
Tabla 13 .....	28
Diagnóstico de enfermería: Insomnio relacionada con malestar físico (dolor), factor ambiental (ruidos) evidenciada por dificultad para conciliar el sueño (duerme 4 a 5 horas) despertar temprano. ....	28

## Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	73
Apéndice B: Consentimiento informado .....	76
Apéndice C: Escalas de evaluación .....	77



## **Símbolos usados**

AINES: Antiinflamatorios no esteroideos

ATLS: Advanced Trauma Life Support (Apoyo Vital Avanzado en Trauma)

C: Creatinina

CL NA: Cloruro de sodio

DL: decilitro

EP: Enfermedad Pélvica Infamatoria

EPS: Educación para la salud

ET AL: y otros

EVA: Escala Análoga Visual

FC: Frecuencia cardiaca

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y obstetricia

FR: Frecuencia respiratoria

FUR: Fecha de ultima regla

G: gramo

GABA: ácido gamma aminobutírico

GSC: Glasgow Coma Scale (escala de Glasgow)

Hb: Hemoglobina

HCM: Hemoglobina corpuscular media

IASP: Asociación Internacional para el Estudio de Dolor

IM: intramuscular

IMC: Índice de masa corporal

Kg: Kilogramo

LOTEP: Lúcido, orientado en tiempo espacio y persona.

M2: Metro cuadrado

Mg: miligramos

MI: mililitro

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

NPO: Nada por vía oral

OMS: Organización mundial de la Salud

P.A.: Presión arterial.

PAE: Proceso de atención de enfermería

PPE: Perfil pre operatorio de emergencia

RQ: Riesgo quirúrgico

T: Temperatura

U: Urea

VCM: Volumen corpuscular medio

VS: Volumen sanguíneo

## **Resumen**

La aplicación del proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente M.F.I.R aplicado durante dos días, a partir del primer día de su ingreso al servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital de Huacho, con el diagnóstico médico de Miomatosis Uterina y anemia. Durante los dos días de brindar los cuidados de enfermería, se identificaron diez diagnósticos de enfermería de los cuales se priorizaron cinco que fueron: Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico secundario a mioma uterino submucoso pedunculado evidenciado por expresión facial de dolor y referencia de dolor y EVA igual a 6, riesgo de shock relacionado con hipovolemia, (sangrado vaginal 20 días), hipermenorrea, riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo (catéter venoso en dorso de mano izquierda y en flexura de brazo derecho) obesidad (IMC: 38,52Kg/mt) y disminución de la hemoglobina (7.3gr/dl.), ansiedad relacionada con factores estresantes (intervención quirúrgica pélvica) evidenciada por incertidumbre y preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales (“tengo miomas me han dicho que me tienen que operar... no sé cómo quedare”), insomnio relacionada con malestar físico (dolor), factor ambiental (ruidos) evidenciada por dificultad para conciliar el sueño (duerme 4 a 5 horas) despierta temprano. Los objetivos generales que se formularon fueron: la paciente disminuirá el dolor, evitará shock, disminuirá el riesgo de infección, mitigará nivel de ansiedad y restablecerá patrón de sueño, durante estancia hospitalaria. De los objetivos propuestos, se alcanzaron tres objetivos, mientras que dos objetivos se alcanzaron de forma parcial por ser problemas de alcance multidisciplinario.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, miomatosis uterina, anemia

## Capítulo I

### Valoración

#### Datos generales

Nombre: M.F.I.R.

Edad: 42 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: la paciente adulta madura ingresa en camilla, al servicio de Gineco-Obstetricia derivada de emergencia, por presentar incremento de sangrado vaginal hace nueve horas. Con diagnóstico médico Miomatosis uterina – anemia.

Días de hospitalización: 05 días (del 06 al 11 de junio del 2018).

Días de atención de enfermería: 02 días (06 y 07 de junio del 2018).

#### Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

La paciente tiene antecedentes de cesárea en el año 1995 y 2007 (ambas por presentar pre eclampsia), legrado uterino en el 2008 (aborto), bloqueo tubarico bilateral (2008); no refiere hábitos nocivos ni alergias y presenta una higiene corporal regular. La paciente se muestra ansiosa, intranquila.

Patrón II: Nutricional metabólico.

La paciente presenta temperatura de 36.7°C, peso: 89Kg, talla: 1.52cm. Con IMC de 38.52 que demuestra obesidad, piel hidratada, pálida intacta, tibia al tacto, mucosa oral hidratada, con piezas dentarias incompletas, apetito disminuido, abdomen blando doloroso a la palpación en

hemiabdomen inferior (con masa tumoral que se localiza a nivel de hipogastrio), ruidos hidroaéreos normales.

Presenta GS: O+, Hemoglobina: 7.3 gr/dl (al ingreso).

Patrón III: eliminación.

La paciente presenta flujo intestinal normal de una deposición por día, deposiciones normales, flujo renal normal con una frecuencia de seis a nueve diuresis diarias. Sangrado vaginal (hace 20 días).

Patrón IV: actividad – ejercicio.

En reposo absoluto, ventilando espontáneamente, FR: 19x', saturación de oxígeno: 96%, con pulso: 72x, PA: 100/60mmHg., catéter periférico en dorso de mano izquierda, sin signos de flebitis. No edema, no presenta cansancio. Grado de dependencia III, no utiliza aparatos de ayuda para caminar, fuerza muscular conservada.

Patrón V: descanso – sueño.

Paciente con problemas para conciliar el sueño, debido al dolor y preocupación por la intervención quirúrgica.

Patrón VI: perceptivo - cognitivo.

Paciente orientada en tiempo espacio y persona (LOTEP). No presenta problemas de audición, visión, lenguaje. Con dolor a nivel de hemiabdomen. Presenta una escala de dolor de 6/10.

Patrón VII: autopercepción – autoconcepto.

Paciente ansiosa, actitud negativa, temerosa, preocupada por su estado de salud actual.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

La paciente es ama de casa. Es conviviente y vive con su esposo e hijos; mantiene buenas relaciones con ellos, en forma eventual trabajando a destajo en el campo (corta caña).

Patrón IX: sexualidad/reproducción.

Paciente multigesta (3), partos 02, aborto 01, bloqueo tubárico bilateral.

Al examen físico presenta, mamas no sensibles, blandas, sin presentar signos de inflamación, con pezones formados, sin secreción láctea. Dispareunia, sangrado vaginal en poca cantidad, sin mal olor (recibe ácido tranexámico 1g c/24 horas).

Patrón X: adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.

Paciente tensa, no toma ningún medicamento para calmar su tensión; apoyo emocional de familia y personal de salud. Manifiesta “A veces lloro sola”.

Patrón XI: valores y creencias.

Paciente de religión católica.

### Datos de valoración complementarios:

#### Exámenes auxiliares.

Tabla 1  
*Hemograma*

Hematología	Resultado	Rango de referencia
Glóbulos blancos	8,560	4,500-11,000
Segmentados	66.1%	50-70
Eosinófilos	3.3%..	2.0-4.0
Basófilos	0.3%	0.0-1.0
Monocitos	3.7%	2.0-8-0
Linfocitos	26.6%	25.0-40.0
Glóbulos rojos	3,430.000/mm <sup>3</sup>	4,100.000-5.100.000
Hemoglobina	7.3gr/dl	12.3-15.3
Hematocrito	21.3%	35.0-47.0
Volumen corpuscular medio	73.7fl	80.0-96.0

Hemoglobina corpuscular media	21.3pg	27-31
Recuento de Plaquetas	301,000/mm <sup>3</sup>	150.000-450.000
Volumen plaquetario medio	6.8fl	6.5-9.5

*Fuente: Resultado de laboratorio*

Interpretación: Anemia

Tabla 1

*Perfil de coagulación*

Perfil de coagulación	Resultados	Rango de referencia
Recuento de plaquetas	301,000 mm <sup>3</sup>	150,000-450,000
Tiempo de coagulación	6 MIN 30 SEG	5-8
Tiempo de sangría	2 MIN 30 SEG	1MIN 30 SEG. – 4MIN

*Fuente: Resultado de laboratorio*

Interpretación: Normal

Tabla 2

*Grupo y factor*

Grupo sanguíneo	O
Factor RH	POSITIVO

*Fuente: Resultado de laboratorio*

Tabla 3

*Examen completo de orina*

	Valor encontrado
Examen químico	
Densidad	1015
PH	6
Glucosa	Negativo
Proteínas	Negativo
Nitrito	Negativo
Pigmentos biliares	Negativo
urobilina	Negativo
cetonas	Negativo
Sangre	Positivo
Examen Sedimentos	
Células epiteliales	4-6xC
Hematíes	20-30 x C

Leucocitos	2-4 x C
Cilindros	No se observan
Cristales	No se observan
Gérmenes	Escasos

*Fuente: Resultado de laboratorio*

Interpretación: Sangre positivo, posible mezcla sangrado vaginal.

Tabla 4  
*Exámenes bioquímicos*

Bioquímica	Resultados	Rango de referencia
Glucosa	89mg/dl	70-110mg/dl
Urea	22mg/dl	10-50mg/dl
Creatinina	0.7mg/dl	0.5-1.4mg/dl

*Fuente: Resultado de laboratorio*

Interpretación: Normal

Tabla 6  
*Control hemoglobina hematocrito post transfusión sanguínea de primera y segunda unidad*

	Valor encontrado
Hemoglobina	9.3 gr/dl
Hematocrito	27.6 %

*Fuente: Resultado de laboratorio*

Interpretación: Anemia

Tabla 5  
*Control hemoglobina hematocrito post transfusión sanguínea de tercera unidad sanguínea*

Hemoglobina	10gr/dl
Hematocrito	30%

*Fuente: Resultado de laboratorio*

Interpretación: Anemia

Tabla 6  
*Informe de ecografía transvaginal (06-06-2019)*

Vejiga	Pared de contornos regulares y de 3mm de espesor, homogéneo y adecuado
Útero	Anteversoflexo



---

	L:118mm A-P:74mm T:63mm
	Longitud aproximada del cuerpo uterino es de 14cm de estructura heterogénea, presencia de múltiples miomas: de 25x20mm, 30x20mm (tipo 3) en cara anterior; de 9x11mm (tipo 3) en cara lateral derecha; 33x19mm (tipo3); 3cm (tipo 0)30mm tipo (1) en cara posterior.
Endometrio	No visible por tumoraciones miomatosas, deformado.
Ovarios:	
Derecho	Tamaño y morfología conservable
Izquierdo	Tamaño y morfología conservable
Douglas	Libre
Conclusión:	Miomatosis uterina múltiple

---

### **Tratamiento médico.**

Primer día (06/06/18)

Dieta blanda

CFV-CSV

Na cl 0.9% a30 gts x´

Ácido tranexámico 1g c/24 horas

Diclofenaco 75 mg c/8horas

Hematocrito- hemoglobina de control post transfusión

Se solicita: U, C, G.

Segundo día (07/06/18)

Dieta completa

CFV-CSV

Na Cl 0.9% a 30 gts x´

Diclofenaco 75mg condicional a dolor

Ácido tranexámico 1g c/24 horas

Sulfato ferroso 300mg. vo c/12 horas

Transfusión sanguínea de 01 paquete globular

Eco Pélvica

PPE

RQ

## Capítulo II

### Diagnóstico, planificación y ejecución

#### Diagnóstico enfermero

##### Primer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo.

Características definitorias: expresión facial de dolor, referencia de dolor EVA igual a 6.

Factor relacionado: agente lesivo biológico.

Enunciado diagnóstico: dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico secundario a mioma uterino submucoso pedunculado evidenciado por expresión facial de dolor y EVA igual a 6.

##### Segundo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: riesgo de shock.

Factor de riesgo: hipovolemia.

Enunciado diagnóstico: riesgo de shock relacionado con hipovolemia, (sangrado vaginal 20 días), Hipermenorrea.

##### Tercer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección.

Factor de riesgo: procedimiento invasivo, disminución de la hemoglobina.

Enunciado diagnóstico: riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo (catéter venoso periférico), obesidad, disminución de la hemoglobina (7.3gr/dl.).

**Cuarto diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Características definitorias: incertidumbre, preocupación.

Factor relacionado: factores estresantes.

Enunciado diagnóstico: ansiedad relacionada con factores estresantes (intervención quirúrgica pélvica) evidenciado por incertidumbre, preocupación.

**Quinto diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: insomnio.

Características definitorias: dificultad para conciliar el sueño, despertar temprano.

Factor relacionado: malestar físico, factor ambiental.

Enunciado diagnóstico: insomnio relacionada con malestar físico (dolor), factor ambiental (ruidos) evidenciada por dificultad para conciliar el sueño.

**Sexto diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: riesgo de caídas.

Factor relacionado: hipovolemia, anemia.

Enunciado diagnóstico: riesgo de caídas relacionado con hipovolemia, anemia (hemoglobina de 7.3mg/dl) y debilidad.

**Séptimo diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: deterioro de la dentición.

Características definitorias: ausencia de dientes, placa oral.

Factor relacionado: higiene oral inadecuada.

Enunciado diagnóstico: deterioro de la dentición relacionada con higiene oral inadecuada evidenciada por ausencia de dientes, placa oral.

### **Octavo diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: conocimientos deficientes.

Características definatorias: conocimiento insuficiente, incumplimiento de las instrucciones.

Factor relacionado: información insuficiente.

Enunciado diagnóstico: conocimientos deficientes relacionadas información insuficiente sobre cuidados preventivos de salud evidenciada por conocimiento insuficiente (autoexamen de mamas, higiene dental) e incumplimiento de las instrucciones.

### **Noveno diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: trastorno de la imagen corporal.

Características definatorias: temor a la relación con los demás, preocupación por la pérdida de una parte del cuerpo.

Factor relacionado: proceso de enfermedad, intervención quirúrgica.

Enunciado diagnóstico: trastorno de la imagen corporal relacionada con proceso de enfermedad e intervención quirúrgica pélvica secundario a histerectomía abdominal evidenciado por temor a la relación con los demás, preocupación por la pérdida de una parte del cuerpo (“temo al rechazo de mi esposo, “voy a estar vacía”).

### **Décimo diagnóstico**

Etiqueta diagnóstica: riesgo de baja autoestima situacional.

Factor relacionado: expectativas irreales sobre uno mismo.

Enunciado diagnóstico: riesgo de baja autoestima situacional relacionado con expectativas irreales sobre uno mismo (“después creo que no quedare bien”).

## **Planificación**

### **Priorización.**

1. Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico secundario a mioma uterino submucoso pedunculado evidenciado por expresión facial de dolor y referencia de dolor y EVA igual a 6.
2. Riesgo de shock relacionado con hipovolemia, (sangrado vaginal 20 días), Hipermenorrea.
3. Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo (catéter venoso en dorso de mano izquierda y en flexura de brazo derecho) obesidad (IMC: 38,52Kg/mt) y disminución de la hemoglobina (7.3gr/dl.).
4. Ansiedad relacionada con factores estresantes (intervención quirúrgica pélvica) evidenciada por incertidumbre y preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales (“tengo miomas me han dicho que me tienen que operar... no sé cómo quedare”).
5. Insomnio relacionada con malestar físico (dolor), factor ambiental (ruidos) evidenciada por dificultad para conciliar el sueño (duerme 4 a 5 horas) despierta temprano.
6. Riesgo de caída relacionado con Hipovolemia (sangrado vaginal hace 20 días) anemia (hemoglobina de 7.3mg/dl).
7. Deterioro de la dentición relacionada con higiene oral inadecuada evidenciada ausencia de dientes (premolares), placa oral.

8. Conocimientos deficientes relacionadas información insuficiente sobre cuidados preventivos de salud evidenciada por conocimientos insuficiente (autoexamen de mamas, higiene dental) e incumplimiento de las instrucciones.
9. Trastorno de la imagen corporal relacionada con proceso de la enfermedad e Intervención quirúrgica pélvica secundario a histerectomía abdominal, evidenciado por temor a las relaciones con los demás, preocupación por la pérdida de una parte del cuerpo (“temo al rechazo de mi esposo” (“voy a estar vacía”).
10. Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con expectativas irreales sobre uno mismo (“después creo que no quedare bien”).

**Plan de cuidados.**

Tabla 9

*Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico secundario a mioma uterino submucoso pedunculado evidenciado por expresión facial de dolor y referencia de dolor EVA igual 6*







Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		06/06/2018			07/06/2018		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general	1. Valorar las manifestaciones no verbales de la paciente frente al dolor.						
La paciente disminuirá dolor durante el turno.	2. Valorar características del dolor: localización, intensidad, duración por medio de la expresión verbal de la paciente, aplicando escala de EVA.	8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
Resultados							
1. La paciente presentará facie de alivio y sosiego.	3. Administrar diclofenaco de 75 mg vía IM, aplicando los 5-10 correctos.	8 a.m.	4 p.m.				c
2. La paciente expresará verbalmente disminución de dolor.	4. Valorar funciones vitales.	8 a.m.	4 p.m.				9 p.m.
	5. Manejar el dolor mediante relajación						



Tabla 10

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de shock relacionado con hipovolemia, (sangrado vaginal hace 20 días), Hipermenorrea*

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		06/06/2018			07/06/2018		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general:	1. Valorar nivel de conciencia	8 a.m.	2 p.m.			8 p.m.	
La paciente disminuirá riesgo de Shock, durante el turno.	2. Canalizar dos accesos periféricos con catéter N°18 y mantener vía endovenosa permeable con reposición limitada de líquidos, haciendo uso de soluciones cristaloides como cloruro de sodio al 9 % aplicando 5-10 correctos.	8 a.m.	2 p.m.			8 p.m.	
	3. Mantener en reposo absoluto a la paciente.	→	→			→	
	4. Valorar Diuresis						
	5. Monitorizar funciones vitales: Valorar temperatura corporal	8-10 a.m.	2 p.m.			8—10 p.m y	
	6. Valorar sangrado vaginal a (peso de paños vaginales).	8 a.m.	2 p.m.			6 a.m.	
	7. Administrar hematínicos por vía oral: 300 mg. de sulfato ferroso vía oral cada 24 horas aplicando los 10 correctos	11 a.m.	5 p.m.			8 p.m.	
	8. Administrar 1 g de Ácido tranexámico vía endovenoso cada 8 horas por indicación de médico.	9 a.m.	5 p.m.			6 a.m.	
	9. Monitorizar resultados de laboratorio: Hemograma completo, perfil de coagulación	10 a.m.	3 p.m.				
	10. Mantener paquetes globulares en reserva según indicación médica.	10 a.m.	4 p.m.			6 a.m.	
	11. Educar a la paciente sobre medidas de prevención para evitar sangrado vaginal.	→	→			→	

Tabla 11

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo (catéter venoso en dorso de mano izquierda y en flexura de brazo derecho) obesidad (IMC: 38,52Kg/mt) y disminución de la hemoglobina (7.3gr/dl.)*

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		06/06/2018		07/06/2018			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general:  La paciente disminuirá riesgo de infección durante estancia hospitalaria.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicar medidas de bioseguridad a través de la práctica del lavado de manos, calzado de guantes, antes y después de la inserción y retiro de catéter venoso periférico.</li> <li>2. Inspeccionar zona de inserción de catéter en busca de signos de flogosis.</li> <li>3. Limpiar zona de inserción de catéter periférico utilizando técnicas de asepsia diariamente</li> <li>4. Mantener la permeabilidad del catéter venoso periférico</li> <li>5. Valorar funciones vitales. (Anotar la presencia de escalofrío, taquicardia con o sin fiebre)</li> <li>6. Valorar resultados de laboratorio: hemograma.</li> <li>7. Fomentar la ingesta de líquidos</li> <li>8. Educar a la paciente y familia haciendo énfasis en un plan de alimentación saludable</li> </ol>	→	→				→
		8 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
		8-10 a.m.	2 p.m.				8 p.m.
		10 a.m.	6 p.m.				10 p.m.
		10 a.m.	6 p.m.				6 a.m.
			4 p.m.				6 a.m.
		10 a.m.	4 p.m.				
		→	→				→

Tabla 12

*Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada con factores estresantes (intervención quirúrgica pélvica) evidenciada por incertidumbre y preocupación (“tengo miomas me han dicho que me tienen que operar... no sé cómo quedare”)*




Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		06/06/2018			07/06/2018		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general:	1. Brindar un trato cálido al paciente y familia aplicando como habilidad comunicativa la escucha activa.	8 a.m.	4 p.m.				8 p.m.
La paciente disminuirá ansiedad durante el turno.	2. Proporcionar medidas de confort necesarias.	8 a.m.	4 p.m.				8 p.m.
Resultado:	3. Animar a la paciente para que exprese sus emociones, sentimientos, preocupaciones, percepciones, sobre cambios en su estado de salud	8 a.m.	4 p.m.				10 p.m.
1. La paciente mostrará actitud de tranquilidad, confianza y seguridad.	4. Identificar situaciones que causan ansiedad preocupación.	8 a.m.	4 p.m.				10 p.m.
2. La paciente se mantendrá relajada.	5. Utilizar estrategias de afrontamiento como terapias de relajación simple: ejercicios respiratorios, relajación progresiva y la oración como parte de su rutina.	8 a.m.					10 p.m.
	6. Explicar a la paciente sobre pruebas y procedimientos necesarios, posibles para el acto quirúrgico, así como información necesaria sobre su enfermedad, cuidados después de la cirugía						

Tabla 13

*Diagnóstico de enfermería: Insomnio relacionada con malestar físico (dolor), factor ambiental (ruidos) evidenciada por dificultad para conciliar el sueño (duerme 4 a 5 horas) despertar temprano*

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		06/06/2018			07/06/2018		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente mejorará el patrón de sueño durante hospitalización.	1. Disminuir la intensidad de dolor a través de la administración de analgésicos según indicación médica.	8 a.m.	2 p.m.	.			8 p.m.
	2. Favorecer un ambiente agradable con fuentes mínimas de luz, de ruido y de interrupciones durante la noche.	→	→				→
Resultado: 1. La paciente logrará conciliar el sueño entre 30 a 45 minutos.	3. Utilizar terapia alternativa: como el uso de hierbas medicinales, ejercicios de relajación y musicoterapia.	→	→				→
2. La paciente logrará incrementar horas de sueño.	4. Animar a la paciente a realizar actividades como: bordado, lecturas, crucigramas etc. durante el día.	→	6.30 p.m.				10 p.m.
	5. Brindar información a la paciente y familia sobre todo lo concerniente al insomnio y beneficios de la relajación.	→	→				→

## Capítulo III

### Marco teórico

#### Dolor agudo

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible. (NANDA Internacional 2015).

Asimismo, Carvajal y Ralph (2017) definen al dolor pélvico como “dolor asociado a degeneración o por la torsión de tumores submucoso o subseroso pediculados. En los miomas en degeneración el tratamiento es sintomático, cediendo espontáneamente el dolor en 24 a 48 h”.

Asimismo, Hernández *et al.* (2017) coincide con el anterior autor y agrega que el dolor por miomas también conocidos como fibromas o leiomiomas se producen aproximadamente en el 30 % de mujeres y que este dolor puede estar asociado con fiebre, dolor a la palpación abdominal a nivel uterino. El alivio espontáneo de los dolores dura entre unos días a pocas semanas y que su tratamiento se ve favorecido con el uso de antiinflamatorios no esteroideos. La definición de ambos autores sobre dolor pélvico coincide con el dolor de la paciente en estudio, ya que es originado por masa tumoral miomatosa y submucosa pediculado (puede producir su degeneración del mioma) según datos de la ecografía.

Agregado a ello, Pinto (2015) refiere que el dolor derivado de degeneración del mioma es autolimitado, coincide con Hernández *et al.* Quien refiere que el tratamiento suele ceder con el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

La paciente del estudio de iniciales M.F.I.R, presentó “dolor” localizado a nivel pélvico, este tipo de dolor para Ortiz, Matute y Martínez (2009) es considerado como “dolor Pélvico”, caracterizada por sensación de presión. La capacidad reducida de la vejiga y el sangrado uterino son los síntomas más comunes de la miomatosis uterina. En la paciente M.F.I.R, el dolor pélvico se presentó concomitantemente con sangrado vaginal, tal como explican Ortiz y Martínez, evidenciado por el deseo continuo de miccionar, originado por la presión que el mioma ejercía sobre la vejiga. Rigol y Orlando (2004).

La paciente M.F.I.R. ingresó al servicio refiriendo dolor a nivel pélvico, según escala de EVA= 6. Informe de ecografía transvaginal concluye en presencia de múltiples miomas (Tipo O-3). Según Munro et al (2011) en el esquema de clasificación de acuerdo a la ubicación del mioma por la Federación Internacional de Ginecología y obstetricia (FIGO) describe que los miomas intramurales son de tipo 3,4 se encuentran dentro de la pared uterina, pueden ampliarse y distorsionar la cavidad uterina o superficie serosa, en cambio los miomas de tipo 0, 1, 2 son miomas submucosos, de los cuales el de tipo 0 es mioma submucoso pedunculado es decir que crecen y cuelgan de un pedículo. Para Stewar, y Fletcher (2012) el dolor en la miomatosis está asociado con la torsión de fibromas submucoso o subseroso pedunculados, causando dolor agudo, severo por infarto del mioma. También el dolor en mujeres con miomas está asociado a dismenorrea el mismo que se presenta durante el sangrado al querer expulsar los grandes coágulos y el exceso de sangre, este tipo de dismenorrea se inicia con sangrado y termina repentinamente con sangrado y es muy diferente a la dismenorrea congestiva que se presenta en la endometriosis donde el dolor comienza antes de cualquier sangrado y continua por varios días después que el sangrado ha terminado.

En relación a la paciente en estudio, se evidenció el dolor a través de su facie, situación presente durante el examen físico. También, para Molina y Uribe (2012) el dolor genera una sensación desagradable, afectando la calidad de vida en la paciente por lo que se hace necesario la hospitalización. El dolor agudo se manejó a través de las siguientes intervenciones de enfermería:

Valorar las manifestaciones no verbales de la paciente frente al dolor. Álvarez (2002) refiere que el examen físico a través de la inspección permite observar no solo características físicas y alteraciones corporales como presencia de úlceras fisuras, tumoraciones sino también observar expresiones corporales como la postura, la marcha, expresión facial como las gesticulaciones que denotan dolor. Estas características se han podido evidenciar en la paciente M.F.I.R. Otra intervención de enfermería en el dolor agudo, es valorar características del dolor como: localización, duración, intensidad por medio de la expresión verbal de la paciente. Esta última se realiza aplicando la escala de EVA que consiste según Potter y Perry (2014) en una línea recta que representa una intensidad continuada, los pacientes tienen total libertad para identificar la intensidad del dolor. Para valorar la intensidad del dolor, se aplicó en la paciente en estudio, la escala visual análoga conocida como EVA. Según Herrero *et al.* (2018), en un trabajo denominado “Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios” concluyen que siendo la valoración del dolor una situación compleja, las escalas utilizadas para evaluar dolor son válidas y que el investigador será quien decide cual utilizar en relación a su experiencia y a las necesidades según cada caso. Clarett (2012) refiere que valores inferiores a 4 según EVA significa dolor leve, valores entre 4 a 6 es un dolor moderado y valores mayores a 7 significa dolor intenso. Tomando en cuenta a Clarett (2012), la paciente M.F.I.R. presentó EVA= 6, lo

que corresponde a un dolor moderado que debe ser atendido a través de la administración de analgésicos y/o AINES.

Continuando con las intervenciones de enfermería en el caso de estudio, es administrar Diclofenaco de 75 mg Vía Intramuscular. Según Access Medicina (2017), el diclofenaco es un AINES, fármaco que tiene la función de inhibir la síntesis de prostaglandinas, con efectos antiinflamatorias, efectos antipiréticos y efectos analgésicos. Indicado frecuentemente para el tratamiento del dolor agudo. También Foley (2010) recomienda administrar analgésicos utilizando el esquema escalonado de los tres niveles del dolor, iniciando en el primer escalón con fármacos no opioides como los AINES para dolores de intensidad leve a moderado, en el segundo escalón se encuentra los opiáceos menores para el dolor de intensidad moderado a severo y, por último, en el tercer escalón los opiáceos mayores para el dolor intenso a muy intenso; es decir, utilizar fármacos cada vez más potentes si el dolor no cede. Como es el caso de la paciente en estudio quien presenta dolor pélvico de intensidad moderado de 6 según EVA se maneja el dolor con la administración intramuscular de diclofenaco, sin embargo, ha disminuido ligeramente el dolor de la paciente debido a que la miomatosis está asociado posiblemente con la torsión de fibromas submucoso o subseroso pedunculados, causando dolor agudo de intensidad moderada a severa.

También es importante valorar funciones vitales ya que nos permitirá identificar problemas asociados al dolor; así como evaluar la respuesta del paciente frente a un determinado tratamiento, por ejemplo, el dolor agudo incrementa las pulsaciones, presión arterial y altera la velocidad y ritmo de las respiraciones por efecto de estimulación del sistema simpático cuya función es acelerar las funciones del organismo a fin de mantener la homeostasis corporal. (Potter y Perry, 2014 pág. 712, 713,722).



Por último, otra de las intervenciones es manejar el dolor mediante la aplicación de técnica no farmacológica como la relajación. Para Potter y Perry (2014) la relajación consiste en la reducción de la excitación de los impulsos nerviosos enviados por el cerebro, de esta manera se reduce la actividad cerebral junto con otros sistemas corporales. Para generar respuesta de relajación en la persona se pone en práctica técnica como la concentración mental que generen calma y tranquilidad. Según Granda y Sáenz (2000) las técnicas de relajación son muy utilizadas para el tratamiento de trastornos emocionales, psicosomáticos basados en la toma de conciencia del cuerpo.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, la paciente M.F.I.R. presentó: dolor agudo a nivel pélvico originado por agente lesivo biológico que según definición es desencadenada por una alteración patológica de un tejido, o alteración en el funcionamiento de las células de un tejido u órgano, como indica Lopes Marocco (2017).

### **Riesgo de shock.**

El riesgo es la probabilidad de que ocurra un efecto adverso para la salud de las personas. (Sociedad española de salud ambiental & escuela andaluza de salud Pública, 2016).

Para Echemendia (2011) refiere que la palabra riesgo implica: la posibilidad o probabilidad de perder algo o de obtener resultados negativos, peligrosos o no deseados, el mismo autor también refiere que a mayor probabilidad mayor será el riesgo.

Asimismo, refiere que un factor de riesgo son las características o circunstancias de una o más personas que tienen probabilidad de estar expuesta a desarrollar o padecer una enfermedad. (Citado en Echemendia, 2011, p. 473-474).

Según Jiménez y Montero (2010) el shock es la falta de capacidad que tiene el aparato circulatorio para aportar cantidad de sangre requerida a los tejidos, por lo que se origina

inadecuada perfusión tisular, así como disminución de oxígeno y nutrientes a la célula. Fisiopatológicamente una de sus clasificaciones es el shock hipovolémico, definido como “disminución del contenido vascular ya sea por pérdidas o por acumulación de líquido en el tercer espacio”. Entre las causas se encuentran los inducidos por hemorragias e inducidos por pérdida de fluidos (diarrea vómitos etc.). Al igual que otros tipos de shock presentan signos y síntomas comunes como son hipotensión, oliguria, piel fría, diaforesis, alteración del estado de conciencia y acidosis metabólica. A partir del 30% de pérdida de la volemia hay descenso de la presión arterial.

Igualmente, Almada (2018) define shock como un “síndrome” caracterizado por la insuficiencia que tiene el corazón y la circulación periférica de mantener en forma continua la irrigación sanguínea hacia los órganos vitales. Cuando se presenta bajo flujo sanguíneo o distribución irregular sanguínea produce disminución del oxígeno en los tejidos y fallo metabólico celular (alteración del proceso para obtener energía). Entre los tipos está el Shock hipovolémico que se caracteriza por pérdida rápida y masiva de volumen de sangre circulante en la persona que acompaña a problemas quirúrgicos o patológicas como por ejemplo la hemorragia ginecológica. La paciente en estudio no presenta pérdida masiva y rápida de secreción hemática por vía vaginal, las pérdidas son escasas.

NANDA (2015-2017) define al riesgo de shock como “vulnerable a un aporte sanguíneo inadecuado para los tejidos corporales que pueden conducir a una disfunción celular que constituya una amenaza para la vida, que puede comprometer la salud”.

También Longo *et al.* (2012) agrega que el cuerpo utiliza un mecanismo compensatorio irrigando el corazón y cerebro mientras se restablece en lo posible el volumen sanguíneo circulante. Durante el shock hipovolémico, se produce incremento de la actividad simpática,

oliguria, hiperventilación, colapso de las venas de capacidad, se liberan hormonas de estrés, expansión del volumen intravascular mediante el reclutamiento de líquido intersticial e intracelular. Si hay presencia de signos de inestabilidad hemodinámica y se evidencia el origen de la disminución del volumen el diagnóstico será fácil.

En el presente caso la presencia de miomas se constituye en una amenaza para la vida de la paciente. Los “miomas submucosos como los intracavitarios tienden a producir con mayor frecuencia sangrado” (Citado en Ortiz *et al.* 2009. P.227).

Igual opinión tienen Carvajal y Ralph (2017) quienes refieren que un síntoma muy frecuente de la miomatosis uterina es el sangrado excesivo menstrual en cantidad y duración conocido como Hipermenorrea (sangrado menstrual mayor a 80 ml /ciclo, lo habitual es de 30 a 40 ml /ciclo) debido principalmente a la presencia de miomas submucosos. A nivel del miometrio, los miomas comprimen venas vecinas y pueden producir dilatación de las vénulas endometriales distales de tal manera que con la menstruación se desprende el endometrio, las vénulas se rompen dando lugar a la hipermenorrea.

Otro estudio aplicado a 79 mujeres, denominado “anemia y miomatosis uterina en mujeres atendidas en el hospital universitario, realizado por García (2017) concluye que en relación con la severidad de anemia en mujeres con miomatosis uterina el 46.84 % de las pacientes en estudio presentaron anemia severa con hemoglobina menor a 7 g/dl, por lo que requirieron transfusión sanguínea de concentrado de glóbulos rojos. El 36.71% presentó anemia moderada la cual fue corregida con medidas farmacológicas (Hierro oral), un 16.46% presentó anemia leve la cual fue manejada con medidas nutricionales. En el presente caso la paciente a pesar de presentar un cuadro de anemia moderada (7.3gr/dl) se le realizó transfusión sanguínea

de dos unidades por la hipovolemia y relacionada a su patología como es la miomatosis uterina sintomática.

Otro estudio realizado por Yupanqui (2015), denominado: “Intervención de Enfermería en Miomatosis Uterina más Diabetes Mellitus tipo 2”, en el Hospital Rafael Ruiz Pujili en Cotopaxi Ecuador. Consideró dentro de su Plan de atención en segundo orden a la etiqueta riesgo de déficit de volumen de líquidos manifestado por pérdidas excesivas a través de vías anormales (flujo menstrual abundante y diaforesis). La paciente en estudio presenta como diagnóstico de enfermería riesgo de shock; diagnóstico que no coincide con los estudios anteriores presentados en similar situación que la señora M.F.I.R, porque el sangrado vaginal en los días que se atendió (2 días) fue controlado tanto con la reposición de líquidos endovenosos, así como hemoderivados, etc. Sin embargo, por el tipo de mioma, la paciente quedaba vulnerable al sangrado profuso con inminente pérdida incontrolable de volumen sanguíneo que ponía en riesgo la vida de la paciente. Cabe recalcar que el caso no tenía otras pérdidas por catéteres, diaforesis, vómitos etc. Los conocimientos y la puesta en práctica de medidas preventivas para evitar el shock hipovolémico en el cuidado enfermero, será de suma importancia para recuperar y conservar la salud. Frente al presente riesgo se realizaron las siguientes intervenciones:

Valorar el nivel de conciencia haciendo uso de la escala de Glasgow. Cuando las hemorragias son leves el cerebro no se afecta ya que tiene la capacidad de compensar cambios de la presión de perfusión, sin embargo, se puede presentar ligeros cambios en la agudeza mental, como estados de ansiedad (shock hipovolémico de clase II). Cuando se presentan estados de gravedad de la hipovolemia se observa confusión, letargo, coma (Rock & Jones, 2010.p. 205-209-210). En el presente caso, la paciente en estudio ingresa al servicio con una escala de Glasgow de 15 puntos. Otra de las intervenciones de enfermería consiste en canalizar accesos

periféricos (dos accesos) con catéter N°18, son de grueso calibre, más rápidas y accesibles (Sáez et al., 2016). También es importante procurar a la paciente un medio de llamado y favorecer el reposo absoluto. Para Potter y Perry (2014) el timbre a la mano evita el riesgo de fatiga y accidentes y el reposo en cama es sinónimo de calma física. Sin embargo, Porras (1991) menciona que el reposo sirve como ayuda terapéutica y tiene la finalidad de prevenir complicaciones, pero en pacientes que permanecen de mediano a largos periodos de reposo en cama, surgen una serie de cambios fisiológicos en diferentes sistemas debido a la falta de actividad y por “cambios en el vector gravitacional” lo que puede llevar a efectos no exactamente positivos. La paciente de iniciales M.F.I.R. se mantuvo en reposo absoluto los primeros días, ya que en el transcurso de la semana fue operada de una histerectomía.

Asimismo, en las pacientes con riesgo de shock es importante valorar la diuresis. Según Ibars y Ferrando (2014), refieren que las diuresis horarias permiten evaluar el flujo sanguíneo renal. La presencia de alteraciones en el volumen de la orina como en el caso de la oliguria (emisión de orina menor de 500 ml en 24 horas) puede presentarse “como resultado de factores pre renales (hipovolemia)”. La paciente en estudio presento una diuresis de 1800cc de orina en 24 horas y una diuresis horaria de 66cc/hora el mismo que está dentro de parámetros normales.

También otra de las intervenciones consiste en monitorizar funciones vitales ya que son indicadores del estado de salud de una persona (Zamora Manual de la enfermera, 2009) entre los cuales se menciona la frecuencia cardiaca como uno de los parámetros que nos permite evaluar el estado hemodinámico de la paciente. Cuando se presenta sangrado vaginal activo se incrementa la frecuencia cardiaca. La saturación de oxígeno a través del uso de un pulsioxímetro es de utilidad para evaluar la oxigenación de la sangre arterial y, como ayuda cuando se realiza

reanimación agresiva con fluidos ya que al detectar que hay una disminución de la saturación se suspenderá la administración de líquidos.

Otro de los signos vitales a evaluar es la temperatura, la misma que guarda relación con la frecuencia cardiaca ya que nos permite interpretar la respuesta del órgano importante como es el corazón frente a las demandas metabólicas. Para el presente autor la valoración de la temperatura cutánea es otro parámetro importante que “permite evaluar la resistencia vascular, vasoconstricción”, la cual se realiza comparando la temperatura del brazo, antebrazo y dorso de la mano a través de la palpación; por ejemplo, si hay disminución de la temperatura a nivel distal hay “vasoconstricción, por lo tanto, un gasto cardiaco bajo y probablemente hipovolemia”. En relación con la presión arterial no se considera hipotensión como signo de hipovolemia (Morales, 2010, p.300). A la paciente en estudio, al momento de ingreso, presentaba funciones vitales: temperatura de 36.7°C, frecuencia cardiaca de 72 x., P.A.:100/60mmHg., FR: 19x’, saturación de oxígeno de 96%, se encontraba despierta, en alerta con un Glasgow de 15 puntos, ventilando espontáneamente con una diuresis de 24 horas de 1800 cc y diuresis horaria de 75cc/hr. lo que significa que hemodinámicamente se encuentra estable, compensada con adecuada irrigación renal, cerebral, aunque presenta piel pálida y fría al tacto.

Luego debemos valorar sangrado vaginal (peso de paños vaginales), como menciona Jimenez, Zomoza y Tarrío (2009). Las pérdidas sanguíneas por vía vaginales es una de las causas frecuentes de anemia por lo que se hace necesario el monitoreo permanente en el peso de los paños a fin de evaluar el inicio, la cantidad, frecuencia, duración, relación con actividades, si va acompañada de dolor, etc. En el caso de nuestra paciente con patología orgánica de miomatosis se evaluó en forma visual la cantidad de paños durante el turno (01 paño) equivalente a una pérdida de 50cc de sangre.

También administrar hematínicos como el sulfato ferroso de 300 mg. vía oral cada 24 horas, aplicando los 10 correctos. Para Manual de enfermería Zamora (2009) la administración de hierro se realizará de preferencia antes de los alimentos y de preferencia con bebidas cítricas como la naranja, limón, mandarina. Para favorecer la absorción del hierro.

Otra intervención de enfermería es administrar 1 g de Ácido tranexámico vía endovenoso cada 8 horas según terapéutica médica. Félix (2018) propone que “la resucitación hemostática agresiva se debe combinar con un control de la hemorragia igualmente agresivo”. El ácido tranexámico, debe administrarse a todos los pacientes con hemorragia no controlada que requirieron transfusión de sangre. Según Vademécum (2010), el ácido tranexámico es un agente antifibrinolítico usado como tratamiento profiláctico y curativo de las hemorragias por aumento de fibrinólisis indicado en hemorragia debido a mioma de útero. También es importante monitorizar resultados de laboratorio: Hemograma completo: hemoglobina, hematocrito, plaquetas, urea y creatinina. Según Perry y Potter (2014) refieren que el monitoreo constante de los resultados de hemoglobina y hematocrito, permiten asumir conductas oportunas al personal de salud. Para Barba, y Suarez (2015) manifiestan que la hemoglobina y hematocrito brindan información sobre la severidad del sangrado, permiten valorar si la paciente tiene necesidad de recibir transfusión sanguínea. Es necesario mantener paquetes globulares en reserva según indicación médica. Como menciona Guerrero y Jankelevich (2017), quienes afirman que los paquetes globulares con sus respectivas pruebas cruzadas permiten evitar complicaciones inmunológicas y demoras. Por todo lo mencionado, se realizaron coordinaciones necesarias para tener los paquetes listos y preparados para cuando sea necesario como en el caso de nuestra paciente en estudio.

Como última intervención, se hace necesario educar a la paciente sobre la importancia de adoptar medidas de prevención para evitar sangrado vaginal. Según la OMS la educación para la salud (EPS) “comprende las actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud” (citado en Herrera, Torres, y Mujica, 2015, p 7). A la paciente en estudio se le explica y se le brinda la información necesaria sobre la importancia de asumir una conducta de prevención y de autocuidado dada su condición actual de salud.

### **Riesgo de infección**

NANDA (2015), sobre refiere “Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud”. Esta vulnerabilidad se presenta a través de los factores de riesgo como enfermedad, procedimientos invasivos, exposición a patógenos ambientales etc.

Según Potter y Perry (2014), la infección como la entrada y multiplicación de un agente infeccioso en los tejidos del huésped, provocando signos y síntomas, esta se desarrollará si la cadena está intacta en el ciclo. Participan de este ciclo: agente infeccioso, un reservorio, salida del reservorio, modo de transmisión una puerta de entrada del huésped y un huésped susceptible, una forma de minimizar el proceso infeccioso es a través de la aplicación de técnicas asépticas. Dentro de los factores de riesgo de Infección se consideran a las defensas primarias y las defensas secundarias inadecuadas las mismas que se manifiestan al producirse la ruptura de la piel cuando se inserta un catéter venoso periférico o cuando se produce el descenso de los niveles de hemoglobina, aspectos presentes en la paciente.



Zamora (2009) denomina infección el ingreso al organismo de agentes virales, bacteriano o micóticos, que ponen en riesgo la vida del paciente y pueden transmitirse al personal de salud o a otros pacientes.

Según Pujol y Limón (2013), existe riesgo de infección relacionada con el procedimiento invasivo como es el uso de catéter periférico. En el caso de nuestra paciente permaneció con catéter periférico desde su ingreso (actualmente dos días) que va a depender de factores de riesgo que están asociadas sobre todo con la manipulación del catéter durante su inserción. Como menciona Bravo, Caballero, Charris y Ortega (2018), los catéteres venosos periféricos representan para el personal de enfermería un instrumento necesario en su trabajo y para condiciones clínicas de los pacientes ya que a través de ellos podemos administrar nutrientes fármacos, hemoderivados, se puede realizar Fluidoterapia. Pero hay algo muy importante que debemos de considerar como prioridad y es la seguridad de la paciente antes de iniciar este proceso pues de lo contrario se generan complicaciones como extravasaciones, obstrucción del catéter y flebitis (más común). El riesgo de aparición de complicaciones va a estar relacionada con el tiempo de permanencia por lo que habitualmente y en la actualidad su uso es de corta duración. En otro estudio de Investigación de Sebastián, Nuñez, Martín, Gonzales, Lema, y Salvadores (2011), denominado “Impacto de la Implantación de recordatorios para disminuir eventos adversos en Pacientes con Accesos venosos periféricos” concluyen que un listado de recordatorios que incluyen los pacientes con acceso periférico permite disminuir el número de flebitis y extravasaciones. Según Chumillas, Sánchez y Sanchez. (2002), en el Plan de Cuidados para la prevención de la flebitis por inserción de catéter periférico, consideran como primer diagnóstico de enfermería el riesgo de infección en relación con inserción de catéter venoso periférico. La paciente en estudio tiene dos catéteres venosos periféricos (uno para tratamiento y

el otro acceso periférico para transfusión sanguínea) lo que incrementa su riesgo de infección por que la superficie corporal considerada como primera línea de defensa, ha sido alterada por la punción al momento de inserción del catéter ya que se considera que todo procedimiento invasivo aumenta el riesgo de infección (Potter y Perry, 2014).

Otra de las condiciones que hacen susceptible a la paciente, por las condiciones que actualmente presenta, aumentando posibilidades de infección como es la disminución de hemoglobina (7.3mg/dl al ingreso) debido a disminución de glóbulos rojos, estas deficiencias se denominan anemia y se puede presentar por pérdida rápida de sangre y lenta producción de hematíes o células sanguíneas. (Manual de Enfermería Zamora, 2009) como es el caso de la paciente pues presenta como sintomatología hipermenorrea. La clasificación de las anemias va a depender del tamaño de los hematíes (VCM) y al contenido en hemoglobina de los mismos (HCM). Los parámetros se obtienen a través de la lectura del hemograma, según el tamaño hablamos de anemias normocrómicas, hipocrómicas e hipercromías. Las anemias por déficit de hierro normalmente son microcítica e hipocrómica. (Guzmán., 2016, p.412) como en el caso de la paciente pues presenta un VCM de 73.7fl y un HCM de 21.3pg. Asimismo, en el caso de una mujer adulta cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 12 g/dl, se clasifica según su severidad en anemia leve a: Hb 10.1-+10.9g/dL. ; Anemia moderada: Hb 7.1-10 g/dl; anemia severa: Hb menos de 7 g/dl (OMS, 2001. Nuestra paciente en estudio ingreso con valores de 7.3 g/dl el cual estaba dentro de la clasificación de anemia moderada. Actualmente presenta nivel de hemoglobina de 9 g/dl siendo la clasificación actual de anemia leve.

Por último, su condición personal como es la obesidad (IMC: 32. Kg/mt) eleva la posibilidad de infección por el aporte relativamente menor de sangre a los grandes depósitos de grasa subcutánea (Sabiston, y Kim 1999).

Hernández, Gonzales, y Sáenz (2008) realizaron un estudio de cohortes prospectivo denominado Características de los efectos adversos detectados en una unidad de Cuidados intensivos adulto del Hospital Universitario de Salamanca España desde octubre del año 2005 a mayo del 2006, con las siguientes conclusiones, la infección nosocomial fue el efecto adverso más frecuente y los principales factores asociados con la aparición del efecto adverso fue la obesidad.

El por todo lo mencionado, el personal de enfermería, deberá tomar decisiones, valorando la condición actual de la paciente y ejecutar acciones a fin de que la pronta intervención quirúrgica: histerectomía no incremente aún más su condición de riesgo. Frente a este problema identificado de la paciente como es el riesgo de Infección relacionado con proceso invasivo: catéter periférico, disminución de la hemoglobina y obesidad, se realizaron las siguientes intervenciones:

Aplicar medidas de bioseguridad a través de la práctica del lavado de manos, calzado de guantes, antes y después de la inserción y retiro de catéter venoso periférico. Doenges (2008) refiere que el lavado de manos es la primera línea de defensa contra las infecciones y reduce el riesgo de contaminación cruzada. Mantener la permeabilidad del catéter venoso periférico utilizando cloruro de sodio al 9%, mínimamente cada 24 horas (Gonzales, Arguelles & Martínez, 2013). El estudio de investigación de Rosales y Santiago (2018) corrobora lo mencionado anteriormente a través de la investigación denominada “cuidados de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes portadores de catéter venoso periférico”, en donde refieren que luego de administrar medicamentos altamente concentrados debemos de lavar la vía con cloruro de sodio al 9%, así mismo los cambios de vías que no se consideran urgentes se deberán de realizar en el turno de mañana.

También es necesario valorar las funciones vitales y registrar la presencia de escalofrío y taquicardia. Controlar funciones vitales según Doenges (2008) podría ser indicador de un proceso inflamatorio, que precisa de evaluación y tratamiento. Asimismo, es importante anotar la presencia de escalofrío, taquicardia con o sin fiebre. En el presente caso nuestra paciente en estudio se encuentra hemodinamicamente estable con una temperatura de 36.7°C, frecuencia cardiaca de 72 x'.

Valorar resultados de laboratorio: hemograma. Según Rodríguez (2013), dice que uno de los exámenes básicos para diagnóstico del paciente es el hemograma que nos indica si presentamos anemia o infección. Nos permite conocer cantidades en porcentajes de lastres poblaciones celulares como son eritrocitos, leucocitos y plaquetas.

Fomentar la ingesta de líquidos estimula al sistema inmunitario y activo los mecanismos de defensa natural (Potter y Perry ,2003).

Finalmente, educar a la paciente haciendo énfasis en un plan de alimentación saludable Según la OMS nos ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas y a la aparición de enfermedades como la diabetes y la obesidad. La indicación básicamente esta direccionada hacia el incremento en el consumo de frutas, verduras, cereales, menestras, frutos secos.

Disminuir el consumo de la dieta diaria: alimentos procesados (atún, frugos, yogurt, panes, etc. grasas saturadas (carne, mantequilla), grasas trans (pizzas, tartas, galletas) y la sal. Hasta lograr la eliminación total de nuestra dieta diaria. Nuestra paciente en estudio posiblemente tenga una alimentación inadecuada, determinado por su contexto cultural, sus hábitos, y su actividad física. Actualmente, presenta un IMC de 38.52kg/m<sup>2</sup> que en el futuro podría generar repercusiones graves en su salud.

## **Ansiedad**

Según Rojas (2014), la ansiedad es una experiencia emocional subjetiva en la que la persona tiene una percepción sin claridad, sin precisión de algo que amenaza que se produce por nada y que genera hiperactivación fisiológica (se manifiesta con reacciones físicas, psicológicas) generando vivencia de temor, miedo, anunciación de sucesos negativos, preocupación, pensamiento negativos, pesimismo como es el caso de la paciente a través de expresiones como: “tengo miomas, me han dicho que me tienen que operar...no sé cómo quedare...después creo que no quedare bien”.

De igual manera, Fornés, J. (2012) coincide con el anterior autor y define a la ansiedad como vivencias de sensaciones negativas como nerviosismo, miedo, angustia que surgen como respuestas ante situaciones que se considera como una amenaza, muchas veces de causa desconocida.

También el Diccionario de la Lengua Española (2018) dice que ansiedad es el “estado de agitación, inquietud, o zozobra del ánimo. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, y que no permite sosiego a los enfermos”.

Segun Stuart, y Laraia afirman que la ansiedad es subjetiva, basada en percepciones, en experiencias emocionales, sentimientos que tienen la persona. Para ambos autores “la ansiedad precede a toda experiencia nueva” (Citado en Gonzales, J.M. 2014, p.2). En el presente caso esta última afirmación de las autoras no se cumple ya que nuestra paciente en mención está nuevamente vivenciando emociones negativas como malestar interior de incertidumbre, temor y preocupación pues a pesar de que ya tiene experiencias anteriores de intervenciones quirúrgicas volver a someterse a una nueva experiencia significa una nueva amenaza a su individualidad e integridad. De manera análoga, Quinteros, Yasnó, Riveros, Castillo y Borrález (2017) en el

estudio de investigación denominado “Ansiedad en el paciente pre quirúrgico: un problema que nos afecta a todos” concluyen que los pacientes que tuvieron antecedentes quirúrgicos previos también presentan ansiedad.

NANDA (2015) define a la ansiedad como “sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (...) sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro”.

La ansiedad intensa, si no es controlada antes de la intervención quirúrgica puede generar efectos negativos haciendo “más larga y difícil la convalecencia, aumentando la percepción del dolor postoperatorio” (Bagés *et al.*, 2015).

En relación a los factores estresantes, Potter y Perry (2014) refieren que son estímulos que preceden o precipitan el cambio, y se pueden clasificar en internos a aquellos que tienen su origen en la persona (por ejemplo, la menopausia, como la paciente interpreta las dificultades) y externos a aquellos que tienen su origen fuera de la persona (enfermedad, un cambio en el papel social, familiar, presión o estímulo a los cuales nos someten los demás). Al respecto Barrilero refiere “La cirugía es un potente estresor... ( ) depende de la enfermedad, de los procedimientos a realizar y sus consecuencias, por lo que el paciente va a vivir la experiencia quirúrgica como estresante” (citado en Varela, Sanjurjo, Varela & Blanco, 2011. p.9).

Similarmente, Sotillo (2012) también refiere que “no hay un único factor para la ansiedad sino el producto o la suma de variables biológicas, ambientales, personalidad y estilo de aprendizaje”. Según el mismo autor desde el punto de vista biológico la ansiedad está predeterminado genéticamente y se caracteriza por “disfunción del sistema serotoninérgico del GABA (ácido gamma amino butírico, receptor de los benzodiazepinas fundamentalmente en la amígdala) o una hiperactividad noradrenérgica” que hace que el sistema nervioso de la persona

responda con angustia ante un estímulo. Las respuestas de ansiedad son provocadas por estos factores estresantes o estresores entre ellos se menciona los procesos quirúrgicos.

Además, Fernández (2009) afirma “junto al impacto psico biológico propio de toda cirugía está presente la pérdida de un órgano que suele suponer el símbolo de lo femenino” generando situación de incertidumbre.

De la misma forma, Urrutia y Riquelme (2009), en otro estudio de investigación aplicado a 120 mujeres denominado “significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas”, concluyen que la extracción del útero representa para la mujer experiencia de pérdida que, si bien significa un alivio de la enfermedad, “también implica dolor, tristeza y soledad”.

Según la teoría de Merle Mishel sobre incertidumbre, la define como “incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad”; es decir, la persona tiene idea, tiene conceptos sobre su enfermedad que le permite entender de cierta manera su enfermedad, pero también pueden hacer que la persona evalúe inadecuadamente una situación estresante. Cuando se presenta una enfermedad la incertidumbre se manifiesta con “ambigüedad, complejidad (relacionado al tratamiento y al sistema de cuidado; falta de información sobre el diagnóstico y la seriedad de la enfermedad; falta de predicción sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico” (Citado en Trejo, 2012, p.35). Frente a este problema identificado la enfermera realizará sus intervenciones planificadas como:

Brindar un trato cálido al paciente y familia aplicando como habilidad comunicativa la escucha activa. Según el estudio de investigación de Lagos, Matos y Urrutia (2016) denominado: “Calidez en enfermería: formulación de constructo y variables relacionadas” refieren que al momento de cuidar a pacientes aparece la calidez como un elemento obvio, sin embargo “no existe un modelo teórico de calidez en enfermería, lo que dificulta su gestión”. Para ello, las

autoras realizaron la revisión de textos, y artículos sobre definiciones de calidez en enfermería ya que es considerado como un fenómeno subjetivo necesaria para mantener las relaciones humanas. Luego de la exploración teórica definen conceptualmente calidez en enfermería como “capacidad de establecer y mantener una relación cercana, de acogida, que demuestre por medio de comportamientos verbales y no verbales: ternura, confianza, afecto, cariño y calor humano; de manera que para el otro signifique una experiencia agradable”.

Schultz y Videbeck (2013) dicen que la paciente puede considerar que cualquier grado de ansiedad es malo y carece de utilidad, por ello es importante animar a la paciente para que exprese sus emociones, sentimientos, preocupaciones, percepciones, sobre cambios en su estado de salud. La paciente se sentirá más tranquila si la enfermera está tranquila y si la paciente piensa que la enfermera tiene el control de la situación (Schultz y Videbeck, 2014).

También es importante proporcionar las medidas de confort necesarias. Perry y Potter (2014) afirma que el proporcionar medidas de confort al paciente reduce la ansiedad y favorece su cooperación durante su cuidado. Igualmente, Schultz y Videbeck (2013) afirman que el proporcionar un ambiente favorable, libre de ruidos y de interrupciones significa disminuir estímulos externos y por ende, disminuir la conducta ansiosa.

También es necesario identificar las situaciones que causan ansiedad y preocupación en la paciente, a través de una entrevista dirigida a ella y a la familia. Para Perry y Potter (2014), refiere que el conocimiento del origen de la ansiedad ayuda a la enfermera en la tarea de apoyo y comunicación con el paciente.

Otra intervención consiste en utilizar estrategias de afrontamiento como terapias de relajación simple: ejercicios respiratorios, relajación progresiva y la oración, como parte de su rutina de la paciente. Para Gantiva, Luna, Dávila y Salgado (2010), las estrategias de



afrontamiento son un conjunto de recursos y esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, orientados a resolver el problema, a reducir y a eliminar la respuesta como la ansiedad.

Granda, A. y Sáenz, R. (2000) afirman que los ejercicios de relajación son opciones efectivas que no requieren sustancias químicas para atenuar la ansiedad, se ahorra energía, permite sentirse tranquilo y sosegado.

Por último, explicar a la paciente sobre pruebas y procedimientos necesarios, posibles para el acto quirúrgico, así como información necesaria sobre su enfermedad, cuidados después de la cirugía, el cual se corrobora en el estudio de investigación de Deza (2013) titulado “Cuidado pre operatorio de histerectomía en el nivel de ansiedad de la mujer” aplicado a 150 mujeres en el periodo preoperatorio de histerectomía, llegando a la conclusión de que el programa educativo influyó significativamente en disminuir la ansiedad en las pacientes, en el pre operatorio de histerectomía ya que disminuyó su nivel de ansiedad.

La paciente de iniciales M. F. R. I. se encuentra susceptible experimentando emociones como la ansiedad, relacionada a su percepción del efecto de su enfermedad. La paciente tiene conocimiento de que va a ser intervenida quirúrgicamente de una histerectomía abdominal y a pesar de ya ha tenido experiencias similares de intervenciones quirúrgicas anteriores esta intervención es una nueva experiencia, una nueva vivencia y por lo tanto estresante, situación que lo considera como amenazante (le van a retirar una parte de su cuerpo) y que genera en ella respuestas emocionales como ansiedad, incertidumbre, temor, por todo lo mencionado; es importante que el personal de enfermería brinde los cuidados necesarios a través de sus intervenciones considerando no solo la parte física sino también el aspecto emocional, es decir, al paciente en su totalidad, para ello iniciar el contacto con la paciente y familia a través de un

trato cálido como aspecto base de la comunicación que permitirá que la paciente se exprese y se libere así como brindar apoyo emocional y educativo en la etapa prequirúrgica.

### **Insomnio**

Carrillo, Barajas, Sánchez, y Rangel (2018) definen al insomnio como “dificultad para conciliar o mantener el sueño, acompañada de una sensación de sueño no reparador” según el mismo autor refiere que entre las causas más comunes se encuentran los factores estresores que pueden ser físicos, psicológicos, psicosociales e interpersonales siendo la prevalencia de insomnio en mujeres con edades que comprenden entre los 40 y 60 años de edad.

Según Pérez (2016), las horas de sueño van a depender de nuestra edad, tal es así que en el adulto es de 7 a 8 horas durante la noche y en la senectud disminuye a menos horas. Nuestra paciente en estudio es una adulta madura con 42 años de edad y según los datos obtenidos solo duerme entre 4 a 5 horas.

En el año 2014, según la American Academy of Sleep Medicine (AASM), una de las clasificaciones del insomnio es el denominado de corta duración que se caracteriza por tener dificultad para mantener o iniciar el sueño y que “aparece por periodos de tiempo inferiores a los tres meses”. Este tipo de insomnio puede aparecer como producto de enfermedades o asociados a factores precipitantes relacionados con acontecimientos vitales (citado en Teran y Alonso, 2016, p.19-20). La paciente de iniciales M.F.R.I. informa que presenta enfermedad ginecológica como la miomatosis que le causa molestias como sangrado vaginal y dolor por lo que la paciente se “queja “de que no puede dormir por efecto del mismo se levanta a cualquier hora de la noche. Es decir, el sueño se ve interrumpido principalmente por esta sensación desagradable.

Asimismo, Martín (2016) coincide con el anterior autor en reafirmar que algunas situaciones causan insomnio como las llamadas enfermedades médicas que presentan

sintomatología de dolor, agrega también que las causas externas o factores ambientales que tienen que ver con características del ambiente del paciente como son temperatura, luz, ruidos generan insomnio. En el presente caso se puede apreciar que existen factores ambientales que contribuyen a generar insomnio como se puede evidenciar a través de los datos de valoración donde la paciente manifiesta que se despierta “por cualquier cosa”. Actualmente la paciente se encuentra en un ambiente hospitalario donde la presencia de “ruidos”. Podrían estar interfiriendo en su patrón de sueño y estar causando insomnio.

Para NANDA (2015), insomnio es el “Trastorno de la calidad y cantidad del sueño que deteriora el funcionamiento”.

Por lo que se hace necesario realizar intervenciones de lo contrario, esta situación repercutirá negativamente en su calidad de vida, realizándose las siguientes intervenciones:

Primero disminuir la intensidad de dolor a través de la administración de analgésicos para favorecer un descanso reparador, según indicación médica. Como menciona Potter y Perry (2014), los factores fisiológicos psicológicos y ambientales pueden alterar la cantidad y calidad del sueño. Asimismo, en el estudio de investigación realizado por Medina, Fera y Oscoz (2009) denominado “Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso”, el cual se aplicó a las enfermeras del hospital Infanta Elena de Huelva; los investigadores concluyen que los conocimientos que tienen las enfermeras en relación al sueño es que consideran al “dolor y las molestias de la enfermedad como los aspectos que más influyen en la conciliación del sueño en el paciente hospitalizado” mientras que los factores ambientales entre los que se consideran horarios de tratamientos, ruidos son los que siguen en importancia.

Luego debemos favorecer un ambiente agradable con fuentes mínimas de luz, de ruido y de interrupciones durante la noche. El entorno físico tiene influencia importante sobre la capacidad de conciliar el sueño y permanecer dormido (Potter & Perry, 2014). La luz artificial (emitida por focos, celulares) innecesaria antes de la hora habitual del sueño y durante el sueño nocturno puede alterar el mismo, ya que retrasan la producción de melatonina que es la hormona productora del sueño, mientras que habitaciones con luces de 5 a 10 luxes (intensidad baja) estimulan ondas cerebrales y favorece el sueño profundo. De igual manera el ruido es otro factor ambiental que produce alteraciones en el sueño. También es importante utilizar terapia alternativa como el uso de hierbas medicinales, ejercicios de relajación y la música haciendo uso de sonidos de naturaleza, música clásica, música chamánica. Para el centro nacional de medicina complementaria y alternativa (NCCAM) (2011) las terapias alternativas son métodos y prácticas curativas donde muchas de ellas no son consideradas como parte de la medicina convencional y que forman parte de la medicina complementaria alternativa, dentro de sus principales tipos se menciona a las terapias con bases biológicas (hierbas), terapia cuerpo y mente (relajación, música), terapias basada en movimiento (como el Tai chi) etc.

Las terapias con base biológica utilizan como recurso las plantas por el poder que tienen sus principios activos. En el presente caso, se debe brindar infusión de raíz de valeriana media hora a dos horas antes de acostarse, esta raíz tiene propiedades sedantes e inductora del sueño (hipnótica). Dentro de sus componentes contiene ácido valerénico que actúa como agonista de los receptores GABA lo que puede explicar la actividad sedante de la valeriana y también como agonista parcial de receptores 5-HT<sub>5a</sub> de la serotonina, receptores relacionados con el ritmo circadiano del hombre (Centro de investigación sobre Fitoterapia [INFITO], 2013).

También haremos uso de la terapia musical que consiste en el uso sistemático de la música y de sus componentes como tono, frecuencia, el sonido, patrones de ritmo, pulsaciones, armonía, que van a generar reacciones en el paciente permitiendo aliviar y mejorar algunos trastornos de origen físico, psicosocial y cognitivo ya que tienen incidencia en muchas áreas del cerebro (Concetta, 2010).

Según Pérez (2014), la música va a generar efectos mentales y físicos en la persona, el cerebro recibe el sonido en forma de ondas y este a su vez influye en el ser humano generando ondas denominadas beta, alfa, theta y delta que se distribuyen por células nerviosas y son responsables de los diferentes estados del sueño. Las ondas theta se producen en las fases de sueño o somnolencia, en cambio las ondas delta se presentan en el sueño profundo. Por ejemplo, la música instrumental suave permite que se relaje la persona por que no se distrae con la letra y se convierte en terapia para calmar dolores, insomnio; asimismo, los instrumentos de viento madera (panflute, flauta dulce), cuerda (violines) causan mayor sensación de descanso, mientras que la música chamánica conectan al ser humano con sentimientos de profunda paz y espiritualidad.

Como última intervención, será brindar información a la paciente y familia sobre todo lo concerniente al insomnio, beneficios de la relajación que permitirá corregir ideas equivocadas que tenía la paciente o la familia sobre su problema de sueño. El tener conocimientos sobre el problema presentado motivara a la paciente, hacia un cambio de conducta en sus hábitos de sueño. (López de castro, Fernández, Mareque, & Fernández, 2011). Agrega que previo a la sesión educativa será necesario tener en cuenta los conocimientos previos que tiene la paciente en relación al insomnio, así como sus creencias, expectativas, esto permitirá cambiar puntos de

vista erróneos y brindar conocimientos necesarios y de esta forma la paciente comprenderá su problema y el porqué de las medidas a realizar (Diez, García & Aladro, 2015).

## Capítulo IV

### Evaluación y conclusiones

Se atendieron 2 días a la paciente de iniciales M.F.I.R. en el servicio de Gineco obstetricia el 06 de junio y terminó la atención el 07 de junio del año de 2018. El primer día de atención fue en el turno mañana y tarde, el segundo día turno nocturno. El primer día se identificaron 10 diagnósticos de enfermería priorizándose 5 al igual que el segundo día.

#### **Evaluación por días de atención:**

##### **Primer diagnóstico.**

Dolor agudo

Objetivo alcanzado: La paciente disminuyó dolor, presenta facie de alivio, sosiego y referencia verbal de disminución de dolor calificándolo EVA igual a 2.

##### **Segundo diagnóstico.**

Riesgo de shock

Objetivo alcanzado: La paciente logró disminuir el riesgo de Shock al restaurar volumen sanguíneo circulante.

##### **Tercer diagnóstico.**

Riesgo de infección

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente disminuye riesgo de infección, presenta zona de inserción de catéteres venosos libre de signos de inflamación, en relación con su problema de obesidad está en proceso de sensibilización, aún se mantiene el riesgo.

##### **Cuarto diagnóstico.**

Ansiedad

Objetivo alcanzado: La paciente disminuye ansiedad, debido a los cuidados brindados por la enfermera.

#### **Quinto diagnóstico.**

Insomnio

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente logra incrementar el tiempo de sueño mediante las intervenciones de enfermería.

#### **Conclusiones**

Luego de las intervenciones de enfermería realizadas como parte del cuidado se concluye que de los cinco primeros diagnósticos tres fueron alcanzados completamente entre los que se menciona : Dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico secundario a mioma uterino submucoso pedunculado evidenciado por expresión facial de dolor y referencia de dolor EVA igual a 6., Riesgo de shock relacionado con hipovolemia (por sangrado vaginal hace 20 días) e hipermenorrea; Ansiedad relacionada con factores estresantes (intervención quirúrgica pélvica) evidenciada por incertidumbre y preocupación (“tengo miomas me han dicho que me tienen que operar... no sé cómo quedare”). Mientras que los siguientes dos diagnósticos como son Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo (catéter en dorso de mano izquierda y en flexura de brazo derecho), obesidad (IMC: 38,52Kg/mts) y disminución de la hemoglobina (7.3gr/dl.), Insomnio relacionado con malestar físico (dolor), factor ambiental (ruidos) evidenciado por dificultad para conciliar el sueño (duerme 4 a 5 horas) despertar temprano; fueron parcialmente alcanzados por ser diagnósticos de alcance multidisciplinario.



## Bibliografía

- Almada M. y Fernández, G. (sin fecha). Shock. Recuperado de 17 de mayo de 2019 de: <http://www.fmed.edu.uy/sites/www.dbc.fmed.edu.uy/files/9.%20Shock%20-%20M.Almada.pdf>
- Álvarez, A. y Madrid, J.A. (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño: Importancia del entorno ambiental. Revista Neurológica. 63(S2).55-56. Recuperado el 27 de julio de 2019 de: <https://www.neurologia.com/revista/63/S02>
- Alvarez, T. (2002). Semiología del dolor. Revista Atreia.15 (3) ,200-206. Recuperado el 06 de abril de 2019 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v15n3/v15n3a7.pdf>
- Bagés, C., Lleixà, M., Español, C, G., Munté, N., y Vázquez, D. (2015). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. Enfermería Global, 14(39), 29-40. Recuperado en 22 de julio de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000300002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300002&lng=es&tlng=es).
- Barba, J.R. y Suarez, E.C. (2015). Transfusión de paquete globular. Del beneficio clínico real a la inadecuada prescripción. Revista Latinoamericana de Patología Clínica Medicina de Laboratorio.62 (1) ,47. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2015/pt151h.pdf>
- Blancas, Gerardo., Almanza, J. C., López, R. I., Alarcón, F. J., García, R. y Cruz, M. (2010). La obesidad como un proceso inflamatorio. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 67(2), 88-97. Recuperado en 21 de julio de 2019, de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-)

11462010000200002

Capdevila García L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor* Vol. 25(4):Pag.228-236.

Carvajal, J. A. y Ralph, C.A. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Chile

Carretero, M. (2003) Los AINE en el tratamiento del dolor ginecológico. *Revista Actualidad Científica*. 22(4) ,11-186

Carrillo, P., Barajas, K., Sánchez, I., Rangel, M. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*.61(1),6-20. Recuperado el 25 de julio de 2019 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181b.pdf>

Centro de Investigación sobre fitoterapia INFITO (2008). *Plantas Medicinales para el Insomnio*. Editorial complutense. España: Navarro, C., Ortega, T., García, D. Recuperado el 14 de Noviembre del 2019 de: <http://www.infito.com/PUBLICACIONES/libro%20insomnio%20completo.pdf>

Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (2011). *Revista Cam basics*. 2-8. Recuperado de <https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/informaciongeneral.pdf>

Cerino, R. (2018). *Proceso de atención de enfermería para paciente sometida a histerectomía abdominal abierta en el postoperatorio inmediato*. (Tesis pos grado). Universidad Autónoma de San Luis De Potosí. Bolivia. Recuperado de : <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/4607/1/Proceso%20de%20atencio%CC%81n%20de%20enfermeri%CC%81a%20para%20paciente%20sometida%20a%20histerectomi%CC%81a%20abdominal%20abierta%20en%20el%20postoperatorio%20inmediato.pdf>

- Cerrella, G. (2014). Guía de Práctica Clínica: Miomatosis uterina. Obra Social de los empleados de comercio y actividades civiles (osesac).11-15 Recuperado el 20 de mayo de 2019 de: [fhhttp://www.osecac.org.ar/documentos/guias\\_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-70%20Miommas%20Uterinos\\_v0-14.pdf](http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-70%20Miommas%20Uterinos_v0-14.pdf)
- Chumillas, A., Sánchez, N., Sánchez, M. D. (2002). Plan de Cuidados para la prevención de flebitispor inserción de catéter periférico. Revista de enfermería.15. Recuperado de: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/389/2002-6.pdf;sequence=1>
- Clarett, M. (2012) Monografía: Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Clínica y Maternidad Suizo Argentina Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Recuperado de: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
- Deza, J. K. (2013). Efectividad del programa “cuidado preoperatorio de histerectomía” en el nivel de ansiedad de la mujer. Servicio de ginecología del Hospital Regional de Trujillo. Científica-k. Revista científica de estudiantes de la universidad cesar Vallejo.1 (2), 25-31.
- Díaz de León, M.A., Briones, J.C., Carrillo, R., Moreno, A. y Pérez, A.A. (2017).Insuficiencia renal aguda (IRA) clasificación, fisiopatología, histopatología, cuadro clínico diagnóstico y tratamiento una versión lógica. Revista mexicana de anestesiología.40 (4) ,280-287. Recuperado el 31 de mayo de 2019 de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma174e.pdf>
- Díaz, M. P. (2009). Adaptación de la conducta en mujeres sometidas a histerectomía (estudio realizado con mujeres sometidas a histerectomía en el hospital nacional de occidente san

- juan de dios de Quetzaltenango). (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar. Facultad de Humanidades Campus de Quetzaltenango. Guatemala. Recuperado el 14 de marzo de 2019 de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Diaz-Maria.pdf>
- Diccionario de la lengua española (2014). 23ava Edición. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=WT8tAMI>
- Dickason, E.J.,Lang, B.,Olsen, M.(1994)Enfermería Materno infantil.2da . Ed. España. Editorial Harcourt Brace.Definición y evaluación de los Riesgos para la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>
- Diez, S., García, B. y Aladro, M. (2016).Priorizando el tratamiento no farmacológico en el insomnio. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 4(2) ,30-43.
- Doenges, M., Moorhouse, M., y Murr, A. (2008). .Planes de cuidados de Enfermería. México: Interamericana.
- Echemendía, Belkis. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología.49 (3), 470-481. Recuperado el 20 de noviembre de 2018, de:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000300014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014&lng=es&tlng=es).
- Federación Internacional de Esclerosis Múltiple (2010). Terapias Complementarias y Alternativas para EM. Reino Unido: Conceta. Recuperado de <https://www.msif.org/wp-content/uploads/2014/09/MS-in-focus-15-Complementary-and-alternative-therapies-Spanish.pdf>
- Félix, D.J. (2018). Choque hipovolémico, un nuevo enfoque de manejo. Revista mejicana de anestesiología.41,169- 174.Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181be.pdf>

- Fernández, M.J. (2009). Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica. Psiquiatría.com. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/304157176\\_Consecuencias\\_psiquicas\\_de\\_la\\_histerectomia\\_no\\_oncologica](https://www.researchgate.net/publication/304157176_Consecuencias_psiquicas_de_la_histerectomia_no_oncologica)
- Foley, K.M. (2010) Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario. Buena Salud Medicina, Vida y Bienestar. (19) ,7. Recuperado de: [http://portal.medicos.cr/documents/20183/20935/buena%2Bsalud\\_19\\_diciembre\\_web.pdf/19f78a9e-d36d-48b6-a218-96ae59b84511](http://portal.medicos.cr/documents/20183/20935/buena%2Bsalud_19_diciembre_web.pdf/19f78a9e-d36d-48b6-a218-96ae59b84511)
- Fornés, J. (2012). Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. España. Editorial: Medica Panamericana.
- Gaona, D. C. y Contento, B.E. (2018). Ansiedad pre operatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. Universidad Nacional de Loja. Ecuador Revista enfermería Investiga, Investigación, vinculación, Docencia y Gestión.3 (1) ,38-43.
- Gonzales, J.M. (2015). Efectividad de una intervención enfermera para la adaptación quirúrgica del paciente hipertenso. Nure investigación, 75. Recuperado de:[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/NUR E74\\_TFG\\_efectividad.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/NUR E74_TFG_efectividad.pdf)
- González, E., Argüelles, A.R., Martínez, B. (2013). Protocolo para la inserción, mantenimiento y retirada del catéter venoso periférico. Hospital universitario Central de Asturias. Recuperado el 03 de junio de 2019 de [http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f\\_archivos/Cateter%20venoso%20periferico.pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Cateter%20venoso%20periferico.pdf)
- Granda A. y Sáenz R. (200).Manual de Relajación. OPS-ESSalud. Lima. Perú

- Guerrero, M. y Jankelevich A. (2017). Actualización en transfusión de productos sanguíneos en el Perioperatorio. *Revista médica clínica las condes*.28 (5). Recuperado el 18 de Mayo de 2019 de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-actualizacion-en-transfusion-de-productos-S0716864017301153>
- Guzmán, J.M., Zamudio, J. y Llanos de loa M. J. (2016). Significado de la anemia en diferentes etapas de la vida. *Enfermería global*.43. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/revision2.pdf>
- Herdman, T. y Kamiitsuru, S. (2015-2017). *Nanda Internacional, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación*. España: Elsevier
- Hernández, I., Gonzales, R., Sáenz, M. (2008) Características de los efectos adversos detectados en una unidad de cuidados intensivos de adultos. *Revista de calidad asistencial*.23 (4) ,145-196. Recuperado el 01 de julio de2019 de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-caracteristicas-los-efectos-adversos-detectados-S1134282X08721274>
- Hernández, M., Valerio, E., Tercero, CL., Barrón, J. y Luna, R.M. (2017). Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Revista Ginecología y Obstetricia. Mex.* Vol(9),611-633.Recuperado el 27 de junio de 2019 de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom179h.pdf>
- Herrera, N., Torres, M. y Mujica, E. (2015). *Normas y procedimientos de la educación para la salud*. Ministerio de Salud Pública Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades. Recuperado de:<http://files.sld.cu/upp/files/2016/04/Normas-y-procedimientos-.pdf>

- Hoffman, B.L., Schorge, J.O., Shaffer, J.I., Halvorson, L., Hoffman, B., Schorge, J., Bradshaw, K. y Cunningham G. Ginecología.(2014).Williams Ginecología. México, D. F.: editorial McGraw Hill Interamericana.
- Ibarra, J.L., Fernández, M.J., Aguas, E.V., Pozo, A.F., Antiillanca, B.y Galvarino, D. (2017). Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. An Fac med.78(4),439-444. Recuperado el 22 de mayo de 2019 de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n4/a13v78n4.pdf>
- Ibars, Z. y Ferrando, S. (2014). Marcadores clínicos de enfermedad renal. Indicación e interpretación de las pruebas complementarias. Recogida de muestras y análisis sistemático de la orina. Asociación Española de Pediatría. Protocolo actualizados pediatría. 1(1),1-19.Recuperado el 31 de mayo de 2019 de:[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01\\_marcadores\\_enf\\_renal.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_marcadores_enf_renal.pdf)
- Jeréz, A.C., Chils, J. K., De Quesada, S., Guerra, J.M., Arceo, M. y Fernández, R. (2015). Mioma Uterino: Un trastorno frecuente en mujeres en edad fértil. Revista 16 de Abril.54 (257)59-70. Recuperado el 27 de Junio de 2019 de <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15257f.pdf>
- Jimenez, I., Zornoza, A. y Tarrío O. (2009).Sangrado de origen ginecológico. Anales del Sistema Sanitario de Navarra.32 (1), Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200005)
- Jimenez, L.y Montero, J., (2010).Medicina de Urgencias y Emergencias Guía diagnóstica y protocolos de actuación.18ava. Ed. obtenido de <https://oncouasd.files.wordpress.com/2015/06/medicina-de-urgencias-y-emergencias.pdf>

- Loro, N., Sancho, M.J., Sancho, M.T., Martínez, E. y Peiró, A.(2005). Enfermería: Canalización periféricas, atención, cuidado, mantenimiento y complicaciones. *Revista universidad Murcia-Enfermería Global*.7, 1-19. Recuperado 11 de Julio de 2019
- Mamani, C.D. (2017). Factores de riesgo asociados a infección de sitio operatorio en post cesareadas del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del altiplano. Puno. Recuperado de:[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6424/Mamani\\_Vizcarra\\_Cesar\\_Darry.pdf?sequence=4&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6424/Mamani_Vizcarra_Cesar_Darry.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Manrique, M.G., González, A., Longinos, V., González, V., Redondo, R., Leonardo Mauro, L. y Delgado, L. (2013). Incidencia de infección nosocomial quirúrgica en ginecología y obstetricia en un hospital Comarcal. *Revista chilena de obstetricia y Ginecología*.78 (5),344 – 348. Recuperado el 4 de junio de 2019 de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v78n5/art03.pdf>
- Martín, B. (2016). Guías de Insomnio: Diagnóstico del insomnio: historia clínica y exploraciones complementarias. Pautas de Atención y Seguimiento. Recuperado de <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
- Medina, A., Fera, D.J. y Oscoz, G. (2009). Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enfermería Global*.17. Recuperado en 26 de julio de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es&tlng=es).
- Molina, J. M., Figueroa, J. y Uribe, A. F. (2013). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Revista Universitas Psychologica*.12(1), 55-



62. Recuperado el 28 de Junio 2019 de  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a06.pdf>

Montenegro, T.K. (2014) Cuidado enfermero en el Perioperatorio de histerectomía, Hospital Luis Heysen Incháustegui. (Tesis pregrado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Recuperado de:<http://repositorio.usat.edu.pe/handle/usat/567>

Morales, M., Usandizaga, M. (2015). Histerectomía por mioma: ¿un asunto de anemia y tamaño uterino? *Revista Progresos de obstetricia y ginecología*.58 (7) ,301-306. Recuperado de:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501315000655>

Munro, M.G., Critcheyl, H.O. y Fraser, I.S. (2011). The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. [La clasificación de la FIGO de las causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos]. *Fertility and Sterility*.95(7),2204 – 2205. Recuperado de: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(11\)00509-7/pdf](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(11)00509-7/pdf)

Muñana, J. E. y Ramírez, A. (2013). Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado a Enfermería universitaria. *11(1)* ,24-35. Recuperado el 19 de mayo de 2019 de  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v11n1/v11n1a5.pdf>

Muñoz. L., Garzón del Rio, L., González, C., Zaera, A., Franco, P. y Gordaliza, T.(2015). Percepción de los pacientes de Medicina interna de su descanso nocturno. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*.3 (4):7-18. Recuperado el 26 de julio del 2018 de: <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/5961/1/Archivo.pdf>

Navarro, F. J., Barroso, A. y Peralta, A.M. (2015). Metrorragia cuidados de la matrona en urgencias. *Ciber revista*, 4. Recuperado el 11 de marzo de 2019 de:  
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2015/pagina10.html>

- Navarro,S., Meléndez, J. y Aguilera, R.(2015).Prevalencia de obesidad en adultos, Uila, Islas de la bahía, Honduras. Revista Medicina Honduras.83 (3y4),110-113. Recuperado el 10 de julio de 2019 de: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2015/pdf/Vol83-3-4-2015-5.pdf>
- Nevárez, A. L. y Ruiz, P.A. (2015). Prevalencia de anemia en pacientes femeninas entre 30 y 55 años de edad con diagnóstico de miomatosis uterina en el hospital san francisco de Quito. (Tesis pre grado). Pontificia universidad católica del ecuador. Recuperado de:<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8892/TESIS%20LOUSIANA%20NEV%C3%81REZ%20Y%20PABLO%20RUIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la salud (2012). Higiene de las manos ¿por qué, como, cuando? Recuperado de: <https://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2018).Alimentación sana. Recuperado 05 de junio de 2019 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Ortiz, M.E., Matute, A., Martínez, N. (2009). Miomatosis uterina. Anales médicos. 54(4). 222 – 233. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2009/bc094h.pdf>
- Perez, D.Z. y Villegas, S.K. (2014). Administración de medicamentos desde la percepción de los profesionales de enfermería H.N.A.A.A. Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Recuperado 21de mayo de2019 de [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/439/1/TL\\_PerezAgipDiana\\_VillegasAdanaqueShirley.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/439/1/TL_PerezAgipDiana_VillegasAdanaqueShirley.pdf)
- Pérez, H. (2016). Guías de Insomnio: El sueño a lo largo de la vida. Pautas de Actuación y seguimiento. Recuperado de <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
- Pérez, O. (2014). La música receptiva como estrategia REVISTA DIGITAL LA GAVETA.20, 23-56.Recuperado de

:<http://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/edublogs/cepsantacruzdetenerife/files/2014/09/R20-La-musica-receptiva-como-estretesia.pdf>

Piamo, A. J. y García, M. A. (2018). Uso de ácido tranexámico en las hemorragias. *Revista Cubana de Cirugía*.57 (4). Recuperado el 22 de mayo de 2019 de <http://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/705/358>

Porras, J. (1991) "Reposo en cama "algo más que una sencilla terapia. *Revista Avances de enfermería*. (2),49-60. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16769>

Potter, P.A. y Perry, A.G. (2014). *Fundamentos de Enfermería*.8va Ed. Barcelona. España: Elsevier

Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*28(3), 33-37. Recuperado el 9 abril de 2019 de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlng=es).

Pujol, M. y Limón E. (2013). Formación médica continuada: Infección nosocomial. *Fundamentos y actuación clínica Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*.31 (2),108–113. Recuperado el 04 de junio de 2019 de [https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/eimc/seimc\\_eimc\\_v31n02p108a113.pdf](https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/eimc/seimc_eimc_v31n02p108a113.pdf)

Quintero A, Yasnó D.A., Riveros O.L., Castillo, J. y Borráez, B.A. (2017). Ansiedad en el paciente pre quirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista Colombiana de Cirugía* 32:115-120.

- Quispe, E. (2017). Prácticas de bioseguridad aplicadas en la canalización de vía venosa periférica por los internos de enfermería de una universidad nacional 2017. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina. EAP de enfermería. Lima.
- Ramírez, A., Espinosa, C., Herrera, A.F., Espinosa, E. y Ramírez, A. (2012). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Docente*.1 (102),6-12. Recuperado de: [http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/10/pdf\\_8](http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/10/pdf_8)
- Rigol, O. y Santisteban, S. (2014). *Obstetricia y Ginecología*. La Habana Cuba: Editorial: Ciencias médicas.
- Rock, J.A. y Jones, H.W. (2010). *Te Linde Ginecología Quirúrgica*. Buenos Aires. Argentina: Editorial Panamericana.
- Rodríguez, M.A. (2013). Hemograma: el lenguaje de la sangre. *Revista dominical La nación*. Recuperado el 04 de junio de 2019 de <https://www.nacion.com/revista-dominical/hemograma-el-lenguaje-de-la-sangre/VXNISTTIO5HNBLSGE5UYKKLGQI/story/>
- Rojas, E. (2014). *Como superar la ansiedad*. Lima Perú, Editorial: Planeta, S. A.
- Rosales, L.R. y Santiago, A.P. (2018). Cuidados de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes portadores de catéter venoso periférico trabajo (tesis de posgrado). Universidad privada Norbert Wiener facultad de ciencias de salud. Lima. Perú. Recuperado el 04 de junio de 2019 de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1577/TITULO%20-%20Rosales%20Gavidia%2c%20%20Li%20Roxana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Sabiston, D.C. y Lierly, H.K. (1999). Tratado de patología Quirúrgica. México D.F.: McGraw Hill interamericana editores S.A.
- Sáenz, A. (2016). Plan de mejora asistencial: la consulta de enfermería prequirúrgica ginecológica. (Tesis de pre grado). Universidad pública de Navarra. España.
- Sáez, L., Sáez, M., y Sáez, V. (2016). Revisión y actualización de la Fluidoterapia de reanimación en el paciente con shock hipovolémico de origen traumático. Revista de enfermería C y L.8(1), 3-23.
- Schultz, J. y Videbeck, S. (2013). Enfermería Psiquiátrica: Planes de Cuidados. México: Editorial El Manual Moderno.
- Sebastián, T., Núñez, F., Martín, G., González, J.M., Lema, I., Salvadores, P., y Losa, M.E. (2012). Impacto de la implantación de recordatorios para disminuir eventos adversos en pacientes con accesos venosos periféricos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 35(3), 395-402. Recuperado de:<https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000300005>
- Sociedad Española de Sanidad Ambiental y Escuela Andaluza de Salud Pública (2016). La Evaluación de riesgos en salud. Guía metodológica. Aplicaciones prácticas de la metodología de Evaluación de riesgos en salud por exposición a químicos. Madrid:
- Martín, P., Carroquino, M.J., Ordóñez, J.M., Moya, J., Duarte, R., García, A., Martínez, M.J. Recuperado el 17 de mayo de 2019 de:<http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/LA-EVALUACION-DE-RIESGOS-EN-SALUD.pdf>
- Sáenz, A. (2016). Plan de mejora asistencial: la consulta de enfermería prequirúrgica ginecológica. (Tesis de pre grado). Universidad pública de Navarra. España.

- Sáez, L., Sáez, M., y Sáez, V. (2016). Revisión y actualización de la Fluidoterapia de reanimación en el paciente con shock hipovolémico de origen traumático. *Revista de enfermería C y L*, 8(1), 3-23.
- Schultz, J. y Videbeck, S. (2013). *Enfermería Psiquiátrica: Planes de Cuidados*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Sebastián, T., Núñez, F., Martín, G., González, J.M., Lema, I., Salvadores, P., y Losa, M.E. (2012). Impacto de la implantación de recordatorios para disminuir eventos adversos en pacientes con accesos venosos periféricos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(3), 395-402. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000300005>
- Sociedad Española de Sanidad Ambiental y Escuela Andaluza de Salud Pública (2016). *La Evaluación de riesgos en salud. Guía metodológica. Aplicaciones prácticas de la metodología de Evaluación de riesgos en salud por exposición a químicos*. Madrid: Martín, P., Carroquino, M.J., Ordóñez, J.M., Moya, J., Duarte, R., García, A., Martínez, M.J. Recuperado el 17 de mayo de 2019 de
- Sotillo, R. (2012). *La ansiedad: Claves para superarla*. Málaga, España: Ediciones corona Borealis.
- Stewart, D. S. y Fletcher, H. (2012). *Counselling Patients with Uterine Fibroids: A Review of the Management and Complications*. [Asesoramiento a pacientes con fibromas uterinos: una revisión de la gestión y las complicaciones]. *obstetrics and gynecology international*. doi:10.1155/2012/539365. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3261489/>

- Subiela, J. A., Abellón, J., Celdrán, A. I., Manzanares, J. A. y Satorres, B. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 13(34), 276-292. Recuperado en 24 de julio de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000200013&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013&lng=es&tlng=es).
- Toribio, T. F. y Castellote M.I. (2011) Valoración del Dolor. Gerencia del área de Salud de Plasencia. .Recuperado de:<http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711026.pdf>
- Trejo, F. (2012). La teoría de la incertidumbre: Merle Mishel. *Enfermería neurológica*. 11(1) ,34-38. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>
- Urrutia, M.T. y Riquelme, P. (2009). Significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*.74 (5) ,276-280. Recuperado el 22 de julio de 2019 de:[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500002&script=sci\\_arttext&tlng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500002&script=sci_arttext&tlng=e)
- Vademécum (2016). Monografías principio activo. Recuperado de <https://www.vademecum.es/principios-activos-sodio+cloruro%2C+electrolito+iv-b05bb01+m3>
- Vallejos, A., Ruano, C., Ávila, M.P., Latorre, S., Delgadillo, J., Manosalva, G., Malaver, S., Hernández, E., Torres, P., Bernal, G., Tovar, A. y Caicedo, L. (2015) Analgésicos en el paciente hospitalizado: Revisión de tema . *Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm.*44(1), 107-127. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v44n1/v44n1a08.pdf>
- Varela, M. D., Sanjurjo, M. L., Varela, M. y Blanco, F. (2011). Factores ambientales estresantes en el quirófano de urología. *Asociación española de enfermería en urología*. 119,9-12.

Recuperado el 22 de julio 2019 de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3807377.pdf>

Vera, D. (2018). Proceso de Atención de Enfermería en Pacientes con Miomas uterinos. (Tesis de pregrado). Hospital Básico Urdaneta Dr. Juan Montalván Cornejo, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/4462>

Vicente, M.T., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, M.V. y Capdevila. L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista Sociedad Española del Dolor*.25 (4),228-236. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>

Yupanqui, E. (2015). Intervención de Enfermería en Miomatosis Uterina más Diabetes Mellitus tipo 2(tesis de pregrado). Hospital Rafael Ruiz Pujili. Cotopaxi Ecuador.

Zavala, E., Martínez, J., Rendón, M.E., y González, P.M. (2017). Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel en el tratamiento del sangrado uterino anormal secundario a miomatosis uterina. *Ginecología y obstetricia de México*.85(7), 449-456. Recuperado en 07 de abril de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412017000700449&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000700449&lng=es&tlng=es).



## **Apéndices**

### **Apéndice A: Guía de valoración**



**HOSPITAL HUACHO-HUARA-OYON SBS  
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA**

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO EN PACIENTES GINECO OBSTÉTRICAS**

**DATOS GENERALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ F.N.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Persona de referencia: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Procedencia: Consultorio externo ( ) Emergencia ( ) Centro Obs ( ) SOP ( ) Hosp. ( )  
 Forma de llegada: Silla de ruedas ( ) Camilla ( )  
 Fuente de Información:  
 Paciente ( ) Familiar ( ) amigo ( ) Otro: \_\_\_\_\_ Dx. Médico: \_\_\_\_\_  
 Fecha de valoración: \_\_\_\_\_ Tipo de Seguro: PG ( ) SIS ( ) SOAT ( ) OTROS ( )

**+VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD**

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
<p><b>Antecedentes Familiares</b>            HTA ( ) DM ( ) TBC ( ) Asma ( ) VIH ( ) CA ( )            OBSERVACIONES: _____</p> <p><b>Antecedentes Personales de enfermedad y quirúrgicas:</b>            HTA ( ) DM ( ) Abortos ( ) Gastritis/Úlcera ( ) TBC ( ) Asma ( )            VIH ( ) VDRL ( ) Otros _____</p> <p><b>Intervenciones quirúrgicas:</b> No ( ) Si ( ) (fechas) _____</p> <p>CPN No ( ) Si ( ) N° CPN _____            Vacuna Antitetánica previa: No ( ) Si ( ) Actual: 1° ( ) 2° ( )</p> <p><b>Alergias y otras reacciones:</b>            Fármacos: _____            Alimentos: _____            Signos-síntomas: _____            Otros: _____</p> <p><b>Factores de riesgo:</b>            Consumo de tabaco No ( ) Si ( )            Consumo de alcohol No ( ) Si ( )            Consumo de drogas No ( ) Si ( )</p> <p><b>Medicamentos (con o sin indicación médica)</b>            ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis _____</p> <p><b>Estado de higiene</b>            Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )            ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? _____</p> <p>¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad? _____</p>	<p><b>PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN</b></p> <p>Menarquia: _____ 1ra RS: _____ (años)            N° parejas sexuales: ( ) Relaciones Sexuales Contranatura: (SI) (NO)  <b>Formula Obstétrica:</b>            FUR: _____ FPP: _____ G: _____ P: _____ EG: _____            Mamas: Sensibles ( ) No sensibles ( ) blandas ( ) Turgentes ( )            Pletóricas ( ) Signos de inflamación: _____            Secreción: Calostro ( ) Leche ( ) otros: _____  <b>Pezones:</b> Formados ( ) Planos ( ) Invertidos ( )            Integros: Si ( ) No ( ) Observaciones: _____  <b>Dinámicas uterina:</b> (SI) (NO)            Frecuencia: 3/10mn ( ) Irregular ( ) Duración: 50 seg ( ) &lt; 50 ( )            Tono: + ( ) ++ ( ) +++ ( )  <b>Movimientos Fetales:</b> Si ( ) No ( ) LCF: _____  <b>Involución uterina:</b>            Contraído: Si ( ) No ( ) Flácido: Si ( ) No ( )            Ubicación: Centrado: Si ( ) No ( ) Lateralizado: Si ( ) No ( )            Altura uterina: _____  <b>Episiorrafia:</b> Si ( ) No ( ) desgarro I - II - III - IV  <b>Edema vulvar:</b> Si ( ) No ( ) Hematoma vulvar: Si ( ) No ( )            Flogosis: _____  <b>Flujos Vaginales:</b> Líquido amniótico: Si ( ) No ( )            Sangrado Vaginal: Si ( ) No ( )            Secreciones Vaginales: Si ( ) No ( )            Loquios: Hemáticos ( ) Serohemáticos ( ) Serosos ( )            Características: _____</p>
PATRÓN DE RELACIONES - ROL	PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO
<p><b>PATRÓN DE RELACIONES - ROL</b></p> <p>Ocupación: _____</p> <p><b>Estado civil:</b> Soltera ( ) Casada ( )            Conviviente ( ) Divorciada ( )</p> <p>¿Con quién vive?            Sola ( ) Con su familia ( ) Otros _____</p> <p><b>Fuentes de apoyo:</b> Familia ( ) Amigos ( ) Otros _____            Comentarios adicionales: _____</p>	<p><b>PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO</b></p> <p>T: _____ °C Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____            Sobrepeso ( ) Obesidad: ( ) Obesidad mórbida ( ) Bajo peso: ( )            Glucosa: _____ Hb: _____</p> <p><b>Piel:</b>            Coloración: Normal ( ) Pálida ( ) Rubicunda ( )            Cianótica ( ) Ictérica ( )            Hidratación: Seca ( ) Turgente ( )            Integridad: Intacta ( ) Lesiones ( )            Intervención Quirúrgica Si ( ) NO ( )            Especificar: _____</p> <p><b>Cavidad bucal:</b>  <b>Dentadura:</b> Completa ( ) Incompleta ( ) Ausente ( ) - Prótesis ( )            Estado de higiene bucal: Mala ( ) Regular ( ) Buena ( )            Hidratación: Si ( ) No ( )            Cambio de peso durante los últimos días: Si ( ) No ( )            Especificar: _____            Appetito: Normal ( ) Disminuido ( ) Aumentado ( )            Dificultad para deglutir: Si ( ) No ( )            Náuseas ( ) Pirois ( ) Vómitos ( ) Sialorrea ( )            Observaciones: _____            Abdomen: Grávido: Si ( ) No ( )            Normal ( ) Distendido ( ) Coloroso ( ) Timpánico ( )            Ruidos hidroaéreos: Aumentados ( ) Normales ( )            Disminuidos ( ) Ausentes ( )            Comentarios adicionales: _____</p>
PATRÓN DE ACTIVIDAD - EJERCICIO	
<p><b>PATRÓN DE ACTIVIDAD - EJERCICIO</b></p> <p><b>ACTIVIDAD RESPIRATORIA</b>            FR: _____ Respiración: Superficial ( ) Profunda ( )            Disnea: En reposo ( ) Al ejercicio ( )            Se cansa con facilidad: No ( ) Si ( )            Ruidos respiratorios:            Tos ineficaz: No ( ) Si ( )            Reflejo de la tos: Presente ( ) Ausente ( ) Disminuido ( )            Secreciones: No ( ) Si ( )            Características: _____            O2: _____            Vmin: _____</p>	

**ACTIVIDAD CIRCULATORIA**  
**Pulso periférico:** \_\_\_\_\_  
 Edema: No ( ) Sí ( ) Localización: \_\_\_\_\_  
 + ( ) ++ ( ) +++ ( )

**Presencia de líneas invasivas:** \_\_\_\_\_  
 Cateter periférico: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Cateter central: ( ) Epidural: ( )

**EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**  
 1 = Independiente 3 = Totalmente dependiente  
 2 = Parcialmente dependiente

	1	2	3
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

**Aparatos de ayuda:** ninguno ( ) S. ruedas ( ) Otros: \_\_\_\_\_  
**Movilidad de miembros:** Conservada ( ) Flacidez ( )  
 Contracturas ( ) Parálisis ( )  
**Fuerza muscular:** Conservada ( ) Disminuida ( )  
 ROT: + ( ) ++ ( ) +++ ( )  
 Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO**

**Orientado:** Tiempo ( ) Espacio ( ) Persona ( )

**Presencia de anomalías en:**  
 Audición: \_\_\_\_\_  
 Visión: \_\_\_\_\_  
 Habla/lenguaje: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Dolor:** Sí ( ) No ( )  
 Localización: \_\_\_\_\_  
 Características: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Dolor por dinámica Uterina:** Sí ( ) No ( )  
 Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO  
 TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS**

**Estado emocional:**  
 Tranquila ( ) Ansiosa ( ) Negativa ( )  
 Temerosa ( ) Irritable ( ) Depresiva ( )  
 Indiferente ( )

**Preocupaciones principales/comentarios:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE ELIMINACIÓN**

**Hábitos intestinales**  
 N° de deposiciones/día: \_\_\_\_\_ Normal ( ) Estreñimiento ( )  
 Diarrea ( ) Incontinencia ( )

**Hábitos vesicales**  
 Diuresis: Espontánea ( ) Sonda Vesical ( )  
 Frecuencia: \_\_\_\_\_ / día  
 Polaquiuria ( ) Disuria ( ) Nicturia ( )  
 Proteinuria: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Comentarios adicionales:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO**

**Problemas para dormir:** Sí ( ) No ( )  
 Horas de Sueño: \_\_\_\_\_  
 Especificar: \_\_\_\_\_  
 ¿Usa algún medicamento para dormir? Sí ( ) No ( )  
 Especificar: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS**

**Religión:** Católica ( ) Testigo ( ) Mormón ( ) Adventista ( )  
 Evangélico ( )  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Restricciones religiosas:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Solicita visita de capellán/pastor:** Sí ( ) No ( )  
**Comentarios adicionales:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Nombre del enfermero:** \_\_\_\_\_  
**Firma:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_  
**Fecha:** \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:**  
 \_\_\_\_\_

**EXAMENES AUXILIARES:**  
 \_\_\_\_\_

**PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL:**  
 NST: \_\_\_\_\_ TST: \_\_\_\_\_  
 ECO: \_\_\_\_\_ Perfil biofísico: \_\_\_\_\_

## Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión  
Escuela de Posgrado  
UPG de Ciencias de la Salud.

### Consentimiento Informado

#### Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería a paciente con diagnóstico médico Miomatosis uterina -Anemia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Huacho, Lima-2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales M F.I.R. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Zenaida Beatriz Celada Chacón, bajo la asesoría de la Mg Gloria Cortez Cuaresma, La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

#### Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

#### Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

#### Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido:

---

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha:

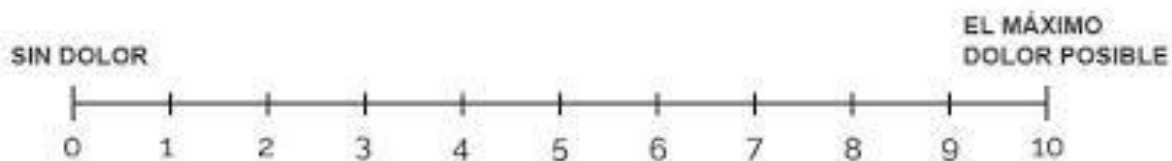
---

\_\_\_\_\_  
Firma

## Apéndice C: Escalas de evaluación

### ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



### Escala de dependencia

Nivel	1	2	3
Movilización en cama	X		
Deambulación		X	
Ir al baño/bañarse		X	
Tomar alimentos	X		
Vestirse	X		

1=Independiente

2= Parcialmente dependiente

3=Dependiente

## Esquema de clasificación de los miomas: wamsteker-1990

**ESGE: Clasificación de miomas submucosos**

**Tipo 0**  
Totalmente dentro de la cavidad del endometrio  
No hay extensión del miometrio (pedunculados)

**Tipo I**  
<50% de extensión del miometrio (sésiles)  
<90-grados de ángulo de la superficie del mioma a la pared uterina

**Tipo II**  
≥50% de extensión del miometrio (sésiles)  
≥90-grados de ángulo de la superficie del mioma a la pared uterina

Modificado de Wamsteber et al. *Obstet Gynecol.* 1993;82:736 - 740.

## Esquema de clasificación según la federación internacional de ginecología y obstetricia

(figo).

Esquema de Clasificación de Leiomomas		0	Intracavitaria pedunculado
	SM -	1	<50% intramural
		2	≥50% intramural
		3	Contactos endometrio; 100% intramural
		4	Intramural
		5	Subserosa ≤50% intramural
		6	Subserosa <50% intramural
		7	Subserosa pedunculada
		8	Otro (especifique por ejemplo, cuello uterino, parásitos)
<b>Leiomomas híbridos</b> (impacto tanto en endometrio y serosa)		2-5	Submucosa y subserosa, cada uno con menos de la mitad del diámetro en las cavidades endometriales y peritoneales, respectivamente

Dos números están enumerados separados por un guión. De acuerdo a la convención, el primero se refiere a la relación con el endometrio mientras que el segundo se refiere a la relación con la serosa. Abajo un ejemplo.