

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Intervenciones de enfermería a paciente con histerectomía
por atonía uterina del Servicio de Ginecología de un hospital nacional de
Ayacucho, 2021**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad en Enfermería:

Enfermería en Gineco Obstetricia

Por:

Gómez Tineo Doris

Medina Villagaray Jimena Kivvet

Asesora:

Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Lima, agosto de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO ACADÉMICO

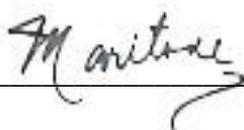
Yo, María Teresa Cabanillas Chávez, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “Intervenciones de enfermería a paciente con histerectomía por atonía uterina del Servicio de Ginecología de un hospital nacional de Ayacucho, 2021”. Constituye la memoria que presentan las Licenciadas Doris Gómez Tineo y Jimena Kivvet Medina Villagaray, para aspirar al título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad de las autoras, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 31 días del mes de agosto de 2022.

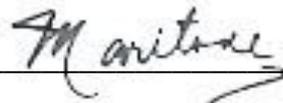


Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

**Intervenciones de enfermería a paciente con histerectomía
por atonía uterina del Servicio de Ginecología de un hospital
nacional de Ayacucho, 2021**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad en
Enfermería en Gineco Obstetricia



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Lima, 31 de agosto de 2022

Intervenciones de enfermería a paciente con histerectomía por atonía uterina del Servicio de Ginecología de un hospital nacional Ayacucho, 2021

Lic. Gómez Tineo Doris^a Lic. Medina Villagaray Jimena Kivvet^b Dra. María Teresa Cabanillas Chávez^c

^{a y b}*Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

^c*Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

La Atonía Uterina es la incapacidad del músculo uterino para realizar las contracciones, debido a diversos factores, es considerada una emergencia obstétrica más común y guarda estrecha relación con inestabilidad hemodinámica y el shock hipovolémico, puede conllevar a realizarse una histerectomía, en el mencionado procedimiento se realiza la extracción del útero y sus partes a través de una cirugía, para salvaguardar la vida de la paciente. El objetivo fue gestionar el proceso de atención de enfermería, en paciente con histerectomía por atonía uterina en el servicio de ginecología de un hospital de Ayacucho. Se realizó un estudio cualitativo, tipo caso clínico único, aplicando el método: Proceso de Atención de Enfermería (PAE), utilizando como instrumento la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon a una usuaria de 31 años. Se identificaron las características clínicas de la paciente con atonía uterina y los factores de riesgo que incrementan posibles complicaciones de la histerectomía, donde se identificaron siete diagnósticos de enfermería y se priorizaron tres de ellos; se tomó en cuenta la taxonomía NANDA. Se planteó un plan de cuidados de enfermería y se ejecutan las intervenciones y actividades planificadas, sobre la base la taxonomía NOC, NIC. Como resultado de las intervenciones, se obtuvo una puntuación de cambio +2, +3 y + 1. Se concluye que de acuerdo con los problemas identificados en el paciente se gestionó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas, lo que permitió brindar plan de cuidados individualizado que permitió brindar un cuidado oportuno y de calidad que mejoró la salud de la paciente.

Palabras clave: intervención de enfermería, usuaria, atonía uterina, histerectomía abdominal.

Abstract

Uterine Atony is the inability of the uterine muscle to perform contractions, due to various factors, it is considered a more common obstetric emergency and is closely related to hemodynamic instability and hypovolemic shock, which can lead to a hysterectomy, in the aforementioned. The procedure involves the removal of the uterus and its parts through surgery, to safeguard the life of the patient. Manage the nursing care process for a patient with hysterectomy due to uterine atony in the Gynecology service of a hospital in Ayacucho. A qualitative study was carried out, a single clinical case applying the Nursing Care Process (PAE), using Marjory Gordon's assessment of functional patterns as an instrument for a 31-year-old user. The clinical characteristics of the patient with uterine atony and the risk factors that increase possible complications of hysterectomy were identified, where seven nursing diagnoses were identified and three of them were prioritized, taking into account the NANDA taxonomy, a nursing care and planned interventions and activities are executed, the NOC, NIC taxonomy was taken into account. As a result of the interventions, a change score +2, +3 and +1 was obtained. It is concluded that according to the problems identified in the patient, the nursing care process was managed in its five stages, which allowed providing individualized care plan that allowed providing timely and quality care that improved the patient's health.

Keywords: nursing intervention, user, uterine atony, abdominal hysterectomy.

Introducción

La atonía uterina es la insuficiencia del útero, para alcanzar una contracción óptima al finalizar una expulsión placentaria, cuyo propósito es parar el sangrado del lugar donde estuvo implantado la placenta. Es una de las principales causas de la hemorragia post parto, la cual es la pérdida de sangre que supera los 500ml en un parto vaginal y 1000 ml en una cesárea (Lara, 2020)

La Organización Mundial de la Salud reporta alrededor de 529.00 muertes maternas al año, de las cuales en un aproximado 166.00 son originadas por atonías uterinas, que representa un 25% de las muertes maternas; el 50% de las muertes se dan durante las primeras cuatro horas post parto y aproximadamente el 99% ocurre en países en vías de desarrollo. (Buendía,2016).

Se menciona que, en Latino América, la atonía uterina es considerada como segunda causa de muerte materna, donde se registran un 20.8% de casos después de una hemorragia obstétrica o al término del parto. Se estima que el 8.2% de las mujeres que dan un parto en Latino américa puede sufrir hemorragia post parto grave que requerirá transfusión. (Lara, 2020).

A nivel nacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Bank World realizaron un estudio donde refieren que el Perú es un país que viene evolucionado favorablemente en la reducción de muerte materna; existen regiones que muestran elevadas cifras de muertes maternas, las cuales son: Lima, Cajamarca, La Libertad, Puno, Piura, Lambayeque, 14 14 14 24 24 43 9 Ancash, Arequipa, Callao, Apurímac y Loreto. En el 2012 se menciona las causas de muertes directas: las hemorragias con un 40.2%. (Altamirano, 2019).

En Ayacucho, Altamirano (2019) señala que las puérperas con atonía o hipotonía uterina presentaron complicaciones en el parto: fetos macrosómicos, ruptura prematura de

membranas, placenta previa, preeclampsia, embarazo en vías de prolongación y se tuvo parto precipitado y expulsivo prolongado, que complicaron la salud de la madre.

Generalmente, los factores de riesgo de la atonía uterina están asociados con el uso de fármacos para inducción del parto prolongado, presencia de alteraciones anatómicas: miomas, infecciones uterinas, lesiones o traumatismos uterinos, retención de placenta y membranas, edad gestacional grande del recién nacido, trastorno hipertensivos; otros factores de riesgo son los antecedentes personales o familiares de historia previa de atonía uterina en embarazos anteriores, la obesidad, la alta paridad, parto precipitado, gestaciones múltiples entre otros. (Lara, 2020).

Sin embargo, la falta de tono que dificulta la contracción tras el parto es la primera causa de hemorragia, la cual se denomina atonía uterina. (Cusirramas, 2016).

Durante el proceso de alumbramiento, se espera el desprendimiento de la placenta; el útero debe contraerse para que los vasos sanguíneos que conectaban las paredes de éste con la placenta se cierren, pero ocurre que el útero no se contrae por disminución del tono, lo que provoca que los vasos sanguíneos permanezcan abiertos y se produzca una hemorragia severa con una pérdida de más de 1000 ml de sangre; si ésta no es controlada a tiempo puede causar la muerte de la paciente. (Lara, 2020).

Las intervenciones de enfermería en atonía uterina están dirigidas a masaje uterino, tratamiento farmacológico y monitoreo permanente de la paciente. En situaciones cuando estos cuidados no superan las expectativas, el tratamiento es quirúrgico. Se hace interesante que el profesional especialista en gineco obstetricia posea las competencias necesarias, para atender de manera oportuna y acertada las situaciones gineco obstétricas, como es el caso de la atonía uterina, dolor agudo y el riesgo de hemorragia.

El presente estudio se realizó para conocer los factores de riesgo y las causas de una atonía uterina, con el objetivo de prevenirlo en lo posible. Tras el diagnóstico médico de atonía uterina, las pacientes están frente a un evento que complica la contracción uterina en el

puerperio inmediato, llevando muchas veces a complicaciones graves: el daño uterino; si no se llevan a cabo las contracciones en el post parto tenemos un caso de atonía, la cual terminaría en una peligrosa hemorragia y necesita atención médica inmediata, cuya única opción de tratamiento es la histerectomía, último recurso para detener la hemorragia.

Hechos como lo mencionado son comunes en el servicio de gineco obstetricia. La aplicación de un proceso de atención de enfermería, como instrumento para la organización de los cuidados de enfermería, permitirá conocer los problemas y/o necesidades, desde el ingreso de la paciente, durante su estancia y el alta de ésta una vez recuperada.

Objetivos

Objetivo General

Describir las intervenciones de enfermería, en una paciente post operada de histerectomía por atonía uterina.

Objetivos Específicos

Exponer las causas, factores de riesgo, complicación y prevención de la atonía uterina.

Describir la calidad de los cuidados de enfermería, en la prevención de hemorragia transvaginal.

Redactar el rol de enfermería en manejo del dolor agudo, en paciente post operada de histerectomía por atonía uterina.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería basado, en una paciente post operada de histerectomía por atonía uterina, utilizando la taxonomía NANDA, NOC NIC y el manual de problemas de colaboración de Linda Carpenito.

Marco Teórico

Atonía uterina

La atonía uterina se define como la incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento, lo que conlleva una falta de hemostasia del lecho placentario, con la

consiguiente hemorragia excesiva en el postparto inmediato (más de 500 ml de sangre, tras parto vaginal o más de 1000 ml tras cesárea en las primeras 24 horas). (Calle, 2015).

En obstetricia está referido a la pérdida del tono de la musculatura del útero, que lleva a la ausencia de contracción del mismo, por lo que se genera un retraso en la involución después del parto. (Baldeón, 2016).

Clasificación.

Esta patología está asociada con la presencia de hemorragia y se puede clasificar dependiendo en el momento cuando se produce y son de dos tipos (Lara, 2020).

Atonía uterina precoz.

Ocurre inmediatamente después de producido el parto, este tipo de atonía es la más frecuente, ya que la parturienta no es capaz de producir oxitocina de manera fisiológica. (Lara, 2020)

Atonía tardía.

Aparece en el puerperio inmediato, antes de producirse la involución uterina, se caracteriza cuando el útero deja de contraerse para formar el anillo de seguridad de pinard y no logra involucionar (Lara,2020)

Factores de riesgo.

Existen diversos factores de riesgo que favorecen la aparición de la atonía uterina: sobre distención (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal), trabajo de parto prolongado, miomas, parto precipitado, manipulación uterina, desprendimiento de placenta, placenta previa, uso de relajantes uterinos (sulfato de magnesio, agentes anestésicos halogenados), infección intraamniótica, multiparidad. (Baldeón, 2016)

Causas.

Para Altamirano (2019) es universalmente conocido que para que se presente una hemorragia la causa más frecuente es la atonía uterina, por las siguientes causas:

Aumento excesivo del útero, debido a muchas patologías que se asocian con el embarazo múltiple, polihidramnios y feto macrosómico. Trabajo de parto prolongado, en primigestas con 8 horas y en caso de multigesta 12 horas.

Las distocias de presentación.

Traumatismos externos como es el caso de la maniobra de Kristeller

Asimismo, no se deben de dejar de lado los múltiples orígenes adicionales que llevan a producir esta complicación; de manera adicional, la guía de práctica clínica del Ministerio de Salud, ha definido una nemotecnia, con la finalidad de recordar las causas más comunes de la HPP.

Signos y síntomas.

Dentro de las características con las que se pueden identificar la presencia de atonía uterina se puede mencionar: Sangrado por vía vaginal de color rojo rutilante con o sin la presencia de coágulos en la cavidad uterina, útero blando no contraído al realizar la palpación, con presencia de dolor, presencia de signos y síntomas propios del shock hipovolémico: la taquicardia, hipotensión arterial, mareo, vértigo y pérdida de conciencia, también la presencia de anemia, la cual se diagnostica por prueba de hemoglobina y hematocrito. (Baldeón, 2016)

Fisiopatología.

La atonía uterina viene a ser la dificultad del útero para llegar a contraerse luego del alumbramiento, lo cual provoca la falta de coagulación sanguínea en el lugar de implantación de la placenta, por lo que se ocasiona un sangrado excesivo inmediatamente después del parto. Este sangrado está asociado a la clínica originando hipovolemia, inestabilidad hemodinámica y shock (Lara, 2020).

Tratamiento.

Según Vásquez (2017), se inicia con el uso de uterotónicos hasta la histerectomía de urgencia.

Masaje uterino bimanual.

Viene hacer la primera maniobra que se realiza frente a la atonía uterina, para detener el sangrado al evidenciar mayor pérdida a la esperada, es una maniobra de contención, la cual consiste en masajear el útero intermitentemente.

Tratamiento farmacológico.

Uso de fármacos: oxitocina, ergometrina y misoprostol, evitando que el sangrado continúe.

Tratamiento quirúrgico radical.

Los procedimientos aplicados para resolver la atonía pueden ser: Ligadura de arterias uterinas, Capitonaje de B Lynch, Histerectomía.

Complicaciones.

La primera complicación es una hemorragia excesiva que desencadena una sintomatología de la pérdida de conocimiento, debido al Shock hipovolémico, parada cardiorrespiratoria y el alto riesgo de mortalidad (Baldeón, 2016).

Medidas preventivas de atonía.

Carreño (2014) menciona:

Desafortunadamente la atonía uterina es imposible prevenirla antes del parto, la prevención se basa en evitarla durante el problema. Sin embargo, se trata de evitar que esas complicaciones se desarrollen con el fin de salvaguardar la vida de las pacientes.

Resalta que actualmente “se lleva a cabo lo que se conoce como alumbramiento dirigido o manejo activo del tercer periodo del parto. Esto se consigue mediante el uso de un fármaco uterotónico que se administra a la madre en el primer minuto de vida del bebé, ayudando al útero a contraerse”.

De esta manera, la atonía uterina se inicia rápidamente después del parto, por lo que la madre debe estar monitorizada constantemente, después del periodo expulsivo, en un

promedio por protocolo de dos horas, hasta que se normalizan las constantes y se vigila que el sangrado no sea superior al normal.

Intervención de enfermería en el cuidado de la paciente con atonía uterina.

Valoración del sangrado

Garantizar vías periféricas permeables

Administración de líquidos para prevenir el shock hipovolémico

Vigilar los signos vitales constantemente

Valorar la presión arterial y la presión arterial media

Garantizar paquetes globulares compatibles para transfundir si el caso lo amerite

(Flores,2012).

Histerectomía

Histerectomía nace de dos voces griegas: *Hysteria* (matriz) y *ektoné* (extirpar), que significa extracción parcial o total del útero (órgano muscular hueco). La histerectomía es un procedimiento quirúrgico ginecológico, mediante el cual se extrae el útero, puede estar combinada o no con la extirpación de las trompas de Falopio y uno de los ovarios o ambos, lo cual causa infertilidad en la mujer. (Baldeón, 2016).

Indicaciones de Histerectomía.

Según Cardoso (2017), es un procedimiento que se realiza para aliviar la sintomatología presentada por las mujeres. Las causas primordiales son las patologías ginecológicas y las causas obstétricas:

Patologías ginecológicas.

Miomas uterinos, endometriosis, adenomatosis, prolapso uterino, hemorragias uterinas persistentes, afecciones malignas.

Causas Obstétricas.

Hemorragia post parto, trastornos placentarios (placenta acreta).

Tipos de histerectomía.

Según Baldeón (2016), se clasifica en histerectomía total, sub total y radical.

Histerectomía Sub total.

Es la extirpación del cuerpo uterino y se preserva el cuello, diferentes investigaciones aseguran que es uno de los abordajes con técnica más sencilla y de menor riesgo, debido a que los ligamentos uterosacros y cardinales quedan intactos, y, en consecuencia, se conserva el suelo pélvico.

Histerectomía total.

Es la extirpación del cuerpo y del cuello uterino, tiene como ventaja principal la visualización y palpación de los órganos pélvicos, una buena cirugía dependerá de la destreza médica. Se debe mencionar que presenta muchas desventajas: los daños de nervios pélvicos y de sus estructuras de soporte, adherencias, mucho dolor después de la cirugía, cicatriz en zona de incisión y alto riesgo de presentar cáncer de cúpula vaginal.

Histerectomía radical.

Es la extirpación del cuerpo del útero, cuello uterino, ovarios, trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis.

Abordajes quirúrgicos.

Actualmente, la histerectomía es abordada por diferentes vías, las cuáles son: abdominal, vaginal y laparoscópica (Villón,2020)

Histerectomía abdominal.

Es la vía que más se utiliza, consiste en la extirpación del útero mediante una incisión en el abdomen, donde se observa el útero y los órganos adyacentes (Monet, 2020).

Histerectomía vaginal.

Se extirpa el útero a través de la vagina, sin realizar una incisión, se indica en casos de prolapso, obesidad, adherencias uterinas, es necesario mencionar que las complicaciones post operatorias son menores (Carmona,2016).

Histerectomía laparoscópica.

Intervención mínimamente invasiva, donde se realiza la introducción de un endoscopio a través del vientre y se realizan pequeños cortes al útero para extraer sus restos.
(Poveda,2016)

Complicaciones.

Dentro de sus complicaciones Yzaguirre (2020) menciona las siguientes:

Respiratorias.

Pueden ser prematuras dentro de las 72 horas, debido a la pérdida de la integridad en la caja torácica, pérdida del tejido pulmonar e en el control respiratorio

Shock posoperatorio.

Se presenta de dos maneras como hipovolemia y normovolemia lo más frecuente es el shock hipovolémico.

Hemorragia posoperatoria.

Pérdida sanguínea, puede ser temprana (menor de 48 horas) y tardía (mayor a 48 horas) después de la cirugía.

Dolor.

Una complicación característica de una histerectomía es el dolor, donde se hace necesario aplicar terapias de dolor en las pacientes, incluso después de una semana después de su cirugía, llegando a un promedio de tres días.

Infección de sitio operatorio. Es la infección en la herida operatoria, la cual puede ser: celulitis pélvica, absceso de cúpula vaginal y absceso pélvico.

Enfermedad tromboembólica.

Incluyen factores de riesgo: edad, raza, cáncer, precedentes de trombosis venosa profunda, edema en extremidades inferiores, varices, obesidad y antecedentes de radioterapia.

Complicaciones digestivas.

Puede presentarse obstrucción intestinal de manera ocasional o rara, en un 2% de todas las pacientes histerectomizadas. Las adherencias (los tejidos u órganos se quedan pegados entre sí o a la pared abdominal) pueden ser la causa más común que produzca una obstrucción en el intestino.

Intervención de enfermería en paciente post histerectomizada inmediata

Vigilar las constantes vitales

Valorar el nivel de conciencia

Valorar la intensidad del dolor

Valorar la herida operatoria

Valorar el sangrado

Garantizar paquetes globulares si amerite el caso.

Dolor agudo

NANDA Internacional (2018) refiere que el dolor agudo es una “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de tres meses” (Heather y Shigemi, 2018, p. 468).

Características definitorias.

Heather y Shigemi, (2018) incluyen algunas características definitorias para el dolor agudo: propios de las características del dolor, utilizando instrumentos validados, alteración de los criterios fisiológicos, inapetencia, conducta expresiva, conducta protectora, conducta de distracción, características faciales de dolor, gestos de dolor, diaforesis, cambios de posturas para aliviar el dolor. Ante lo mencionado, la sintomatología que permitió identificar el dolor agudo en la paciente fue referencia de dolor intenso en herida operatoria, abdomen doloroso a la palpación y expresión facial de dolor.

Clasificación del dolor.

El dolor se clasifica, según la duración, la intensidad, su localización, cualidad y afecto. Como se ve a continuación

Duración.

Es el tiempo en el cual el dolor se presenta de manera continua o intermitente, puede ser agudo menor de tres meses ocasionando ansiedad, este responde bien a los analgésicos y crónico tres meses o más, a veces llega a presentar sintomatología de depresión que van empeorando, su manejo se hace difícil y requiere de tratamientos más intensos.

Intensidad.

Se miden como leve, moderado y severo, aquí se requiere medir con diversas escalas, siendo una de las más usadas la escala numérica de EVA, donde se va midiendo la intensidad del dolor a través del mismo paciente, donde se tiene dos extremos marcados de 0 a 10, donde 0 es que no presenta dolor y el 10 es el dolor muy intenso.

Localización.

Está referido al lugar donde se presenta el dolor y lo percibe la propia persona. Según la Ley de proyección, el dolor es se origina a través de estímulos en las estructuras profundas.

Cualidad.

Peculiaridad que admite describir el tipo de dolor, si este es quemante, punzante, como corriente, como calambre y otros.

Afecto.

Está referido a condiciones de agrado o desagrado, donde se acompañan con afectos positivos y negativos (Pabón, 2016).

Factores relacionados.

De igual manera, Herman, en NANDA 2018-2020, considera como factores relacionados para el dolor agudo: lesión por agentes biológicos y lesión por agente físico,

agente químico lesivo. Y en el caso de la paciente, la causa fundamental es el dolor por el agente lesivo físico (herida operatoria reciente).

Fisiología del dolor.

Pabón (2016) señala que el mecanismo de la fisiología del dolor está conformado por etapas importantes:

La transducción.

La información generada en el sistema sensitivo general comienza en la piel, los músculos, las articulaciones y vísceras, donde es percibida y transformada a potenciales de acción por diferentes receptores o transductores, los cuales se clasifican en mecanorreceptores, termorreceptores y nociceptores. Los nociceptores son sensibles a estímulos, los cuales amenazan generar daño tisular o que lo producen. Cuando hay una lesión superficial en la piel, existen dos clases de dolores: un inicial, rápido, localizado y de corta duración, debido a la actividad de las fibras, este es el dolor primario, y otro que aparece más tarde, lento, persistente y difuso, debido a la actividad de las fibras conocido como dolor secundario.

La transmisión.

Este se trasfiere mediante fibras, igual que las sensaciones generales; el dolor se transmite desde la periferia hasta la corteza somato-sensorial por medio de tres neuronas.

La modulación.

Este proceso parte de dos maneras: la sensibilización e inhibición. En la sensibilización se percibe un dolor intenso y continuo que genera una sensibilización, a nivel central, debido a que a nivel medular promueve neuroquímicos excitatorios por lo que se necesita mayores dosis de analgésicos. En la inhibición se da a nivel espinal de dos maneras, sistema opioide y no opioide; en el primero utiliza encefalinas, endorfinas y dinorfinas, por ello hay acción analgésica con los opioides exógenos como la morfina; en el segundo

comprende neuromoduladores como noradrenalina, serotonina y agonistas de receptores alfa-2.

La percepción.

Viene a ser el último proceso, mediante el cual los estímulos activan la porción somatosensorial y asociativa de la corteza cerebral. El componente afectivo del dolor deriva de circuitos cerebrales, entre corteza, sistema límbico y lóbulo frontal. La expresión de dolor depende del desarrollo del sistema de respuestas al estrés, generando el aumento de la frecuencia cardíaca, de la frecuencia respiratoria, presión sanguínea y la presión intracraneal, por otro lado, genera disminución del tono vagal cardíaco, la saturación de oxígeno y el flujo sanguíneo periférico.

Tratamiento.

Respecto al tratamiento, la OMS (2014) considera:

Farmacológico.

Para la OMS está basado en los escalones y tomando en cuenta la escala de valoración del dolor. Es un método farmacológico establecido, gracias al cual se utiliza un pequeño número de medicamentos con eficacia y seguridad comprobada.

Primer escalón. Compuesto por analgésicos no opioides: paracetamol, metamizol. AINES (y AAS): de elección en dolor óseo/metastásico. A estos pueden añadir fármacos coadyuvantes

Segundo escalón. En este encontramos opioides débiles: la codeína (paracetamol), dihidrocodeína, tramadol (de elección). Se puede incluir fármacos del primer escalón y coadyuvantes.

Tercer escalón. En este encontramos opioides potentes: la morfina, fentanilo. Se puede agregar fármacos del 1º escalón o adyuvantes. No se recomienda mezclar opioides.

No farmacológico.

Calor. El calor disminuye el dolor y los espasmos musculares.

Hielo. Este disminuye la inflamación y el dolor.

Terapia de masaje. Ayuda a disminuir la tensión de los músculos y a aliviar el dolor.

Fisioterapia. Enseña ejercicios para mejorar el movimiento, fortalecerse y disminuir el dolor.

Risa. La risa le ayuda a disminuir de la tensión nerviosa, la ira, el temor, la depresión y la desesperanza.

Música. Contribuye para que sienta con más energía y para mejorar su estado de ánimo.

Recomendación para el control del dolor.

Aplicar la medición del dolor mediante escalas para estratificarlo y escoger el tratamiento, sea este en descanso o en movimiento.

El dolor es tratado con analgésicos, pero cuando es de difícil manejo debe buscar un nuevo el diagnóstico.

La eficacia del analgésico es mejor cuando se utiliza para prevenir y menor cuando se administra para tratar un dolor ya establecido, de preferencia deben administrarse por vía parenteral.

En caso de agrupaciones de analgésicos no opiáceos y opiáceos son eficaces en dolores agudos intensos.

El excelente efecto analgésico se obtiene usando los fármacos, mediante dosis e intervalos adecuados, con una pauta prefijada (OMS, 2014)

Cuidados de enfermería en el manejo del dolor.

Según Pérez (2017), el dolor es el que está presente en el paciente durante el proceso de la enfermedad, el procedimiento quirúrgico y sus complicaciones propias o a una combinación de ambos, y se caracteriza por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable. El mal manejo afecta la calidad de vida, la recuperación funcional y aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, y se asocia con un aumento de la

morbilidad y de los costos, incrementando el riesgo de desarrollar dolor crónico persistente. El adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial; es esencial dentro de los cuidados perioperatorios junto con la movilización y la nutrición de forma precoz.

Se considera que la base del dolor se realiza con la prescripción, dispensación y administración de medicación, por lo que este es un problema de colaboración, dentro de la intervención de enfermería, en el manejo del dolor se considera:

Asegurar una valoración exhaustiva que involucre localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y los factores que los desencadenan.

Averiguar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.

Buscar con el usuario los factores que alivian y empeoran el dolor.

Separar los factores que aumenten la experiencia del dolor.

Facilitar informe sobre el dolor, causas, el tiempo que durará e incomodidades que se puedan presentarse.

Elegir y desarrollar medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que favorecen el alivio del dolor, según corresponda.

Garantizar el alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

Manejar estrategias de control del dolor antes que se convierta en un dolor intenso.

Instruir el manejo de técnicas no farmacológicas.

Corroborar las indicaciones médicas respecto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Indagar el historial de alergias a medicamentos.

Administrar los analgésicos a la hora indicada.

Vigilar los constantes vitales antes, durante y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.

Hemorragia

Existen diversas definiciones para diagnosticar hemorragia, Flasog (2018) señala que “Actualmente la definición más aceptada es la pérdida de cualquier cantidad de sangre que cause signos de inestabilidad hemodinámica en la paciente” (p. 9). Existen otras definiciones que están en las guías y protocolos internacionales, son la pérdida mayor a 500 ml de sangre en un parto vaginal normal y más de 1000 ml de sangre en un parto distócico. Disminución del 10% del hematocrito basal de la mujer. Pérdida de 500 ml de sangre o más en 24 horas después del parto, hemorragia grave viene hacer la disminución de 1000 ml de sangre o más en 24 horas.

Clasificación.

Según Voto (2019), la hemorragia es clasificada: temprana y tardía dependiendo del tiempo en que se presenta, temprana dentro de las 24 horas posterior al parto y tardía después a las 24 horas hasta las 12 semanas después del parto. También de acuerdo con el grado de choque la hemorragia se conoce: leve (40%). Durante la gestación suceden cambios fisiológicos en especial hematológicos y hemodinámicos que garantizan una cantidad adecuada de sangre y oxígeno a la unidad feto placentaria, que influyen los resultados cuando no responden los mecanismos hemostáticos después del parto.

Factores de riesgo y etiología.

Una serie de estudios de casos y controles refieren que existen factores riesgo prenatal y durante el parto para la hemorragia, a pesar de que la mayor parte de casos de hemorragia no presentan factores conocidos. La Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá publicó una guía sobre la prevención de hemorragia, en la que indica las causas de hemorragias asociadas a la conocida regla de las cuatro “4 Ts”: Tono, Trauma, Tejido y Trombina, los cuales son los que se encargan de la hemostasia en el posparto y se consideran:

Tono.

Dificultad para que el útero pueda contraerse de manera parcial o total, después del alumbramiento.

Tejido.

Se evidencia restos placentarios en la cavidad uterina, en forma secundaria a la expulsión fallida de la placenta o retención completa de la misma.

Trauma.

Desgarros de diferentes grados en cualquier parte del trayecto del canal del parto o inversión uterina.

Trombina.

Trastornos a nivel de la coagulación. Flasog (2018)

Complicaciones de hemorragia.

Las complicaciones que se pueden encontrar son: Shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, isquemia del miocardio, síndrome de dificultad respiratoria, síndrome de sheehan e irreversiblemente la muerte. (Voto, 2019).

Medidas preventivas de hemorragia.

La existencia de factores de riesgo es importante a la hora de evitar una hemorragia, cabe mencionar que 2/3 de los casos se presentan en mujeres sin ningún factor de riesgo. Razón por el cual se debe manejar de forma sistemática y universal, en la fase de alumbramiento de todos los partos mediante una conducta activa, y con los siguientes pasos: administración de un uterotónico (la oxitocina), realizar el clampaje y sección precoz del cordón umbilical, tracción suave y mantenida del mismo y masaje uterino continuo después del alumbramiento (Lara, 2020).

Cuidados de enfermería en la prevención de hemorragia.

En relación con la prevención de hemorragia de debe tener en cuenta:

Valoración del sangrado

Garantizar vías periféricas permeables

Administración de líquidos para prevenir el shock hipovolémico

Vigilar los signos vitales constantemente

Valorar la presión arterial y el PAM. (Butcher, 2018)

Garantizar paquetes globulares compatibles para transfundir si el caso lo amerite

Cabe mencionar que el profesional de enfermería permanece las 24 horas del día con la paciente, por lo que somos nosotras las que identificaremos signos y síntomas de complicaciones en la paciente, asimismo actuaremos de forma inmediata de acuerdo a guías y protocolos establecidos, conjuntamente con el equipo de salud. (OMS, 2014).

Teoría de la Adaptación y del Cuidado Humano

Todo ser humano cuando se evidencia el cambio de su salud, va requerir ayuda y cuidados especiales de profesionales para adaptarse, esto requiere explicaciones sobre dónde debemos enfrentar los cambios de salud y vivir momentos de incertidumbre por el desconocimiento de la enfermedad y de los procesos durante la atención hospitalaria. Es por eso donde se origina la necesidad de que los profesionales de salud comprendan a las pacientes participando de su cuidado, junto con la familia y viéndole a él como un ser holístico. (Izquierdo, 2015).

Para el presente estudio, se tomó de referencia la Teoría de Jean Watson, debido a que la teoría presenta 6 dimensiones, las cuales son: Satisfacer las necesidades, Habilidades técnicas de la enfermera, Relación enfermera – paciente, Autocuidado de la profesional, Aspectos espirituales del cuidado enfermero y Aspectos éticos del cuidado.

Finalmente, de acuerdo con la Teoría de Jean Watson, se brinda el cuidado humanizado, considerando que la mujer debido a la pérdida de una parte de su cuerpo (extirpación de su útero), se encuentra altamente sensible y afectada en su estima personal,

donde van dirigidas las acciones de enfermería, para aminorar el dolor, la prevención de hemorragia y el apoyo emocional.

Metodología

Diseño del estudio

En el presente estudio de caso se aplica el enfoque metodológico de la investigación de tipo cualitativo, debido a que abarca el proceso de investigación en todas sus etapas, desde la definición del tema hasta el desarrollo de la perspectiva. Así mismo, se centra en recolectar información, donde se puedan obtener datos claves.

Tipo de estudio

Caso clínico único, para dar respuesta a los objetivos redactados en el estudio sobre la prevención del riesgo de hemorragia transvaginal y dolor agudo, en paciente post operada de histerectomía por atonía uterina.

Sujeto del estudio

Mujer de 31 años de edad, seleccionada por conveniencia de las investigadoras, diagnosticada como post operada de Histerectomía Abdominal total por atonía uterina, quien manifiesta dolor agudo y es vulnerable a presentar hemorragia transvaginal.

Ámbito y periodo del estudio

El estudio se realizó en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Ayacucho. El tiempo de estudio quedó comprendido entre el 01 abril al 16 de mayo 2021, para la fase de contacto se utilizó la observación y recogida de datos clínicos.

Procedimiento de recojo de información

Como instrumento de recolección de datos se utilizó el marco de valoración de los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, validado por profesionales expertos del área.

El procedimiento de recolección de datos se ha desarrollado a través de las siguientes fuentes:

Información verbal proporcionada por nuestra paciente.

La observación directa de la paciente.

La historia clínica de la paciente.

Los registros de evolución médica y enfermera.

Examen físico de la paciente.

La valoración de enfermería según los 11 patrones de Marjory Gordon.

La revisión de la evidencia científica.

La revisión de la evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Science Direct, Medline, Scielo. Además, se han consultado documentos procedentes de Entidades Oficiales (OMS), guías de práctica clínica y protocolos; tesis doctorales y libros publicados para enfermería.

Técnica de recolección de datos

Entrevista y observación.

Procedimiento de información

Para proceder a la recolección de datos, se obtuvo la autorización previa de la paciente y del responsable del servicio, quedando garantizado durante todo el proceso la protección y la confidencialidad de los datos aportados, para la realización del estudio, no figurando ninguna reseña de identificación de esta.

La recolección de información se realizó en 4 fases: la primera se comenzó accediendo a una revisión de la historia clínica de la paciente, para extraer datos clínicos: antecedentes personales y familiares, el motivo de consulta, los resultados de las pruebas diagnósticas, el diagnóstico médico principal, evolución médica y clínica, así como la evolución de los cuidados. En la segunda, se realizó una valoración de enfermería a través de una entrevista personal, siguiendo los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, utilizándose la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico y centrado en el caso de

estudio. En la tercera fase, encontramos los tres seguimientos realizados a la paciente para ver la evolución de la misma. Y en la última fase, se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, fijándose límites según criterios de fecha, limitándose la búsqueda de información del 2016 hasta la actualidad. Se usaron las bases de datos: Scielo, Google académico, y usando palabras clave: atonía uterina, histerectomía abdominal e intervención de enfermería.

Procesamiento de los datos

El análisis y procesamiento de los datos se realizó en base a la metodología enfermera.

Después de la valoración de la paciente, sobre la base de 11 patrones funcionales Marjory Gordon, procediendo a realizar una red de razonamiento basada en el “modelo área” gestado por Pesut y Herman, para la selección del diagnóstico principal según la taxonomía NANDA-I. Seguidamente, tras la elección del DXEp se procede al establecimiento de los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) y las actividades respectivas. Tras la ejecución de las actividades de enfermería programadas, se procedió a una evaluación de las mismas, con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas en el plan de cuidados individualizado de la paciente.

Resultados

Descripción del caso

Paciente femenina, de 31 años de edad, hospitalizada en el servicio de ginecología, tras haber sido intervenida por histerectomía abdominal total y hematoma bésico uterino, como consecuencia de una atonía uterina; asimismo se encuentra con anemia moderada severa, lúcida y orientada, afebril, ligeramente dormida, con ventilación espontánea, con dos vías periféricas en miembro superior izquierdo y derecho, palidez marcada en piel y mucosas, mamas turgentes secretantes con pezones formados, abdomen blando depresible, herida operatoria cubierta con apósitos limpios y secos, sonda foley permeable con orina de color

amarillo claro, sangrado vaginal escaso, paciente muy ansiosa preguntando por su esposo e hijos y como será vivir sin el útero, qué consecuencias tendrá, repite constantemente que ya no podrá tener más hijos, porque ya no tiene útero (llora), refiere dolor intenso en herida operatoria.

Valoración

Para la valoración se utilizó un marco basado en 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon:

Patrón N°1: Percepción manejo de la salud

Patrón alterado. Paciente niega antecedentes de enfermedades, con prueba COVID 19 negativo, grupo sanguíneo “A “ RH (Positivo), quirúrgicamente fue intervenida de una cesárea y laparotomía exploratoria en el Hospital de Kimbiri, para luego ser referida al Hospital Regional de Ayacucho por presentar complicaciones, no consume alcohol ni drogas, después de evaluación y exámenes auxiliares pre quirúrgicos ingresó a sala de operaciones, después de la cirugía realizada: Histerectomía abdominal total , pasó a la unidad de cuidados post anestésicos, luego de 2 horas ingresa al servicio de Ginecología. Actualmente se encuentra con higiene corporal conservada, con palidez marcada en piel y mucosas. Los resultados de laboratorio señalaron: hemoglobina: 6.4gr%, hematocrito: 22%, plaquetas: 419,000.

Diagnóstico Médico actual. Post operada inmediata Laparotomía exploratoria + Histerectomía abdominal total x hematoma vesico uterino + atonía uterina + anemia moderada severa.

Tratamiento médico post Histerectomía. NPO x 6 horas, Cloruro de sodio 9^o/_{oo} 1000cc XXV gotas (I), Ceftriaxona 2gr. cada 24 horas vía endovenosa (EV), Clindamicina 600mg.cada 8 horas (EV), Tramadol 100mg. cada 8 horas (EV), Metoclopramida 10mg. cada 8 horas (EV), Ranitidina 50mg. cada 8 horas (EV), Acido tranexámico 1gr. cada 8 horas (EV), Metamizol 1gr por razón necesaria (PRN) T° >= 38°C, Clorfenamina 1amp. STAT,

Transfusión de 02 paquetes globulares (01 en SOP), completar la transfusión, Sonda vesical x 7 días.

Patrón N°2: Nutricional-Metabólico

Patrón alterado. Paciente mujer, peso 49 Kg. y talla 1.49 cms., índice de masa corporal de 16.4 Kg/m². Se encuentra en NPO x 6 horas, con el abdomen adolorido a la palpación. Con presencia de herida operatoria cubierta con apósitos limpios y secos, con palidez marcada en piel y mucosas, no presenta edemas.

Patrón N°3: Eliminación

Patrón alterado. Paciente portadora de sonda Foley permeable x 7 días con orina de color amarillo claro, refiere no hacer deposiciones hace dos días, al evaluar se observa sangrado vaginal sanguinolento escaso.

Patrón N°4: Actividad-ejercicio

Patrón alterado. Paciente afebril, ligeramente dormida, en reposo relativo, ventilando espontáneamente, frecuencia respiratoria de 19 x min y con saturación de oxígeno de 96 %. Actividad circulatoria normal, con frecuencia cardíaca de 110 x min., presión arterial de 120/70 mmHg., presión arterial media de 87 mm/Hg. Con presencia de dos vías periféricas en miembro superior izquierdo y derecho. La paciente se encuentra con capacidad de movimientos limitados, al ser una paciente post operada inmediata requiere de apoyo por lo que su grado de dependencia es III.

Patrón N°5: Sueño descanso

Patrón alterado. Paciente no logra conciliar el sueño y duerme a intervalos por presentar preocupación y dolor en la herida operatoria.

Patrón N°6: Cognitivo-perceptual

Patrón alterado. Paciente se encuentra lúcida y orientada con Glasgow 15, refiere dolor intenso de 6 (escala de EVA) en herida operatoria, se observa ceño fruncido, gestos de

dolor. No presenta alteraciones auditivas, visuales ni de lenguaje, se comunica en idioma castellano. Grado de instrucción secundaria completa.

Patrón N°7: Autopercepción- autoconcepto

Patrón alterado. Paciente triste, porque ya no podrá tener más hijos y preguntando cómo será vivir sin el útero y que complicaciones tendrá.

Patrón N°8: Rol-relaciones

Paciente casada y madre de familia de una menor de 5 años y del recién nacido, actualmente dedicada al negocio independiente.

Patrón N°9: Sexualidad- reproducción

Paciente con inicio de menarquia a los 16 años, inicio de relación sexual a los 18 años, números de parejas refiere solo 1, cero abortos y 01 cesárea. Actualmente continúa siendo puérpera y post histerectomizada, con mamas turgentes secretantes y pezones formados. Fórmula Obstétrica G2P2002.

Patrón N°10: Adaptación- tolerancia al estrés

Patrón alterado. Paciente ansiosa preguntando por su esposo e hijos, preocupada por la pérdida del útero y sus consecuencias de no poder tener más hijos. Paciente con tendencia al llanto al hablar sobre su estado de salud actual.

Patrón N°11: Valores- Creencias

Paciente de religión católica.

Plan de Cuidados

Diagnóstico

Identificación de diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería (DxE) que se identificaron, de acuerdo con el análisis crítico de los datos registrados en los patrones alterados. Se utilizó Taxonomía NANDA I (Herdman et al,2018)

Patrón N°1: Percepción manejo de la salud.

(00044) Deterioro de la integridad tisular relacionado a procedimiento quirúrgico evidenciado por herida operatoria.

Dominio 11: Seguridad y protección

Clase 2: Lesión física

Definición: “Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema Inter tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula de la articulación y/o ligamento.”

(Herdman et al,2018, p. 417.)

(00004) Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad cutánea asociado a procedimientos invasivos (CVP, Sonda Foley)

Dominio 11: Seguridad /Protección

Clase 1: Infección

Definición: “Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos que pueden comprometer la salud.” (Herdman et al,2018, p. 404.)

Patrón N°2: Nutricional-metabólico.

(00002) Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales, relacionado con la ingesta inferior a las necesidades, evidenciado por palidez de piel y mucosas y valores bajos de hemoglobina e IMC.

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Definición: Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

(00132) Dolor agudo r/c agente lesivo físico m/p ceño fruncido, gestos de dolor y referencia de dolor intenso 6/10 EVA.

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort Físico

Definición: Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación internacional para el estudio del dolor); de inicio repentino o lento de cualquier intensidad del leve a grave con un final anticipado predecible, y con una duración menor de tres meses. (Herdman et al,2018, Pág. 468.)

(00105) Interrupción de la lactancia materna relacionado a enfermedad de la madre evidenciado por mamas turgentes secretantes.

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión

Definición: Interrupción en la continuidad de suministro de leche a un bebé o un niño directamente de los pechos, la cual puede comprometer el éxito de la lactancia y/o el estado nutricional del lactante/niño. (Herdman et al,2018, p. 180)

Patrón N°3: Eliminación.

(00015) Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad intestinal asociado a dificultad para eliminar las heces.

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase: 2 Función gastrointestinal

Definición: Susceptible de una disminución en la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, que puede comprometer la salud. (Herdman et al, 2018, p. 214)

Patrón N°4: Actividad-ejercicio.

(00238) Deterioro de la posición bípeda relacionado con procedimiento quirúrgico manifestado por dolor.

Dominio: 4 Actividad/reposo

Clase 2: Actividad /ejercicio

Definición: Limitación de la capacidad de alcanzar y/o mantener de forma independiente y decidida el cuerpo en una posición vertical de pies a cabeza.

(00108) Déficit de autocuidado: baño relacionado con debilidad y dolor evidenciado por el grado de dependencia.

Dominio 4: Actividad/ Reposo

Clase 5: Autocuidado

Definición: Incapacidad para completar de forma independiente las actividades de higiene.

Patrón N°5: Sueño – descanso.

(00198) Patrón de sueño alterado relacionado con dificultad para conciliar el sueño evidenciado por preocupación y entorno hospitalario.

Dominio 4: Actividad/ Reposo

Clase 1: Sueño/reposo

Definición: Despertarse de tiempo limitado debido a factores externos.

Patrón N°6: Cognitivo-perceptual.

(00146) Ansiedad relacionado con amenaza para el estado actual manifestado por incremento de la preocupación y angustia.

Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés

Clase 2: Respuesta de afrontamiento

Definición. Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza que se acompaña de respuestas autónomas (se origina de forma inespecífica y no es conocido para una persona), se produce un sentimiento de angustia que se anticipa a un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. (Herdman et al,2018, p. 352)

Patrón N°7: Autopercepción- auto concepto.

(00118) Trastorno de la imagen corporal relacionado con ausencia de una parte del cuerpo evidenciado por histerectomía abdominal total

Dominio 6: Autopercepción

Clase 3: Imagen corporal

Definición: Confusión en la imagen mental del yo físico.

(00136) Duelo relacionado con ausencia de una parte del cuerpo evidenciado por histerectomía abdominal total.

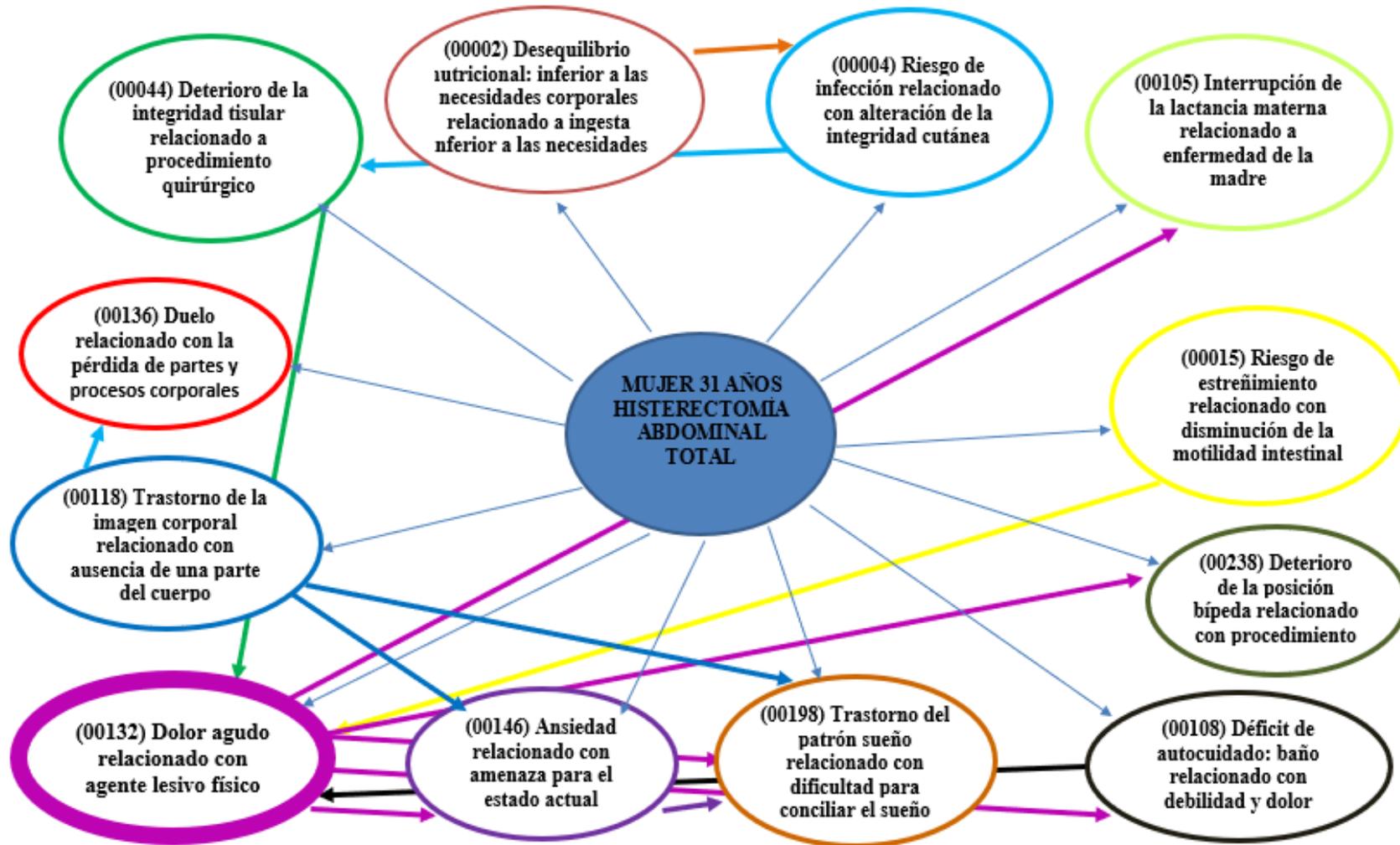
Dominio 09: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición. Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas de emociones que pueden ser físicas, de forma espiritual, social o intelectual dónde, a través de ellas las personas, familia y comunidad presentan en su vida la pérdida real o anticipada.

(Herdman et al, 2018, p. 352)

Figura N° 1 Red de Razonamiento Crítico basado en el Modelo AREA para la obtención del Dx.E principal



Fuente: Elaboración propia basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut &Herman,1999).

Diagnóstico Principal

Tal como podemos observar en una Red de Razonamiento (Figura N°1), se considera como diagnóstico principal:

(00132) Dolor agudo r/c agente lesivo físico m/p ceño fruncido, gestos de dolor y referencia de dolor intenso 6/10 según EVA.

Definición. “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave y con una duración menor de tres meses.” (Herdman et al,2018, p. 468.)

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort Físico

Justificación del diagnóstico principal

El dolor agudo se percibe después de una cirugía hasta los 7 días; existe el dolor que puede durar hasta más de tres meses, la cual es clasificada como dolor crónico. La cirugía típicamente es seguida por dolor agudo y la identificación correcta del tipo de dolor permite la selección de un tratamiento apropiado y eficaz. (Vásquez, 2018).

Finalmente, se menciona que en el caso de nuestra paciente que refiere dolor intenso en herida operatoria manifestado por gestos de dolor, donde las acciones de enfermería van dirigidas para mitigar el dolor, se realizó la valoración minuciosa del dolor, que incluye: la localización, sus características, la duración, su intensidad y que factores produjeron el dolor, observamos también las manifestaciones no verbales, para posteriormente cumplir los cuidados y terapia correspondiente para aliviar el dolor.

Identificación de los Problemas de Colaboración (PC) y sus Riesgos de Complicación (RC).

A fin de conocer los problemas de colaboración (PC) y riesgos de complicación (RC) de la paciente, se utilizó el “Manual de Diagnósticos Enfermeros”. (L. Carpenito,2019)

Problema de colaboración: Histerectomía.

RC de hemorragia

RC de retención urinaria (posterior a la extracción de la sonda).

RC de formación de una fístula.

RC de trombosis venosa profunda.

RC de traumatismo (uréter, vejiga, recto).

RC de déficit neurológico secundario al tratamiento epidural.

Problema de colaboración: Periodo postoperatorio.

RC: Retención urinaria.

RC: Hipovolemia/shock.

RC: Tromboflebitis.

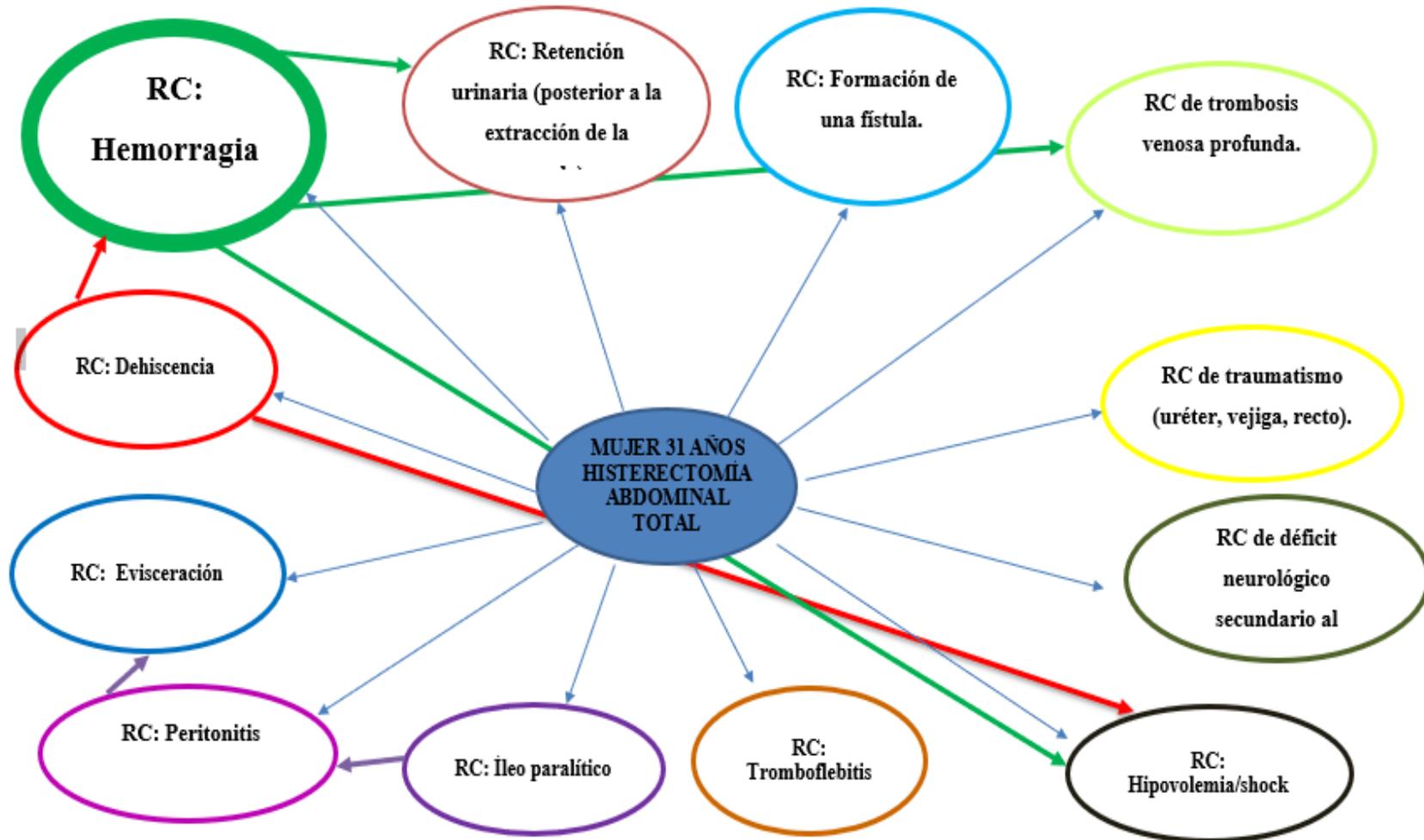
RC: Íleo paralítico.

RC: Evisceración

RC: Dehiscencia.

RC: Pancreatitis

Figura N°2 Red de Razonamiento Crítico basado en el Modelo AREA para la obtención del Riesgo de Complicación Principal RC



Fuente: Elaboración propia basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut &Herman,1999).

Identificación del RC principal

Se identificó como riesgo de complicación principal el RC Hemorragia, debido a que es el que más flecha tiene, en relación con los demás vinculándose con retención urinaria, trombosis venosa profunda y con hipovolemia / shock.

Hemorragia

Definición. Se han consultado diferentes autores, para intentar definir el significado de hemorragia desde la óptica de enfermería, considerando:

Una de las complicaciones obstétricas que genera mucho temor es la hemorragia, siendo considerada una de las causas fundamentales de la mortalidad materna a nivel mundial. Es definida por la pérdida de sangre sobre 500ml, después de un parto vaginal o de 1.000 ml después de una cesárea. Después del parto, dentro de las primeras veinticuatro horas puede presentarse la hemorragia, la cual es muy grave y se puede producir por una atonía uterina, traumas y/o laceraciones, retención de restos de la concepción y por cambios en la coagulación, siendo la más habitual la atonía. (Lara, 2020)

El diagnóstico es clínico y el tratamiento abarca unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. (Solari et al, 2016).

A la vez, Basanta et al (2019) sostienen que la hemorragia es perder sangre de 1000 ml a más en un momento. La hemorragia es alguna pérdida de sangre, puede producir cambios hemodinámicos después del parto. La hemorragia es considerada una complicación obstétrica que puede presentarse en el puerperio y genera mucho temor.

Justificación del RC principal

Identificamos como Riesgo de complicación principal al RC Hemorragia.

El riesgo de complicación es muy importante tratarlo, porque si no se maneja de manera rápida y oportuna, puede conllevar a la muerte, la cual a su vez puede conllevar a otras complicaciones como la Trombosis venosa, la cual puede conllevar a un

tromboembolismo pulmonar. Dentro de las cirugías ginecológicas, las venas que frecuentemente lo presentan son los de las piernas y la pelvis. El diagnóstico a veces suele ser complicado, algunas pacientes presentan síntomas y en un porcentaje de pacientes lo confirman con ecografía Doppler (Solari, 2016).

Para concluir, se menciona que en cuanto se tenga el diagnóstico de la paciente se debe incidir en la prevención de complicaciones: la hemorragia y la trombosis venosa. Visualizamos, que muchas veces es mejor observar a la paciente y las manifestaciones clínicas ya que estos influyen en el transcurso de la enfermedad.

Planificación

Planificación del diagnóstico enfermero principal (DXE.).

Después de haber realizado la valoración y tener un diagnóstico enfermero, se procede a realizar el plan de seguimiento a la paciente mediante la Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) (Moorhead et al.,2018) y Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) (Butcher et al., 2018). Siendo el DxE Principal:

(00132) Dolor agudo r/c agente lesivo físico m/p ceño fruncido, gestos de dolor y referencia de dolor intenso 6/10 según EVA.

Dominio: 12. Confort

Clase: 1. Confort físico

Definición. “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño; de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.”

(Moorhead et al.,2018, p. 468)

Resultados (NOC) del Diagnóstico Enfermero Principal.

La taxonomía NOC responde a los resultados de la paciente, que se está intentando conseguir, utiliza código de cuatro dígitos y en los indicadores seis dígitos. Para el diagnóstico de enfermería (00132) Dolor agudo, le corresponde los siguientes NOC:

(2102) Nivel del dolor

(3016) Satisfacción del paciente /usuario: manejo del dolor

(3016) Nivel de malestar

(1635) Control del dolor

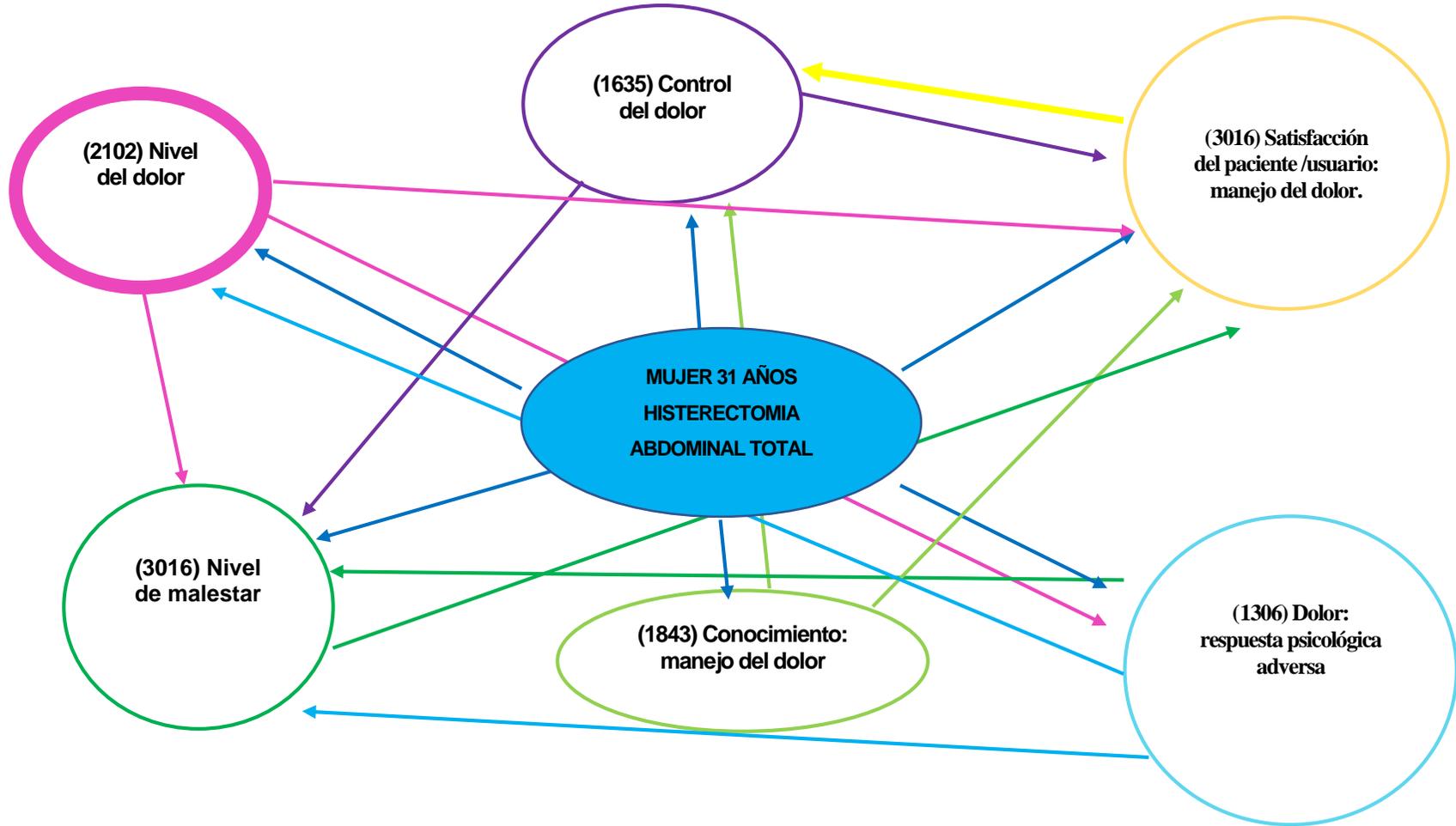
(1843) Conocimiento: manejo del dolor

(1306) Dolor: respuesta psicológica adversa

Priorización del (NOC) del Diagnóstico Enfermero Principal.

Se realizó el análisis a través de la red de razonamiento crítico, para definir el NOC principal. Según se evidencia en la figura N° 3.

Figura N°3 Red de Razonamiento Crítico basado en el Modelo AREA para definir el NOC principal del DxE principal



Fuente: Elaboración propia basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut &Herman,1999).

Justificación del NOC principal del Diagnóstico principal

Como se observa, según la red de razonamiento crítico, el NOC principal corresponde al más relacionado con los otros NOC:

NOC Priorizado del Diagnóstico enfermero principal

(2102) Nivel del dolor

Dominio: 5. Salud percibida

Clase: 5. Sintomatología

Definición: “Intensidad del dolor referido o manifestado “(Moorhead et al., 2020, p.466).

“Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de tres meses”. (Heather y Shigemi, 2018, p. 468).

Se considera que, aunque el dolor se evalúe de forma subjetiva por el paciente y le realicemos escalas de dolor, es muy importante que conozcamos a nuestra paciente, tenemos que interesar por su dolor y su estado de salud, observarla muy bien, sus gestos, sus muecas, sus expresiones faciales, aquí donde estaremos aplicando la comunicación no verbal, además de toda la información verbal que ella nos pueda proporcionar, y así de esta manera realizar un análisis crítico para proporcionar una atención que satisfaga sus necesidades, la cual deberá ser oportuna.

A continuación, se plasma el plan de cuidados individualizados

Tabla 1

Puntuación del NOC principal para el Dx E Principal. Escala Likert.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(2102) Nivel del dolor	2	5	24 horas

Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Palomar-Aumatell (2017).

Tabla 2

Puntuación de los indicadores del NOC principal.

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(210201) Dolor referido	2	5	24 horas
(210204) Duración de los episodios del dolor	2	5	24 horas
(210208) Inquietud	3	5	24 horas
(210206) Expresiones faciales del dolor	2	5	24 horas

Fuente: Elaboración propia a partir de: Palomar-Aumatell (2017).

Intervención (NIC) del diagnóstico enfermero principal

Para realizar las intervenciones se utilizó la taxonomía Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

NIC 1: (6680) Monitorización de los signos vitales

Campo: 4. Seguridad

Clase: V. Control de riesgos

Definición. “Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio, y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.” (Butcher et al. 2018, p.361)

Actividades:

(668001) Monitoreo de la presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura, frecuencia respiratoria, de acuerdo al caso

(668002) Vigilar las tendencias y variaciones de la presión arterial.

(668003) Monitoreo de la saturación de oxígeno.

(668004) Monitoreo de la frecuencia y ritmo respiratorio (profundidad y simetría).

(668005) Vigilar constantemente la exactitud de los instrumentos usados para recoger los datos del paciente.

NIC 2: (1410) manejo del dolor agudo

Campo: 1. Fisiológico: básico

Clase: E. Fomento de la comodidad física

Definición. “Alivio o reducción de dolor a un nivel aceptable para el paciente en el período inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión.”

(Butcher et al. 2018, p.306)

Actividades:

(141001) Realizar una evaluación exhaustiva del dolor que incluya localización aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian o lo agudizan.

(141002) Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación.

(141003) Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación

(141004) Asegurar que el paciente reciba atención analgésica inmediata.

(141005) Usar analgésicos combinados si el nivel de dolor es intenso

(141006) Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular.

NIC 3: (5820) Disminución de la ansiedad.

Campo: 3. Conductual

Clase: T. Fomento de la comodidad psicológica

Definición. “Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionado con una fuente no identificada de peligro no previsto.” (Butcher et al., 2018, p.163)

Actividades:

(582001) Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

(582002) Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

(582003) Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

(582004) Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.

(582005) Escuchar con atención

NIC 4: (2210) administración de analgésicos.

Campo: 2. Fisiológico: Complejo

Clase: H. Control de fármacos

Definición. “Utilización de agentes farmacológico para eliminar o disminuir el dolor.” (Butcher et al., 2018, p.51)

Actividades:

(221001) Asegurar un enfoque holístico para el control del dolor.

(221002) Determinar la aparición localización duración, características, intensidad, medidas de alivio, antes de medicar al paciente.

(221003) Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.

(221004) Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescripto.

(221005) Comprobar la respuesta previa del paciente a los analgésicos.

NIC 5: (0840) Cambio de posición.

Campo: 1. Fisiológico: Básico

Clase: C. Control de inmovilidad

Definición. “Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal favorecer el bienestar fisiológico y psicológico.” (Butcher et al., 2018, p.104)

Actividades:

(084001) Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda.

(0840 02) Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.

(0840 03) Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición.

(084004) Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada según corresponda.

(084005) Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.

Finalmente se observa que los patrones alterados inicialmente patrón 1: percepción y manejo de la salud, patrón 2: nutricional / metabólico, patrón 3: eliminación, patrón 4: actividad-ejercicio, patrón 5: descanso y sueño, patrón 6: cognitivo-perceptual, y finalmente el patrón 7: autopercepción-autoconcepto, después de haber realizado una atención oportuna y eficiente de las intervenciones de enfermería de evidenció la mejora en un plazo de 24 horas.

Planificación del riesgo de complicación principal (RC) Hemorragia

Para identificar los riesgos que puede presentar la paciente se utilizan los manuales de objetivos NOC (Moorhead et al.,2018) y de intervenciones NIC (Butcher et al., 2018).

Como se ha visto anteriormente el riesgo de complicación principal es RC “Hemorragia”.

Resultados NOC del RC Principal

La taxonomía NOC responde a los resultados de la paciente que se desea conseguir, utilizando códigos de cuatro dígitos y en los indicadores códigos de seis dígitos. Para el RC Hemorragia, le corresponde los siguientes NOC:

(0413) Severidad de la pérdida de sangre.

(0416) perfusión tisular: celular

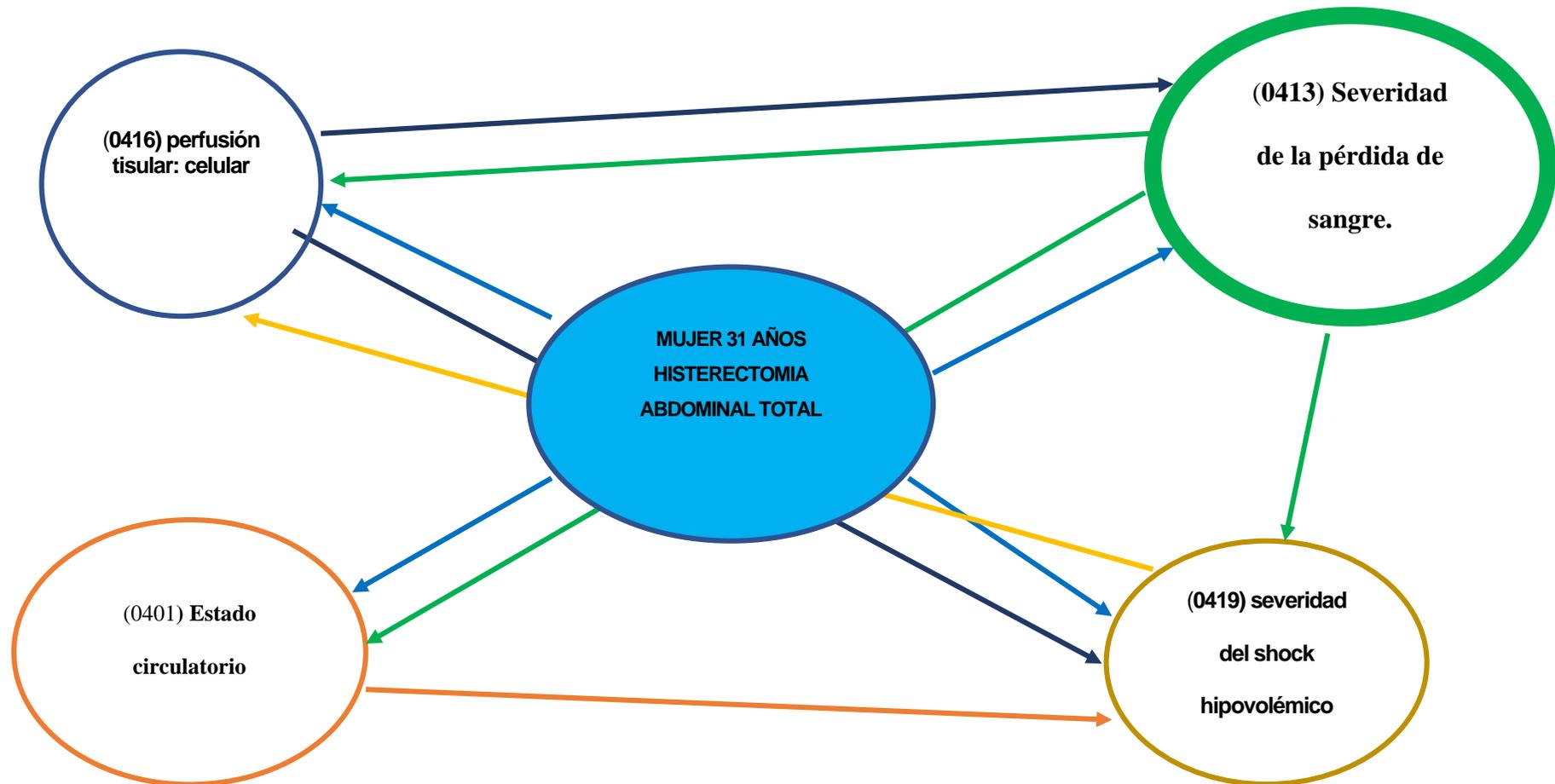
(0419) severidad del shock hipovolémico

(0401) Estado circulatorio

Priorización del (NOC) del Riesgo de Complicación Principal

Se realizó un análisis a través de la Red de Razonamiento crítico, para definir el Riesgo de complicación Principal. Según se evidencia en la figura N° 4.

Figura N°4 Red de Razonamiento Crítico basado en el Modelo AREA para priorizar el NOC del Riesgo de Complicación Principal



Fuente: Elaboración propia basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut &Herman,1999).

Justificación del NOC Principal del RC Principal

La hemorragia es una de las complicaciones obstétricas más temidas y una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial. Es la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia es aquella que aparece durante las primeras 24 horas tras el parto y es la más grave. Después del parto, dentro de las primeras veinticuatro horas puede presentarse la hemorragia, la cual es muy grave y se puede producir por una atonía uterina, traumas y/o laceraciones, retención de restos de la concepción y por cambios en la coagulación, siendo la más habitual la atonía. El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. (Solari et al, 2016).

En conclusión, se menciona que las hemorragias obstétricas son muy peligrosas y toda paciente que presente hemorragia es considerada para una atención por emergencia, por lo que deben ser atendidas inmediatamente debido a que conllevarían a la muerte de manera rápida.

A continuación, mostramos el NOC priorizado del RC Hemorragia

(0413) Severidad de la pérdida de sangre.

Dominio: 2. Salud fisiológica.

Clase: E. Cardiopulmonar.

Definición. “Resultados que describen el estado cardiaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de la persona.” (Heather y Shigemi, 2018, p. 564).

Tabla 3

Puntuación del NOC e indicadores del RC Principal. Escala Likert.

NOE	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(0413) Severidad de la pérdida de sangre.	3	5	24 horas

Escala Likert: 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rangonormal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Paloma-Aumatell (2017)

Tabla 4*Indicadores del NOC e indicadores del RC Principal*

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(041313) palidez de piel y mucosas.	3	5	24 horas
(041316) disminución de la hemoglobina	3	5	24 horas
(041317) disminución del hematocrito	3	5	24 horas
(041311) aumento de la frecuencia cardíaca apical	3	5	24 horas

Fuente: Elaboración propia a partir de: Paloma-Aumatell (2017)**Intervenciones (NIC) del RC Principal**

Para obtener el resultado priorizado se utilizó la taxonomía clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)

NIC 1: (6680) Monitorización de los signos vitales

Campo: 4. Seguridad

Clase: V. Control de riesgos

Definición. “Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio, y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.” (Butcher et al., 2018, p.361)

Actividades:

668001 Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.

668002 Monitorizar la presencia y calidad del pulso

668003 Palpar los pulsos apical y radial al mismo tiempo y anotar las diferencias según corresponda.

668004 Observar si hay pulso paradójico

668005 Observar si hay pulso alternante.

NIC 2: (4120) Manejo de líquidos

Campo: 2. Fisiológico: complejo

Clase: N. Control de la perfusión tisular

Definición. “Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.” (Butcher et al., 2018, p.298)

Actividades:

412001 Realizar un registro preciso de entradas y salidas

412002 Realizar sondaje vesical

412003 Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática)

412004 Monitorizar los signos vitales

412005 Monitorizar el estado nutricional

412006 Preparar al paciente par la administración de hemoderivados.

412007 Administrar los hemoderivados según corresponda.

NIC 2: (4030) Administración de hemoderivados

Campo: 2. Fisiológico: complejo

Clase: N. Control de la perfusión tisular

Definición. “Administración de sangre o hemoderivados y monitorización de la respuesta del paciente.” (Butcher et al., 2018, p.55)

Actividades:

403001 Verificar las órdenes del médico

403002 Obtener la historia de transfusiones del paciente

403003 Obtener el consentimiento informado del paciente

403004 Verificar que el hemoderivado se ha preparado y clasificado que se ha determinado el grupo el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas.

403005 Verificar que sea paciente correcto. el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad y registrar según protocolo

403006 Registrar la duración y el volumen de lo transfundido.

Finalmente, se observa que los patrones que inicialmente estuvieron alterados patrón 1: percepción y manejo de la salud, patrón 2: nutricional/metabólico, patrón 3: eliminación, patrón 4: actividad-ejercicio, patrón 5: descanso y sueño, patrón 6: cognitivo-perceptual, y finalmente el patrón 7: autopercepción-autoconcepto, después de haber brindado la atención oportuna y eficiente de las intervenciones de enfermería de evidenció la mejoría en el tiempo de 24 horas.

Ejecución

Para realizar las intervenciones / actividades de enfermería se planificó el tiempo por 3 turnos: de 6 horas turno mañana, 6 horas turno tarde y 12 horas turno noche haciendo un total de 24 horas. El libro utilizado en esta etapa fue el de Intervenciones de Enfermería (NIC)

Tabla 5

Cronograma de Intervenciones/Actividades de Enfermería en Histerectomía

Fecha	Intervenciones / actividades	Turnos		
		M	T	N
05/05/2021	(6680) Monitoreo de los signos vitales			
	Monitoreo de la presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura, frecuencia respiratoria, de acuerdo al caso	7 am	1pm	
	Vigilar las tendencias y variaciones de la presión arterial.	7am	1pm	
	Monitoreo de la saturación de oxígeno.	7am	1pm	
	Monitoreo de la frecuencia y ritmo respiratorio (profundidad y simetría).	7am	1pm	
	Vigilar constantemente la exactitud de los instrumentos usados para recoger los datos del paciente.	7am	1pm	
	(1410) manejo del dolor agudo	7 am	2 pm	
	Evaluación minuciosa del dolor: su localización, aparición, duración, su frecuencia e intensidad, y que factores alivia o lo agudizan.	7 am	2pm	
	Distinguir la intensidad del dolor en las actividades de recuperación.	7 am	2 pm	
	Seguimiento del dolor haciendo uso de herramientas de medición que sean válidas y fiables de acuerdo a la edad y forma de comunicación.	8 am	2 pm	
	Asegurar que el paciente reciba atención analgésica inmediata.	8 am	2 pm	
	Combinar analgésicos cuando el nivel del dolor se haga intenso.			
	Colocar analgésicos por las vías menos invasivas, evitar la vía intramuscular.			
	(5820) disminución de la ansiedad.	8 am	2 pm	
Emplear un enfoque tranquilo que proporcione seguridad.	10 am	3 pm		

Comprender la perspectiva del paciente frente a la causa que le genera estrés.			
Mantenerse con la paciente e incentivar la seguridad y disminuir el miedo.	9 am	4 pm	
Alentar al entorno familiar la permanencia con el paciente, de acuerdo a cada caso.			
Promover la escucha activa.	7 am	1 pm	
(2210) Administración de analgésicos.	7 am	1 pm	
Proveer un enfoque holístico para controlar el dolor.			
Precisar la aparición, localización, duración características intensidad, medios de alivio, previamente a la medicación del paciente.	7 am	2 pm	
	7 am	2 pm	
Registrar todos los datos del dolor que se puedan observar.	9 am	3 pm	
Verificar las indicaciones médicas de los medicamentos, dosis y frecuencia del analgésico indicado.			
Verificar las respuestas del paciente antes de la administración de los analgésicos.	7 am	2 pm	
(0840) Cambio de posición.	9 am	3 pm	
Incentivar al paciente para poder realizar cambios posturales, de acuerdo a tolerancia.	7 am	2 pm	
Monitorizar la oxigenación antes y después del cambio postural.	9 am	2 pm	
Medicar al paciente antes del cambio postural.	7 am	2 pm	
Inmovilizar o apoyar una parte corporal afectada según corresponda.			
Ubicar una posición que pueda evitar tensiones en la herida, de acuerdo a cada caso.	7 am	2 pm	
	7 am	2 pm	
(4120) manejo de líquidos	7 am	2 pm	
Registro adecuado de ingresos y egresos			
Colocar sonda vesical	7 am		
Cuidar la hidratación, mantener mucosas húmedas, pulso, y presión arterial	8 am		
	9 am		
Monitorizar los signos vitales			
Monitorizar el estado nutricional			
Preparación de paciente para administrar hemoderivados	7 am		
	7 am		
Realizar la administración de hemoderivados.	7 am		
(4030) Administración de hemoderivados	8am		
Revisar la indicación médica			
Verificar la historia de transfusiones del paciente			
Hacer firmar el consentimiento informado	9am		
Verificar que el paquete a transfundir sea de acuerdo al grupo sanguíneo y que las pruebas cruzadas se hayan realizado adecuadamente.			
	10am		
Transfundir el hemoderivado al paciente correcto, de acuerdo al grupo sanguíneo y las unidades indicadas, teniendo en cuenta la fecha de caducidad, todo debe ser registrado de acuerdo al protocolo.			
Registrar la duración y el volumen de lo transfundido.			

Fuente: Elaboración propia de las actividades propuestas en la Clasificación de Intervención de Enfermería NIC (Butcher et al., 2018)

Evaluación

Se programó el periodo de seguimiento de 48 horas. Se observó que la paciente presentó disminución de dolor y sin evidencia de hemorragia. Se monitorizó el cumplimiento de las actividades de enfermería y se evaluaron los indicadores en relación a la comparación del estado de salud inicial de la paciente y la efectividad de las intervenciones programadas respecto a los resultados planificados.

Evaluación del resultado del diagnóstico principal

Tabla 6

Puntuación del NOC principal para el DxE Principal. Escala Likert

NO C	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(2102) Nivel del dolor	2	5	24 horas

Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Palomar-Aumatell (2017).

Tabla 7

Puntuación de los indicadores del NOC principal del diagnóstico principal. Escala Likert

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(210201) Dolor referido	2	5	5	24 horas
(210204) Duración de los episodios del dolor	2	5	5	24 horas
(210208) Inquietud	3	5	5	24 horas
(210206) Expresiones faciales del dolor	2	5	5	24 horas

Fuente: Elaboración propia a partir de: Palomar-Aumatell (2017).

Interpretación:

Como se puede comprobar se logró la puntuación diana propuesta, siendo esta al inicio una puntuación de 2, y tras un periodo de 24 horas, una puntuación de 5. Por lo tanto, hemos logrado el alivio total del dolor en nuestra paciente.

En relación con el **(210201) Dolor referido**, se puede afirmar que nuestra paciente comenzó con una puntuación de 2, después de pasar de la unidad de recuperación. Se hospitalizó en el servicio, donde refería dolor intenso en área de la herida operatoria y se

observaba gestos de dolor y después del tratamiento administrado y los cuidados propuestos se volvió a evaluar alcanzando el puntaje 5. Indicador que se logró en un lapso de 3 horas.

Respecto de la **(210204) Duración de los episodios del dolor**, respecto a ello se puede decir que la duración de los episodios de dolor era muy frecuente la cual tenía como una puntuación inicial de 2 y luego de las actividades de enfermería se alcanzó un puntaje de 5 en un lapso de 12 horas.

En lo referente de la **(210208) Inquietud**, la cual fue provocada por el dolor agudo que tenía con un puntaje inicial de 3, se logró también una puntuación de 5, a través de las distintas intervenciones que se realizaron para disminuir el dolor. Para lograr el puntaje 5 se absolvieron dudas de la paciente y se le informó sobre su estado de salud, haciendo así desaparecer esa inquietud.

Finalmente, en referencia a **(210206) Expresiones faciales** del dolor, igual que los anteriores, se logró conseguir que nuestra paciente alcance la máxima puntuación de 5, como hemos comentado antes reduciendo el nivel del dolor, así como también su duración y la inquietud que presentaba, hemos conseguido cambiar la expresión facial siendo ésta última, una expresión facial positiva al final de los cuidados.

Evaluación del resultado del Riesgo de Complicación principal

La evaluación se realizó comparando el estado de salud inicial de la paciente y la efectividad de las actividades resueltas de enfermería, así como de los resultados planificados.

Tabla 8

Puntuación del NOC e indicadores del RC Principal. Escala Likert

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(0413) Severidad de la pérdida de sangre.	3	5	24 horas

Escala Likert: 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Paloma-Aumatell (2017)

Tabla 9*Puntuación de los indicadores del RC Principal. Escala Likert*

INDICADORES	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(041313) palidez de piel y mucosas.	3	5	4	24 horas
(041316) disminución de la hemoglobina	3	5	4	24 horas
(041317) disminución del hematocrito	3	5	4	24 horas
(041311) Aumento de la frecuencia cardíaca apical	3	5	5	24 horas

Fuente: Elaboración propia a partir de: Paloma-Aumatell (2017)

Interpretación:

Si consideramos la tabla 8 se confirma que hemos logrado sostener a nuestra paciente estable, sin que se manifiesten ningún tipo de signo ni síntoma de “severidad de la pérdida de sangre”. Este riesgo de complicación lo hemos supervisado mediante el NOC (0413) Severidad de la pérdida de sangre, que como se observa nuestra paciente lo ha mantenido, ~~de~~ el primer momento en la puntuación 3 y el que queremos alcanzar es 5.

Para poder controlar y llevar a cabo este desarrollo se apoyó de los siguientes indicadores:

En primer lugar, **(041313) palidez de piel y mucosas**, la paciente al iniciodel proceso presentaba palidez en piel y mucosas con un puntaje 3 y que al cabo de 24 horas paciente presenta ligera mejoría, debido a que es un proceso largo de recuperarse.

Con respecto a **(041316) disminución de la hemoglobina y (041317) disminución del hematocrito**, se realizó el dosaje de control la cual mejoró en un pequeño porcentaje, alcanzando el puntaje 4.

Por último, **(041311) Aumento de la frecuencia cardíaca apical**, o también frecuencia cardíaca comenzó con 110 lat/min, considerándose esta cifra elevada, y descendió a 98 lat/min ya que la paciente iba mejorando la hemoglobina.

Se concluye diciendo que las intervenciones realizadas a nuestra paciente han logrado que alcancemos nuestro objetivo y hemos evitado que se produzca nuestro riesgo de complicación principal que era “severidad de la pérdida sanguínea”, por lo que hemos mantenido en todo momento a nuestra paciente estable.

Como conclusión del presente trabajo y como futuras especialistas se observa que una herramienta fundamental dentro de la labor diaria del personal de enfermería, es el proceso de atención de enfermería, puesto que a través de la metodología que cuenta con pasos relacionados, la enfermera puede interactuar con el paciente y así conseguir datos importantes y necesarios para luego formular los diagnósticos de enfermería y satisfacer las necesidades.

Es necesario resaltar que, para aplicar el proceso de atención de enfermería, es de suma importancia lograr una buena interacción con el paciente y/o familia; asimismo, es importante aliviar las molestias de nuestras pacientes, pues no solo son personas que necesitan de nuestro cuidado, sino también debemos identificarnos con ellas por ser mujeres y madres. En cada turno nos vemos comprometidas con nuestras pacientes en el alivio de sus molestias.

Discusión

La paciente del presente estudio ingresó al servicio Ginecología sala “A”, luego de ser atendida en la Unidad de Recuperación Posanestésica. Presentó dolor agudo, como consecuencia de haber sido post operada de histerectomía abdominal total por atonía uterina y RC de hemorragia, como consecuencia del puerperio inmediato en la que se encuentra su estado clínico de base.

Tras la revisión bibliográfica se obtuvo numerosos estudios que muestran el papel fundamental, que tiene enfermería con sus cuidados integrales y de calidad, para ayudar a pacientes post operada de histerectomía abdominal total por atonía uterina, en la etapa de puerperio inmediato y mediato.

Por consiguiente, la intervención y evaluación del profesional de enfermería son de mucha importancia para el logro del proceso. El apoyo y seguimiento del personal de enfermería es muy importantes para las pacientes. Saber escucharlas, conocer sus miedos e inquietudes y prepararlas para lo que vendrá, son parte de un proceso de atención sanitaria de calidad. (Maceira, 2018)

Realizar un plan de cuidados es una herramienta propia de enfermería que nos confiere autonomía, para recopilar información de la paciente y ejecutar una serie de actividades que refuercen las debilidades o malestares en los diferentes niveles físicos, emocionales, espirituales y sociales. Por lo que se personaliza la asistencia haciendo mayor relevancia en aquellos aspectos más importantes que se pueden abordar desde enfermería. (Pastor, 2017).

Las pacientes que atraviesan la pérdida de un órgano son emocionalmente hábiles, necesitan de un trato humano que las haga sentir que no están solas y además que tienen un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que se encuentran pendientes durante su hospitalización hasta lograr la resolución del mal que lo aqueja. (Pastor, 2017).

Las intervenciones de enfermería se basaron sobre la teoría de Jean Watson, para realizar el plan de cuidados, y centrarnos en las necesidades prioritarias de la paciente.

Al sufrir un desgaste de su salud, la persona va requerir de apoyo y cuidados del profesional de la salud, para adaptarse, en este período requerirá de conseguir explicaciones de cómo afrontar el proceso de salud y poder resolver las dudas y la falta de conocimiento de su enfermedad, de cómo serán los cuidados hospitalarios que les proporcionarán. Es en estos momentos, se hace importante que el personal de salud comprenda a los pacientes y participe de su cuidado con la familia. La teoría presenta varias dimensiones. (Pastor, 2017).

El dolor agudo se presenta como consecuencia de histerectomía abdominal total; el profesional de enfermería desarrolla una participación importante en el cuidado del dolor, a través de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. (San José, 2016)

El RC de hemorragia podría presentarse si el problema de fondo no se trata oportunamente. En este sentido, las acciones de enfermería juegan un rol muy importante al estar dirigidas a la prevención y evitar que este problema se instale. (Heather & Shigemi, 2018).

Javier (2119) resalta que una de las complicaciones que genera más temor durante el puerperio es la hemorragia, la cual se maneja adecuadamente con medicamentos oxitócicos, los cuales hicieron que su incidencia no se incremente del 5%. Sin embargo, actualmente continúa permaneciendo dentro de las tres primeras causas de la mortalidad materna a nivel mundial, los cuales muchas veces debieron ser evitables.

Para concluir, el personal de salud con especialidad dentro del área debe hacer una valoración completa, considerando todos los datos y evitar que se presenten algún riesgo de complicación, para no agravar la situación ya existente en nuestra paciente. Debido a los cuidados que se le han proporcionado a la paciente, se observa una evolución efectiva, si lo comparamos con la fase inicial del plan de cuidados.

Limitaciones

Las limitaciones que se encontraron durante el desarrollo del presente estudio fueron los siguientes:

Difícil acceso a historia clínica, debido a que se requiere contar con autorización y permisos correspondientes.

El acceso restringido para ingresar al hospital fuera de nuestro horario de trabajo.

Dificultades para realizar un seguimiento adecuado del caso en estudio, porque la gravedad de la situación en la que se encuentra la paciente y las consecuencias que conlleva, requieren mayor tiempo, para la mejoría que se ha obtenido tras las acciones llevadas a cabo. Por tanto, debemos dar continuidad al plan de cuidados de enfermería a largo plazo.

La limitación de autorización para ingreso del familiar por la emergencia sanitaria de COVID 19.

Conclusiones

Para tratar el dolor y el riesgo de complicación de hemorragia con las intervenciones de enfermería en una paciente post operada de histerectomía por atonía uterina, es fundamental, de ella dependerá en gran parte la evolución y pronóstico de la paciente. Por eso es necesario fortalecer las competencias y experticia del profesional especialista en gineco obstetricia, para ofrecer cuidados de calidad en esta esfera.

La hemorragia es un riesgo de complicación que podría provocar shock hipovolémico, durante el puerperio inmediato y mediato, que es la primera causa de morbimortalidad materna. La cual amerita el compromiso de la enfermera especialista en gineco obstetricia, quien hará uso de medidas preventivas de hemorragia a fin de evitar que estas se presenten.

Es importante la intervención de enfermería en la atención del dolor por histerectomía, el mismo que requiere habilidades, para el tratamiento tanto farmacológicas, así como no farmacológicas, la cual es administrada por el profesional de enfermería dentro de sus cuidados, para lograr mitigar la intensidad del dolor y así poder lograr el bienestar de la paciente.

El desarrollo del plan de cuidados permitió obtener resultados favorables; como hemos observado, al no desarrollar complicaciones de mayor gravedad y al haber disminuido el dolor tras aplicar las medidas oportunas para reducirlas.

Por último, es importante resaltar que el proceso de atención de enfermería debe ser conocido y aplicado por el personal de enfermería, como herramienta fundamental de los cuidados que realiza, para lo cual hace uso del lenguaje que está estandarizado a través de la interrelación de la taxonomía NANDA internacional NOC, NIC y el uso de problemas de colaboración de Lynda Juall Carpenito.

Referencias bibliográficas

- Butcher, H., Bulechek G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018) Clasificación de Intervenciones de Enfermería.
- Cardoso, B., Camargo, C., & Fernandes, I. (2017). Vista do Perfil de Mulheres Submetidas a Histerectomia e Influência da Deambulação na Alta Hospitalar. *Pleiade*, 11(21), 17–24. <https://pleiade.uniamerica.br/index.php/pleiade/article/view/330/413>
- Castelo, C. (2021) Medicina Interna. ESCALA DE COMA DE GLASGOW
- Correa, J., Pandales, H., Román, V., Palacio, B., & Zuleta, J. (2015). Impacto de la histerectomía abdominal total y de la histerectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida y la satisfacción sexual. Estudio de cohortes, Medellín, 2015. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(1), 12–24. <https://doi.org/10.18597/rcog.2977>.
- Flores, T., Carballo, M., Alvarez, V., Valdez, M., González, O., & Fuentes, O. (2016). Manejo y administración de hemoderivados por personal de enfermería en un hospital de segundo nivel. Manejo y administración de hemoderivados por personal de enfermería en un hospital de segundo nivel (scielo.org.mx)
- García, M. E., Javier, M., & Basulto, G. (2019). Histerectomía vaginal. Apuntes históricos. *Gaceta Médica Espirituana*, 21(1). <http://revgmespirituana.sld.cu>
- Gonzales, G. (2017). Cuidados de enfermería en paciente con histerectomía abdominal [Universidad Técnica de Machala]. In *Revista cubana de Enfermería* (Vol. 27, Issue 3). [http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13908%0Ahttp://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10790/1/CHUCHUCA CAIMINAGUA MARITZA JACQUELINE.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13908%0Ahttp://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10790/1/CHUCHUCA%20CAIMINAGUA%20MARITZA%20JACQUELINE.pdf).
- González, E., Jiménez, R., Marcelo, R., Velasco, S., Chávez, Ramírez, & Coronado, A. (2018) Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio.

- Heather, H. & Shigemi, K (2018), Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones: undécima edición.
- Izaguirre, D. (2020). *Factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto . Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014-2018*. [Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
- Izquierdo, M. (2015) Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional. una visión humana
- Javier, M. (2019). *Cuidado de enfermería al paciente posoperado inmediato de histerectomía abdominal en la unidad de recuperación posanestésica del Hospital III EsSalud - Juliaca, 2018*. Universidad Nacional del Altiplano.
- Monet, Y., Cora, J., Hernández, C., & Fundora, G. (2020). Histerectomía videolaparoscópica Videolaparoscopic Hysterectomy. *Revista Cubana de Cirugía*, 59(3).
<https://orcid.org/0000-0002-5670-4168>JesúsCoraAbraham1<https://orcid.org/0000-0002-1694-5194>CelinaHernándezdelSol1<https://orcid.org/0000-0002-5214-7931>GuillermoFundoraMadruga1<https://orcid.org/0000-0003-4019-6821>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson ,M., & Mass, M. (2018) Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).
- Pérez, A., & Aragón, M. (2017). Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*. <https://doi.org/10.20986/resed.2017.3566/2017>
- San José, R. (2016). *EL DOLOR POSTOPERATORIO: UN PUNTO DE VISTA ENFERMERO*.
- Solari, A. , ,Solari, C. , Wash , A . , Guerrero , M . , & Enríquez (2016) Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento
 Postpartum hemorrhage. Main etiologies, prevention, diagnosis and treatment.
- Vásquez, M. A. (2018). *Factores relacionados a complicaciones infecciosas en histerectomía abdominal Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016* [Universidad San Martín de

Porres].

<http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3861%0Ahttps://hdl.handle.net/20.500.12727/3861>

Vega, G., Bautista, L., Rodríguez, D., Loredó, F., Vega, J., Becerril, A., & Barros, S. (2017).

Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(5), 526–533.

Vásquez, S. (2017). Factores asociados al dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

Voto, C., Casale, R., Basanta, N., Pablo, Fabiano, Lukestik, J., Tissera, R., & Travela,

C. (2019) ACTUALIZACIÓN DE CONSENSO DE OBSTETRICIA FASGO

"HEMORRAGIA POSTPARTO".

Apéndice

Apéndice A: Valoración de enfermería al ingreso

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA - PACIENTE GINECO-OBTETRICA

DATOS DE FILIACION	DATOS DE HOSPITALIZACION
Nombre del usuario: _____ Dirección: _____ Edad: _____ Religión: _____ Grado de instrucción: _____ Ocupación: _____ Fuente de Información: Paciente() Familiar/amigo () Otro: _____	HCL: _____ Cuenta: _____ Seguro: _____ Procedencia: Consultorio externo () Emergencia () SOP () Referida de: _____ Forma de llegada: Caminando() Camilla() Silla de ruedas () Motivo de ingreso: _____ Dx. Médico: _____ Fecha de valoración: _____
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	
PATRÓN PERCEPCION/CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: HTA () DM () Abortos () Gastritis/úlceras () TBC () Asma () VIH () VDRL () Otros _____ Cirugías: No () Si () _____ Alergias y otras reacciones: Fármacos: _____ Alimentos: _____ Signos-síntomas: _____ Otros _____ Factores de riesgo: Consumo: Tabaco No() Si() Alcohol No() Si() Drogas No() Si () Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis _____ Estado de higiene Buena () Regular () Mala () ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? _____ Donde acude cuando se enferma: _____ Qué necesita usted saber sobre su enfermedad? _____	Formula Obstétrica: G P EG: N° CPN: FUR: FPP: Mamas: sensibles() No sensible() blanda() duras() secretantes() no secretantes () masa dura () abceso () curación () vendaje() Pezones: Formados () planos () invertidos () agrietados () Útero: Gravido () No gravido () contraído () no contraído() Altura Uterina: _____ Dinámica uterina: Frec: _____ Tono: _____ Intensidad: _____ Genitales: normal() edema () hematoma () otros: _____ Secreción vaginal: blanco() amarillo() verde() maloliente () Volumen sangrado vaginal: M: _____ T: _____ N: _____ Tapón vaginal: Si () No () N°de gasas: _____ Pérdida líquido amniótico: _____ cant: _____ color: _____ olor: _____ Loquios: : _____ cant: _____ color: _____ olor: _____ Movimientos Fetales: Si () No () LCF: _____ Observación: _____
SEGURIDAD PROTECCION/ LESION FISICA	PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO
Herida: Ubicación: _____ Protegida con apósito: limpios() secos() manchados() húmedos() Sin signos de flogosis () con signos de flogosis() con bordes equimóticos() equimóticos() Con dren: tubular () laminar () Infectada: No() Si()	Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ T: _____°C Glucosa: _____ Hb: _____ AGA: _____ Piel y mucosa: sonrosado() Pálida() Cianótica () Ictérica () Tibia() caliente () fría () Hidratada () deshidratada () seca() turgente() edematosa () hemorragia () calambre () diaforesis () sobrehidratación () sed () sudoración () Integridad: Intacta () Lesiones () Observación: _____ Nutrición: Ingesta líquidos: _____ 24 hr / alimentos: _____ 24 hr Vía de administración: oral() enteral() SNG() ostomía() parenteral() periférico () Apetito: Normal() Disminuido() Aumentado() Tipo de dieta: _____ Cavidad bucal: Dentadura: Completa () Incompleta () Prótesis() Dificultad para deglutir: Si() No() náuseas() Pirosis() Vómitos() Estado de higiene bucal: Mala () Regular () Buena() Cambio de peso durante los últimos días: Si () No() Obesidad: () Bajo peso:() Especificar: _____ Abdomen: blando() depresible() distendido() timpanico() globuloso() doloroso()
PATRÓN DE RELACIONES - ROL	PATRÓN AUTO PERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS
Ocupación: _____ Estado civil: Soltera() Casada() Conviviente() Divorciada() ¿Con quién vive? Solo() Con su familia() Otros _____ Fuentes de apoyo: Familia() Amigos() Otros _____ Conflicto/violencia familiar: Si() No () Intento/suicidio Si() No () cuando: _____	Estado emocional: Tranquila () ansiosa() Negativa() Temerosa () Irritable () Indiferente() Depresiva () Preocupaciones principales/comentarios: _____
PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO	
ACTIVIDAD RESPIRATORIA FR: _____ Respiración: superficial() profunda() Disnea:En reposo() Al ejercicio() Se cansa con facilidad: No() Si() Tos: seca()	

productiva() expectoración:
 Reflejo de la tos: Presente() Ausente() Disminuido ()
 Secreciones: No() Si () características:

O2: No () Si () Modo: _____
 l/min _____

ACTIVIDAD CIRCULATORIA
 Pulso periférico: _____ P°A°: _____ sin
 alteración: _____
 Hipotensión() hipertensión() taquicardia() bradicardia()
 extremidades frías() entumecimiento() sensibilidad de
 miembros() arritmias() dolor precordial() marcapaso()
 Edema: No Si Localización: _____

 +() ++() +++()
 Presencia de líneas invasivas:
 Cateter periférico: _____

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() silla de ruedas()
 Otros: _____
 Movilidad de miembros: Conservada() Flacidez()
 Contracturas() Parálisis ()
 Fuerza muscular: Conservada() Disminuida()
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO

Orientado: Tiempo() Espacio() Persona ()
 Desorientada () confusa() somnolienta () agitada ()
 convulsiona() estupor() coma() letárgico()
 Comunicativa () poco comunicativa ()

PUNTUACION ESCALA DE GLASGOW: _____ **Oído:** sin
 alteración() hipoacusia() acusia() prótesis()
Visión: sin alteración() deficiente() ceguera() prótesis()
Alucinaciones: auditivas() visuales() olfatorias() táctiles()
Alteraciones del pensamiento: demencia ()
 Habla/lenguaje: _____
Dolor: No () Si ()
 Localización: _____ Cefalea ()
 Dinámica Uterina ()
 Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8
 9 10 Otros: _____

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales
 N° de deposiciones/día: _____ Normal ()
 Estreñimiento() Diarrea()

Incontinencia()
Hábitos vesicales
 Frecuencia: _____ / día
 Polaquiúria() Disuria() Nicturia()
 Proteinuria: _____ Albumina en
 orina: _____
 Otros: _____

 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO

Horas de sueño: _____
 Problemas para dormir: Si () No()
 Especificar: _____
 ¿Usa algún medicamento para dormir? Si () No()
 Especificar: _____

PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS

Religión: _____

 Restricciones religiosas: _____
 Solicita visita de capellán: Si () 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

Consentimiento informado

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

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Intervenciones de enfermería a paciente con histerectomía por atonía uterina del Servicio de Ginecología de un hospital nacional de Ayacucho, 2021, el objetivo de este estudio es Describir las intervenciones de enfermería en una paciente post operada de histerectomía por atonía uterina. Este trabajo académico está siendo realizado por las Lic. Doris Gómez Tineo y Jimena Kivvet Medina Villagaray, bajo la asesoría de la Dra. María Teresa Cabanillas Chávez. 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.

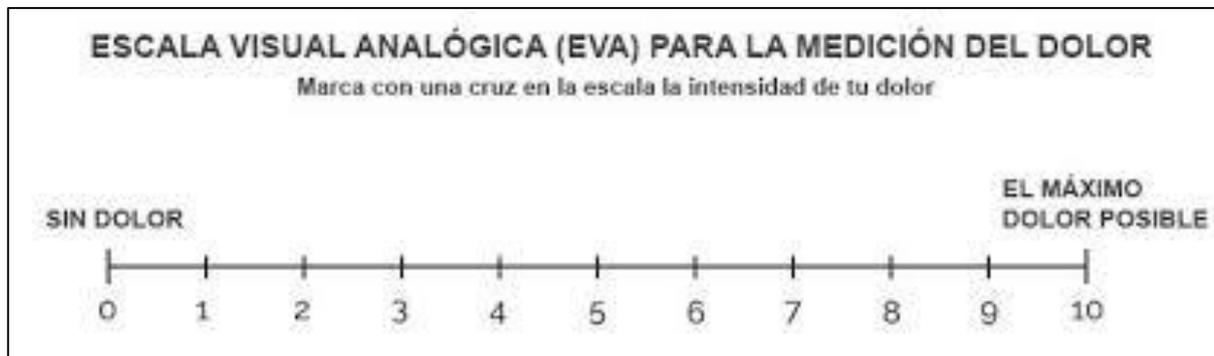
Nombre y apellido: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Apéndice C: Escalas de valoración

Escala del dolor



Gonzales & Jiménez 2018

Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

Costelo C. (2021)

Apéndice D: Modelo AREA

