

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADEMICO

**CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POSOPERADO
INMEDIATO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL EN LA
UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSANESTÉSICA DEL HOSPITAL
III ESSALUD-JULIACA, 2018**

MONOGRAFÍA

PRESENTADO POR:

MARIZOL JESUS JAVIER SONCCO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

PROMOCIÓN 2018

PUNO - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
TRABAJO ACADÉMICO



CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POSOPERADO INMEDIATO
DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN
POSANESTÉSICA DEL HOSPITAL III ESSALUD-JULIACA, 2018

MONOGRAFÍA

PRESENTADO POR:

MARIZOL JESUS JAVIER SONCCO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE

:.....

Lic. Margot Alejandrina Muñoz Mendoza

PRIMER MIEMBRO

:.....

Lic. Yrma Calcina Díaz

SEGUNDO MIEMBRO

:.....

Lic. Haydee Pineda Yucra

DIRECTOR / ASESOR

:.....

Lic. Haydee Pineda Yucra

Área : Ciencias Médicas y de Salud: Obstetricia y Ginecología
Tema : Histerectomía Abdominal
Fecha de sustentación : 29 de Mayo del 2019

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo a Dios que me brindo la existencia y fuerza.

A mi madre y a mi padre, quienes siempre me alentaron a estudiar, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por los ejemplos de perseverancia, por la motivación constante y por su amor incondicional.

A mi pareja Felipe y a mi hijo Mathías por ser mi empuje hacia mi superación personal y profesional, por su apoyo, amor y compartir mis triunfos.

A mis hermanos que me han brindado su apoyo, consejo y amor.

AGRADECIMIENTO

A los miembros del jurado revisor,
Presidente: Lic. Margot Alejandrina
Muñoz Mendoza, Primer miembro: Lic.
Yrma Calcina Díaz por su comprensión,
sugerencias y aportes para la culminación
del presente trabajo de investigación.

A mi asesora de tesis y Segundo
miembro del jurado: Lic. Haydee Pineda
Yucra; por su dedicación, orientación,
apoyo moral y consejos durante el
proceso de revisión del presente trabajo
de investigación

A todas las personas que me guiaron,
aconsejaron y sobre todo a mi madre
Lidia Soncco Choque e hijo que son mi
inspiración y fuerza para lograr mis
metas.

Al personal que labora en el área de
Centro Quirúrgico y URPA del Hospital
III ESSALUD- Juliaca, y a las personas
que contribuyeron con la información
para la culminación de esta monografía.

ÍNDICE

RESUMEN	9
TÍTULO	11
I. PRESENTACIÓN DEL CASO	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2. JUSTIFICACIÓN	15
1.3. OBJETIVOS	17
II. REVISIÓN TEÓRICA	17
III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	47
3.1. BUSQUEDA DE DOCUMENTOS	47
3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS	47
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	54
4.1. VALORACIÓN	54
4.1.1. DATOS GENERALES	54
4.1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	54
4.1.3. AGENTES Y FÁRMACOS EN EL INTRAOPERATORIO	56
4.1.4. EXÁMENES DE LABORATORIO PRE QUIRÚRGICO	56
4.1.5. EVALUACIÓN POR DOMINIOS	57
4.2. FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	58
4.3. EJECUCIÓN	82
4.4. EVALUACIÓN	86
V. CONCLUSIONES	92
VI. RECOMENDACIONES	93
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	95
ANEXOS	101

INDICE DE TABLA

Tabla 1: Escala Aldrete.....	45
Tabla 2: Dominios	57
Tabla 3: Patrón respiratorio ineficaz.....	60
Tabla 4: Limpieza ineficaz de las vías aéreas	63
Tabla 5: Riesgo de lesión perioperatoria	64
Tabla 6: Hipotermia.....	67
Tabla 7: Riesgo de sangrado relacionado con intervención quirúrgica.....	69
Tabla 8: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	71
Tabla 9: Deterioro de la eliminación urinaria	72
Tabla 10: Dolor agudo	75
Tabla 11: Riesgo de infección	78
Tabla 12: Trastorno de la imagen corporal.....	80
Tabla 13: SOAPIE	82
Tabla 14: Diagnostico 1	86
Tabla 15: Diagnostico 2	86
Tabla 16: Diagnóstico 3	87
Tabla 17: Diagnóstico 4.....	88
Tabla 18: Diagnóstico 5	88
Tabla 19: Diagnóstico 6.....	89
Tabla 21: Diagnóstico 7.....	89
Tabla 19: Diagnóstico 8	90
Tabla 22: Diagnóstico 9.....	90
Tabla 23: Diagnóstico 10.....	91

INDICE DE FIGURA

Figura N° 1 Escala visual analógica Numérica	43
Figura N° 2 Escala visual Analógica de Caras	44
Figura N° 3: Foto en URPA colocación del pulsoxímetro	102
Figura N° 4: Foto en URPA colocación de mascarilla de oxígeno	102
Figura N° 5: Foto en URPA inicio de destete.....	103
Figura N° 6: Foto en URPA, retiro de PANI.....	103

RESUMEN

La presente monografía titulado “Cuidado de enfermería al paciente posoperado inmediato de histerectomía abdominal total, en la Unidad de Recuperación Posanestésica del Hospital III ESSALUD-Juliaca, 2018”, tuvo como objetivo desarrollar el cuidado de enfermería al paciente posoperado inmediato de Histerectomía abdominal total en la Unidad de Recuperación pos anestésica. Se realizó la búsqueda de artículos publicados con las siguientes palabras Histerectomía abdominal, complicaciones de la histerectomía, complicación pos operatorias inmediatas y cuidados de enfermería en las bases de datos SCIELO, LILACS, CINAHL y trabajos de investigaciones en repositorios de universidades, identificándose 07 artículos relacionados con el tema de la monografía cuidado de enfermería en el posoperatorio inmediato de histerectomía abdominal. Llegando a la siguiente conclusión: Se logró desarrollar el cuidado de enfermería al paciente pos operada inmediato de histerectomía abdominal total y se cumplió fundamentándose en la interacción con la paciente, esta incluye diversos planes que consolidan el cuidado que se brindó durante su permanencia en URPA. Se logró realizar la valoración de los datos y el estado de salud actual, identificar los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA, desarrollar la planificación de los cuidados de enfermería, ejecutar las acciones en el proceso de enfermería y realizar la evaluación de las intervenciones y de enfermería en el periodo posoperatorio inmediato de histerectomía abdominal total. Se requirió conocimientos científicos y técnicos, también se necesitó establecer una relación con la paciente, de tal manera que se dio un vínculo orientado a la protección de la vida y bienestar de la persona.

Palabras clave: Cuidado de enfermería, posoperatorio inmediato, Histerectomía.

ABSTRACT

The present monograph entitled "Nursing care to the immediate postoperative patient of total abdominal hysterectomy, in the Post-anesthetic Recovery unit of Hospital III ESSALUD-Juliaca, 2018", aimed to develop nursing care to the immediate postoperative patient of total abdominal hysterectomy in the Post anesthetic Recovery Unit. We searched for articles published with the following words: Abdominal hysterectomy, complications of hysterectomy, immediate postoperative complications and nursing care in the SCIELO, LILACS, CINAHL databases and research works in university repositories, identifying 07 related articles with the subject of nursing care monograph in the immediate postoperative period of abdominal hysterectomy. The following conclusion was reached: Nursing care was developed for the patient after immediate abdominal hysterectomy and was fulfilled based on the interaction with the patient, this includes several plans that consolidate the care provided during their stay in the URPA. It was possible to carry out the assessment of the data and the current state of health, to identify the nursing diagnoses using the NANDA taxonomy, to develop the planning of the nursing care, to execute the actions in the nursing process and to carry out the evaluation of the interventions and of nursing in the immediate postoperative period of total abdominal hysterectomy. Scientific and technical knowledge was required, it was also necessary to establish a relationship with the patient, in such a way that a link was given to protect the life and well-being of the person.

Key words: Nursing care, immediate postoperative, Hysterectomy.

TÍTULO

**CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE
POSOPERADO INMEDIATO DE HISTERECTOMÍA
ABDOMINAL, EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN
POSANESTÉSICA DEL HOSPITAL III ESSALUD-
JULIACA, 2018**

I. PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El útero es un órgano que representa un papel fundamental en la identificación y definición de la mujer. Tiene una importante repercusión tanto en la esfera biológica como en la psicológica, por ello la realización de la histerectomía supone un proceso complejo para la mujer.

En los últimos años se presentó un aumento progresivo de mujeres que necesitan someterse a la histerectomía, es así que en Estados Unidos se calculan que cada año se practican alrededor de 600000 histerectomías y en España alrededor de 50000. (Marquezma, 2016)

“La histerectomía es la segunda cirugía ginecológica más común y, en su mayoría, se realiza debido a que muchos médicos creen que la operación conlleva mínimos riesgos a largo plazo. Dados los resultados del estudio, los fibromas, la endometriosis y el prolapso uterino, son las principales causas para una histerectomía”, (Tommaso., 2018).

La histerectomía afecta a un 20% de la población femenina del Perú, con mayor incidencia entre 35 y 49 años. En el Hospital III EsSalud Iquitos se realizó 141 casos de histerectomía durante el periodo 2016, y el tipo de abordaje era el abdominal, la indicación “Miomatosis” fue la que presentó la mayor frecuencia de casos con un promedio de 12.75 casos por trimestre. (Rengifo, 2016)

La cirugía es una de las particularidades de terapia médica más importante en el que el profesional de enfermería brinda intervenciones y cuidados quirúrgicos especializados, siendo esta experiencia una amenaza a la integridad del organismo y a la vida misma, el cuidado que brinda enfermería influye de gran manera en la recuperación y la aparición de complicaciones posoperatorias.

Las complicaciones pos operatorias incrementan la estancia hospitalaria hasta más de 8 días. Estas complicaciones dependen de la interrelación de una serie de factores que la determinan y de circunstancias que cambian su duración, como el tipo de cirugía, la enfermedad que la condicionó, la edad del paciente, su estado general, las enfermedades asociadas y las complicaciones preoperatorias e intra operatorias previos existentes, así como del cuidado que enfermería brindada durante el periodo posoperatorio inmediato. (Fuentes, 2014)

El Colegio de Enfermeros del Perú en sus “Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero” define cuidado enfermero como “conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad”. (CEP, 2008)

Para el tratamiento y el restablecimiento de la salud del paciente posoperado de histerectomía abdominal total, el profesional de enfermería que labora en la unidad de recuperación posanestésica (URPA) debe brindar cuidados en base al proceso de atención de enfermería (PAE), los cuales están dirigidos a mantener la vía aérea, optimizar la oxigenación y ventilación, maximizar el apoyo circulatorio, control de hemorragia, y monitorear la función neurológica. Estos cuidados se brindan con la finalidad de disminuir el tiempo de recuperación del paciente, la estancia de hospitalización y garantizar la integralidad del paciente como ser humano.

La presente monografía tiene como objetivo desarrollar el cuidado de enfermería posoperatorio inmediato de histerectomía abdominal total, partiendo de un caso clínico tomado de la práctica hospitalaria profesional y la información fue examinada para identificar los diagnósticos enfermeros prioritarios, esto como un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, intervenciones y la evaluación de todo, apegado a la metodología del proceso de atención de enfermería (PAE).

1.2.JUSTIFICACIÓN

La unidad de recuperación es parte del centro quirúrgico, en ella se brinda cuidados especializados al paciente sometido a cirugía en las diversas especialidades quirúrgicas.

La enfermera que labora en la unidad de recuperación realiza una atención especializada por tanto debe estar basada en conocimientos especializados en anestesia y recuperación, conocer e interpretar las escalas como EVA y ALDRETE, que contribuirán a atención del paciente posoperado como un todo no solo en su estado anestésico quirúrgico.

La presente monografía es importante porque el cuidado de enfermería en el posoperatorio inmediato y durante la permanencia en URPA hasta su alta, es donde se brinda las estrategias orientadas al mejoramiento de la atención, para dar respuesta a las necesidades de la usuaria, permitiendo restablecer el equilibrio fisiológico, estabilización, supervivencia, disminución de secuelas y prevención complicaciones.

Esta monografía se justifica porque el profesional que está más cerca de la paciente pos operada de histerectomía abdominal total, quien a su vez atraviesa una crisis y fenómenos estresantes propias de una intervención quirúrgica; es “la enfermera“, cuyo objeto de trabajo es el cuidado humano, que implica comportamientos y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actitudes, emprendidas en el sentido de favorecer las

potencialidades de las personas en continua interacción con su entorno para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir.

La relevancia de esta monografía reside en que permitirá realizar planes de atención de enfermería a pacientes pos operadas inmediatas de histerectomía abdominal, con el propósito de disminuir las manifestaciones fisiológicas, durante este evento estresante, reduciendo la amenaza, encontrando alternativas de satisfacción y superando los efectos de las drogas y gases anestésicos.

Esta monografía además permitirá analizar algunos de los aspectos que puedan mejorar el cuidado de Enfermería de pacientes posoperados inmediatos de histerectomía abdominal, así como servir de fuente bibliográfica para futuros trabajos relacionados con el objeto de estudio y abrir nuevos caminos en la investigación sobre el mismo.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el cuidado de enfermería en paciente adulta posoperado inmediato de histerectomía abdominal en la Unidad de Recuperación posanestésica del Hospital III ESSALUD de Juliaca.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Realizar la valoración de los datos y el estado de salud actual en el posoperatorio inmediato de histerectomía abdominal total.
- Identificar los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA en el posoperatorio inmediato de histerectomía abdominal total.
- Desarrollar la planificación de los cuidados de enfermería para restablecer el equilibrio fisiológico en el posoperatorio inmediato de histerectomía abdominal total.
- Ejecutar las acciones en el proceso de enfermería en el posoperatorio inmediato de histerectomía abdominal total.
- Realizar la evaluación de las intervenciones y cuidados de enfermería en el periodo posoperatorio inmediato de histerectomía abdominal total.

II. REVISIÓN TEÓRICA

2.1 HISTERECTOMÍA

2.1.1 DEFINICIÓN

El útero es un órgano único constituido de cuerpo, istmo y cuello, que posee características histológicas y funcionales bastante peculiares. Está destinado a abrigar la concepción y sus anexos desde su anidación hasta el nacimiento, hecho este fundamental para la preservación de la especie humana. Experimenta modificaciones importantes y está dotado de extrema sensibilidad a los estímulos hormonales y nerviosos. La cavidad endometrial tiene formato triangular y representa la superficie mucosa del cuerpo uterino. El epitelio cilíndrico está formado de glándulas con estroma especializado. El endometrio sufre alteraciones hormonales cíclicas con descamación de las capas superficiales y regeneración posterior a partir de la capa basal, de localización más profunda. (Silveira, Chulvis, & Borges, 2013)

El término Histerectomía proviene del griego “hystera” que significa útero y “ektomia” que significa sacar por corte, se denomina así a la extirpación del útero o también llamada matriz, ésta ausencia provoca la absoluta imposibilidad de anidar el ovocito o huevo fecundado, impidiéndose así el desarrollo embrionario y posteriormente el feto, lo que provocara de manera absoluta esterilidad femenina. Concomitante a la histerectomía puede

producirse una anexectomía: que significa la extirpación de trompas de Falopio y ovarios. (Hoffman, 2017)

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación del útero (matriz); puede estar combinada o no con la extirpación de las trompas de Falopio y uno de los ovarios o ambos. La extirpación de una trompa y ovario se denomina (salpingooforectomía unilateral), y la de las dos trompas y ovarios se denomina (salpingooforectomía bilateral). La histerectomía es efectiva para aliviar diversos padecimientos ginecológicos como hemorragia uterina disfuncional, miomas uterinos, cáncer. Las vías de abordaje son: abdominal, vaginal y asistida por vía laparoscópica. (Carpio & Garnique, Histerectomía abdominal, 2014)

2.1.2 FACTORES QUE CONLLEVAN A UNA HISTERECTOMÍA

En la actualidad la cirugía está indicada en aquellas mujeres que se encuentran en edad fértil, así como en mujeres que están atravesando la menopausia por una variedad de motivos incluyendo. (Chávez, 2014)

- **Fibromas uterinos:** Los fibromas son tumores que se desarrollan en las células del músculo liso del útero. Su contenido es de consistencia fibrosa, por tal razón son llamados fibromas. (Chávez, 2014). La miomatosis uterina también conocida como

fibroleiomiomatosis, leiomiomatosis, fibromatosis o fibromas uterinos, es la neoplasia benigna ginecológica más común. Cuenta con una incidencia del 20-30% en la población femenina a nivel mundial. Su incidencia se incrementa con la edad, las manifestaciones clínicas varían en cada paciente y la mayoría cursan asintomáticos. La sintomatología y severidad van a depender del tamaño, localización y número. El rango de edad de aparición de los miomas uterinos puede ir desde los 20- 70 años de edad, el porcentaje varía de 11% a 18% en mujeres de 30-40 años de edad hasta un 33% en edades de 40-60 años.

- Prolapsos genitales: Nos referimos a prolapso genital al descenso de los órganos que se encuentran la zona pélvica, producido por la existencia de problemas en el sostén y soporte. (SEdG, 2014)
- Procesos neoplásicos, Constituyen una gama de lesiones que se caracterizan por una desorganización estructural relacionada principalmente con un trastorno de la diferenciación y una multiplicación de células atípicas. (Baldauf, 2013)

2.1.3 TIPOS DE HISTERECTOMÍA

Desde una posición clasificatoria, la histerectomía puede ser subtotal, total y radical. (Mandal, New Medical Life Sciences, 2018)

- Histerectomía subtotal: Se define a la histerectomía subtotal como la ablación del cuerpo del útero con preservación del cuello uterino, diversos estudios afirman que es el tipo de histerectomía más seguro y técnicamente más fácil, se afirma también que está asociado a una menor incidencia de daño ureteral y disfunción vesicouretral, además de que los ligamentos uterosacos y cardinales permanecen intactos, y por consiguiente preservándose el piso pélvico. Muchas teorías afirman que la preservación del cuello uterino desempeña un papel importante en la fase de excitación del coito y la calidad del orgasmo en algunas mujeres. (Ponce, 2015)
- Histerectomía total: Es aquel procedimiento quirúrgico en que se realiza la ablación del cuerpo y el cuello del útero. Una de las ventajas ofrece es la palpación de los órganos pélvicos, así como una mayor visualización de las estructuras anatómicas, cabe resaltar que la destreza del cirujano es vital para su realización. No obstante también tiene una serie de desventajas como mayor riesgo de dañar los nervios pélvicos y de las estructuras de soporte, formación de adherencias, mayor dolor durante el posoperatorio, cicatriz en la pared abdominal y riesgo producir cáncer de cúpula vaginal. (Sousa, 2013)
- Histerectomía radical: se quita tanto el útero como el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis. (Ortega, 2015)

2.1.4 TIPOS DE ABORDAJE

En la actualidad se describen diferentes tipos de abordajes para la histerectomía, entre ellos: la vía abdominal, vaginal, laparoscópico y la vía robótica. Existen reportes que indican que la histerectomía abdominal es la vía más común a nivel mundial. (Hoffman B., 2015)

2.1.5 HISTERECTOMÍA ABDOMINAL:

Es aquel procedimiento quirúrgico mediante el cual se produce la ablación del órgano uterino, a través de una incisión en el abdomen. La histerectomía abdominal es la vía más practicada a nivel mundial. Para realizar este tipo de abordaje, el médico realiza una incisión en sobre la piel y el tejido en la parte inferior del abdomen hasta llegar al útero, dicha incisión puede ser vertical u horizontal. Este tipo de abordaje permite al cirujano ginecólogo visualizar claramente el útero y otros órganos pélvicos durante la cirugía, sin embargo requiere de un tiempo más largo de hospitalización así como un mayor tiempo de cicatrización comparado con la vía vaginal o la cirugía laparoscópica. (Márquez, 2014)

La histerectomía abdominal por lo general requiere menos tiempo operatorio que la histerectomía laparoscópica, y no utiliza

instrumentos sofisticados. No obstante este tipo de histerectomía está vinculada con una recuperación y estancia hospitalaria más prolongada, aumento del dolor en la región de la incisión, y mayor riesgo de desarrollar fiebre posoperatoria e infección de herida operatoria en comparación con la histerectomía vaginal. Cabe resaltar también que la histerectomía abdominal está vinculada con mayor riesgo de transfusiones y lesiones ureterales, pero menor riesgo de hemorragia posoperatoria y lesión vesical.

2.1.5.1 INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

Los diversos estudios realizados a nivel mundial precisan que la indicación más común a nivel mundial para la histerectomía abdominal es el Leiomioma uterino, seguido de prolapso uterino y trastornos menstruales, sin embargo existe una serie de patologías que también son causa de este tipo de intervención quirúrgica: (Mandal, NEWS Medical, 2018)

- Leiomioma Uterino: conocido también como mioma uterino, fibroma o fibroides, son tumoraciones que se inician bajo la forma de pequeños nódulos, que van aumentando muy lentamente. En la mayor parte de los casos, los nódulos se encuentran en el cuerpo del útero (95% de los casos) y mucho más raramente se encuentran en el cuello o en el istmo.

- Hemorragia: Uterina anormal: el periodo menstrual generalmente dura un máximo de ocho días. La duración normal del ciclo menstrual generalmente es entre 24 días y 38 días, cualquier sangrado que se produzca fuera de ese periodo de tiempo es considerado anormal.
- Adenomiosis: se origina cuando el tejido endometrial que recubre el útero aparece dentro de la pared muscular del útero y crece en su interior. Puede originar un útero agrandado, así como períodos menstruales intensos y dolorosos.
- Endometriosis: La endometriosis es definida como un trastorno doloroso, originado por el tejido que normalmente reviste el interior del útero (el endometrio) crece fuera del útero.
- Mola Hidatiforme: conocido también como embarazo molar, es el resultado de la fertilización anormal de un ovocito (ovario).
- Enfermedad pélvica inflamatoria: es una infección de útero, de los ovarios o las trompas de Falopio la cual es originada por bacterias.
- Patología anexial: Las enfermedades anexiales incluyen un amplio espectro de tumoraciones ováricas. Lo más frecuente, en el 75-80% son tumoraciones benignas.
- Prolapso uterino: se define como el deslizamiento de útero hacia la vagina(o sobresaliendo de ella) producido por el

estiramiento o debilitamiento de los músculos y los ligamentos del piso pélvico.

- Cáncer ginecológico: existen diversos tipos de cánceres ginecológicos, entre ellos: cáncer de cuello uterino, cáncer de ovario, cáncer de útero, cáncer de vagina, cáncer de vulva.

2.1.5.2 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL

Histerectomía abdominal total: Dentro de las grandes ventajas que se atribuye a este tipo de histerectomía abdominal es la buena visualización de las estructuras anatómicas así como la palpación de estas, lo cual es muy ventajoso sobre todo en cuyas pacientes con antecedentes de cirugía previa, así como también se le atribuye una disminución en riesgo de padecer cáncer muñón cervical posterior a la cirugía. (Márquez, 2014)

Dentro de las desventajas que se le asigna a este tipo de histerectomía abdominal es un mayor tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria más larga, mayor riesgo de lesionar órganos pélvicos y perforación así como una disminución de la libido sexual. (Correa, Pandales, Román, Palacio, & Zuleta, 2017)

2.1.5.3 COMPLICACIONES POS OPERATORIAS DE LA HISTERECTOMÍA

La histerectomía abdominal es la vía más común para este procedimiento, pese a generar una estancia hospitalaria más prolongada, mayor dolor posoperatorio, mayor tasa de infección y lento retorno a las actividades normales. Un 15.05 de mujeres histerectomizadas presentan complicaciones. (Montie & Rodríguez Aguñiga, 2014)

Dentro de las complicaciones más usuales tenemos: (Dr. Silvio R. Zúñiga, Actulizado 2014)

- **Complicaciones Respiratorias:** Los problemas respiratorios pueden dividirse en precoces y tardíos. Son precoces aquellos que se presentan en 72 primeras horas y son debidos a pérdida de la integridad de la caja torácica, a pérdida del tejido pulmonar funcionante o a pérdida del control respiratorio central.
- El shock posoperatorio puede presentarse bajo la forma hipovolémica y normovolémica. La complicación más frecuente que se observa es el choque hipovolémico. (Hollman Montiel & Rodríguez Aguñiga, 2014)
- **Hemorragia posoperatoria:** Es cualquier pérdida de sangre. La hemorragia posoperatoria puede dividirse en

temprana (menos de 48 horas después de la operación) y tardía (más de 48 horas después de la operación). Al parecer suceden con frecuencia relativamente equivalente.

- El dolor es otra complicación de la histerectomía, las pacientes operadas requieren terapia del dolor inclusive 1 semana posterior al acto quirúrgico, con un promedio de 3 días pos-histerectomía.
- Infección de la herida quirúrgica: La infección de la herida quirúrgica después de histerectomía abdominal se refiere a la herida y la pélvica. Esta última a su vez puede dividirse en: celulitis pélvica, absceso de cúpula vaginal y absceso pélvico.

La mayoría de las heridas se contaminan en el acto operatorio y las fuentes de la infección radican usualmente en fallas técnicas. El quebrantamiento de las reglas de asepsia es el máximo aportador de infecciones, sea que procedan del paciente mismo (particularmente del tracto gastrointestinal) o del ambiente y personal de Sala de Operaciones. Las infecciones posquirúrgicas representan un 3.7% de casos de complicaciones pos operatorias. (Hollman Montiel & Rodríguez Aguiñiga, 2014)

- Enfermedad tromboembólica: Los factores de riesgo de enfermedad tromboembólica (TED) después de la histerectomía han sido dilucidados por Clarke-Pearson e

incluyen: edad, raza, cáncer, antecedente de trombosis venosa profunda, edema de extremidades inferiores, venas varicosas, obesidad y antecedente de radioterapia.

- Complicaciones digestivas: El intestino delgado suele recuperarse tras pasar 6-12 horas tras la intervención, el estómago en las 12-24 horas siguientes y el intestino grueso de las 24-48 horas. La obstrucción intestinal se produce raramente, en un 2% de todas las histerectomías abdominales. Las adherencias (cuando los tejidos u órganos se quedan pegados entre sí o a la pared abdominal) suelen ser la causa más común de que se produzca una obstrucción en el intestino. (Ramírez Palacios, 2014)

2.2 COMPLICACIONES BAJO ANESTESIA GENERAL EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO

2.2.1 COMPLICACIONES RESPIRATORIAS OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

La obstrucción de la vía aérea puede producirse por múltiples causas: obstrucción faríngea, laringoespasma, broncoespasma, etc. (Whitaker, Booth , Clyburn, Harrop Griffiths, Hosie, & Kilvington, 2013)

Las complicaciones respiratorias se presentan en un 13.9% (Quintero, 2016)

- Hipoxemia: Las causas más frecuentes de Hipoxemia durante el período pos anestésicos son: baja FiO_2 inspiratoria, alteraciones en la relación ventilación/perfusión secundaria a: atelectasia, neumotórax, colapso difuso de la vía aérea de fino calibre, edema pulmonar cardiogénico (secundario a insuficiencia cardíaca) y no cardiogénico (distress respiratorio) o embolismo pulmonar (TEP). La hipoxemia (saturación de oxígeno menor a 90%), se presenta en un 8.4 % de pacientes (Bertucci, Tomas, & Grünberg, 2014)
- Hipoventilación: durante el período pos anestésico, las causas más frecuentes son: depresión del centro, disminución de la función de los músculos respiratorios, mala función respiratoria secundaria a la cirugía, efecto residual de los relajantes muscular orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Entre los factores de riesgo dependientes del paciente, los más importantes son: edad, clase funcional de la ASA superior a II, dependencia funcional, neumonía crónica e insuficiencia ventricular izquierda. Entre las cirugías generadoras de

complicaciones respiratorias, destacan las cirugías torácica, abdominal, vascular y otorrinolaringológica, las realizadas de urgencia y la cirugía de larga duración.

- Obstrucción de las vías aéreas. Se puede producir por caída de la lengua, por secreciones que las ocluyen y por broncoespasmos.
- Aspiración. Esta se produce habitualmente debido a una limpieza inadecuada del árbol traqueobronquial, agravado ello por la dificultad en que se encuentra el paciente para toser. Se produce así un bloqueo mecánico con neumonía y colapso parcial del pulmón. Este accidente es común en pacientes añosos, poco vigorosos. La atelectasia provoca taquicardia, taquipnea, fiebre, sudoración y cianosis,

2.2.2 NÁUSEAS Y VÓMITOS

La náusea y el vómito posoperatorio (NVPO) son dos de los efectos secundarios más comunes y desagradables posteriores a un evento anestésico y quirúrgico. En un estudio, los enfermos que fueron sometidos a un procedimiento anestésico, presentaron un 6.4% náuseas y un 2.7% vómitos. (Bertucci, Tomas, & Grünberg, 2014), y en otro estudio las náuseas y vómitos se presentaron en 7.4%, (Quintero, 2016)

2.2.3 LA HIPOTERMIA

Que genera la aparición de temblor durante el periodo pos anestésico. El escalofrío constituye un método relativamente eficaz de generar calor (produce un incremento de la termogénesis en un 200%) pero, al mismo tiempo, incrementa el metabolismo, gasto cardíaco y ventilación minuto, pudiendo inducir complicaciones como: Hipoxemia, hipercapnia, dolor en la herida quirúrgica, ángor, entre otros. En un estudio se encontró un 6.1% de pacientes presentaron hipotermia. (Quintero, 2016)

2.2.4 OLIGURIA

En la mayoría de los casos, la oliguria es secundaria a retención urinaria por hipertonía del esfínter vesical provocado por la anestesia. (Bertucci, Tomas, & Grünberg, 2014)

La retención puede producir dilatación vesical que produce dolor intenso y agitación. La insuficiencia renal aguda pos operatoria es la consecuencia de un traumatismo grave o de intervenciones quirúrgicas importantes. El stress emocional, las medicaciones preoperatorias y los anestésicos actúan sobre el sistema cardiovascular y sobre el sistema simpático y éstos, a su vez, lo hacen sobre la función renal.

2.2.5 SANGRADO

El sangrado quirúrgico moderado constituye un hecho habitual en determinado tipo de cirugía. Sin embargo, la presencia de un sangrado excesivo en estos tipos de cirugía o su aparición en otros tipos donde no es habitual debe ser considerada como una complicación de primer orden. En un estudio un 0.5% de pacientes presentaron hemorragias. (Bertucci, Tomas, & Grünberg, 2014)

- El primer es Hipovolémica, que es secundario a la disminución del volumen circulante por pérdida sanguínea o de plasma, es el causado por la hemorragia procedente de la herida, por la hemorragia que cae en la luz intestinal o por la que inunda la cavidad peritoneal.
- En el grupo normovolémico de shocks posoperatorios hay que incluir el shock séptico, que es principalmente debido al efecto depresivo de las endotoxinas de las bacterias gram negativas sobre la musculatura capilar y sobre el lecho venular, y el shock neurogénico o vasogénico.

2.2.6 DOLOR

Es la complicación posoperatoria más frecuente y su tratamiento inadecuado, fuente de importantes repercusiones clínicas. Dando lugar a complicaciones respiratorias, cardiovasculares, digestivas, metabólicas, etc. Espinoza en un

estudio de complicaciones pos operatorias hallo un 20.1% pacientes de presentaron dolor. (Quintero, 2016)

El dolor varía según el tipo de intervención, la técnica quirúrgica, la técnica anestésica, el umbral del dolor y las características cognitivas del paciente. (Schiff, Henn Beilharz, Welker, Fohr, Bothner, & Van Aken , 2014)

2.2.7 COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES

Las más frecuentes son la hipotensión e hipertensión arterial y las arritmias, que constituyen un problema de primer orden durante el acto anestésico. En un estudio de pacientes se detectó un 0.6% de complicaciones cardiovasculares. (Quintero, 2016)

a) Paro cardiaco: El paro cardíaco es el más frecuente y su tratamiento más sencillo por múltiples razones: personal experimentado, cuidado constante del anesthesiólogo para dar la alarma apenas se presenta, equipo necesario a mano, paciente con un tubo endotraqueal usualmente ya colocado, etc. Sin embargo, puede presentarse en cualquier momento y uno de ellos es el posoperatorio; usualmente sucede en el posoperatorio inmediato a la cirugía, es decir, en Sala de Recuperación. Según Holswade "en el cuarto de recuperación es el aspecto del paciente y el carácter de su respiración lo que alarma a la enfermera, indicando la posibilidad del paro cardiaco, que se confirma al no encontrar pulso ni ruidos cardíacos". Un 0.5% de

pacientes presentaron paro cardiaco. (Bertucci, Tomas, & Grünberg, 2014)

- b) Arritmias: Una arritmia posoperatoria puede representar una respuesta fisiológica a la operación, a la medicación u otro estímulo, pero también puede ser significativa de daño miocárdico y de naciente insuficiencia. Un 0.8% de pacientes presentaron arritmias. (Bertucci, Tomas, & Grünberg, 2014)
- c) Insuficiencia cardiaca congestiva: Las causas que pueden acondicionar la aparición de esta complicación posoperatoria pueden ser cardíacas o extracardíacas. Wessler y Blumgart incluyen entre las primera al infarto agudo de miocardio la fiebre reumática aguda, la endocarditis bacteriana y la taquicardia; entre la lista de las causas extra cardíacas mencionan al embolismo pulmonar, la tirotoxicosis, el asma, la obesidad y el cese de terapéutica cardíaca.
- d) La hipotensión se puede presentar en 2,7% de pacientes y la hipertensión se dio en un 1,1% de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica con anestesia general inhalatoria. (Quintero, 2016)

2.3 CUIDADO DE ENFERMERIA

2.3.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa pretensión se encaminan los esfuerzos y trabajos que se

realizan para la atención de los sujetos de cuidado; la persona, la familia y la comunidad. (Gómez, 2015)

Jean Watson refiere que "La prestación humana de cuidados supone valores, una voluntad compromiso con el cuidado, conocimiento, acciones de cuidar consecuencias". La Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Filosofía.

El cuidado humanizado es dado en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos. (Ramírez, Meneses La Riva, & CruzRuiz, 2016)

El Colegio de Enfermeros del Perú en las "Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero" define cuidado enfermero como "conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la

prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad”.

2.3.2 CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL POSOPERATORIO

El Cuidado de Enfermería al paciente quirúrgico se inicia cuando termina la cirugía, con el despertar del paciente en el quirófano y este continúa con la admisión del paciente en la unidad de Recuperación posanestésica y finaliza cuando el cirujano suspende la vigilancia. El profesional de Enfermería debe observar que todos los procedimientos y técnicas se ejecuten de forma correcta. (Quispe & Ruiz, 2016)

En el Posoperatorio Inmediato (POI), el paciente es considerado crítico, razón por la cual debe existir el cuidado de enfermería adecuado y eficaz, lo que garantizará seguridad y cuidados específicos, que si son implementados se destinarán a las intervenciones de prevención y/o tratamiento de complicaciones posoperatorias. (Ramos, 2016)

La atención en el cuidado de enfermería en el posoperatorio inmediato debe centrarse en la detección, atención y prevención de las complicaciones que puedan originarse del procedimiento anestésico quirúrgico, ya que ese período de internación en la Unidad de Recuperación posanestésica (URPA) puede ser crucial

para prevenir posibles complicaciones y para tratarlas precozmente favoreciendo la recuperación de los pacientes quirúrgicos.

El posoperatorio puede dividirse en dos fases: la primera es el posoperatorio inmediato, que se caracteriza por la recuperación inicial de estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras 24 horas siguientes a la intervención. La segunda fase posoperatorio mediato que es el periodo de resolución y curación, que puede llegar a ser incluso de meses en casos de intervenciones mayores.

- La fase del posoperatorio inmediato: Comienza una vez que se ha completado el procedimiento quirúrgico hasta las primeras 24 horas; donde el paciente debe ser observado en un entorno controlado, como la unidad de recuperación posanestésica (URPA), antes de ser trasladado a la unidad de hospitalización. (Del Amo, 2016)

La duración y el tipo de cuidados y de la observación posoperatoria variaran en función de lo siguiente:

- Situación del paciente.
- Necesidad de soporte fisiológico.
- Complejidad del procedimiento quirúrgico.
- Tipo de anestesia administrado.
- Necesidad de tratamiento para el dolor.

- Periodo para controlar los parámetros vitales y evaluar el estado fisiológico, es decir, tiempo que tarde el paciente en estabilizarse.
- Cuidados de la herida quirúrgica (apósito), drenajes y sondas
- La fase del posoperatorio tardío: es la fase de resolución y curación. Tiene lugar en una unidad de hospitalización o de cuidados especiales. En esta fase se resuelven las alteraciones fisiológicas y psicológicas, y los desequilibrios asociados a la cirugía, la anestesia y la curación. (Del Amo, 2016)

2.4 POSOPERATORIO EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN (URPA).

El posoperatorio inmediato se inicia una vez concluida la intervención; abarca las horas siguientes. El paciente es conducido a la sala de recuperación posquirúrgica, donde el equipo especializado controla sus constantes vitales (consciencia, frecuencia respiratoria, presión arterial y pulso) de forma continua. (Barandiaran Panta & Zavaleta Useda, 2016)

Los objetivos del cuidado de enfermería en la unidad posanestésica son cuidar del paciente cuando se recupere de los efectos de la anestesia (es decir, hasta que vuelva a desplegar sus funciones motora y sensorial), este orientado, sus signos vitales sean estables y no haya evidencia de

hemorragia u otras complicaciones. (Barandiaran Panta & Zavaleta Useda, 2016)

La enfermera que recibe al paciente en la unidad de recuperación posanestésica debe valorar lo siguiente con el anesthesiólogo:

- a) Identificar al paciente por su nombre.
- b) Diagnóstico médico y tipo de operación realizada.
- c) Edad del paciente y estado general, permeabilidad de las vías aéreas y signos vitales.
- d) Volúmenes de líquidos administrados, hemorragia calculada y transfusiones.
- e) Cualquier tubo, dren, catéter, sonda u otros dispositivos similares.
- f) Antecedentes médicos y de alergias aplicables.
- g) Anestésicos y otros medicamentos empleados (opioides y otros analgésicos, relajantes musculares, antibióticos, etc.).
- h) Cualquier problema que haya surgido en el quirófano y pudiera influir en la asistencia posoperatoria (ej.: hemorragia abundante, choque, paro cardiaco).
- i) Información específica sobre lo que el cirujano o anesthesiólogo desee que se le notifique (ej. Presión arterial, frecuencia cardiaca Mayores o menores de los parámetros normales).

2.4.1 VALORACIÓN DEL PACIENTE:

Enfermería en las Unidades de Recuperación Pos anestésica, proporciona unos cuidados y una estricta vigilancia, de corta duración, a muchos pacientes, para asegurarles una evolución posanestésica y posoperatoria rápida, sin incidentes, ni complicaciones.

La enfermera debe seguir una valoración de base iniciando por la valoración de los signos vitales seguido de la evaluación del estado físico general de la persona al menos cada 15 min. En orden decreciente de la prioridad. (Del Amo, 2016)

- 1) Valoración periódica de las constantes vitales (saturación de oxígeno, la regularidad y amplitud del pulso, profundidad y naturaleza de las respiraciones, temperatura y presión arterial).
- 2) Valoración la permeabilidad de las vías respiratorias y ventilación (respiración tipo y profundidad de la misma).
- 3) Valoración de la función circulatoria (permeabilidad de las vías de inserción intravenosa, presencia de hemorragia, presión arterial (PA), frecuencia cardíaca (FC), etc.).
- 4) Valoración del estado de conciencia utilizando la escala GLASGOW y la reactividad pupilar.
- 5) Valoración del test de recuperación posanestésica utilizando la escala de ALDRETE.
- 6) Valoración del estado de la herida operatoria (olor, color, sistemas de drenaje, apósitos, etc.).

- 7) Valoración de la intensidad del dolor y su localización utilizando la escala de EVA; y administración de la analgesia.
- 8) Valoración de la administración de la terapia prescrita y de sus efectos secundarios.
- 9) Valoración de la temperatura corporal y ambiental del paciente.
- 10) Valoración del estado de la piel y mucosas (flebitis, enrojecimiento, palidez, cianosis, resequedad, etc.).
- 11) Valoración de la función digestiva (permeabilidad de la vía periférica, sensación de náuseas, vómitos, etc.).
- 12) Valoración del sistema de eliminación (egresos, ingresos, diuresis, líquido drenado, etc.).
- 13) Valoración la necesidad de movilización del paciente (cambios de posición, ejercicios pasivos).
- 14) Valoración de la necesidad de reposo y confort del paciente (sueño, descanso, posición, temor, ansiedad, etc.).
- 15) Control y revisión de drenajes y apósitos quirúrgicos.
- 16) Valoración de la necesidad de higiene del paciente (estado de prendas, mantas, aseo, etc.)
- 17) Evaluación del paciente hasta el alta
- 18) En situaciones de emergencia vital, aplicar las reglas básicas de reanimación cardiopulmonar, así como mantener y reponer carro de parada cardiorrespiratoria y carro para manejo de vía aérea difícil.

2.4.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Esta se refiere a la identificación del problema y para lograrlo debemos de interpretar los datos recogidos en la valoración.

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual la enfermera es responsable.

Los diagnósticos de enfermería se realiza a través de relatos e indicios del paciente y el profesional enfermero deberá tener conocimiento suficiente para clasificarlos y relacionarlos con los diagnósticos para poder definir el plan de cuidados que promueva la recuperación del paciente. Durante la recuperación anestésica, que incluye desde el momento del alta del paciente de la sala de operaciones hasta su alta de la recuperación anestésica, el paciente presenta varias alteraciones, ocasionadas tanto por el procedimiento quirúrgico como por el procedimiento anestésico, que deberán ser prevenidas, detectadas y tratadas. (Bar17)

2.4.3 USO DE ESCALAS

Cualquier escala que se emplee debe ser simple e incluir parámetros objetivos que sean fáciles de determinar y de utilización rutinaria.

El uso de las escalas por Flores y Zegarra se describe a continuación:
(Flores & Zegarra Valencia)

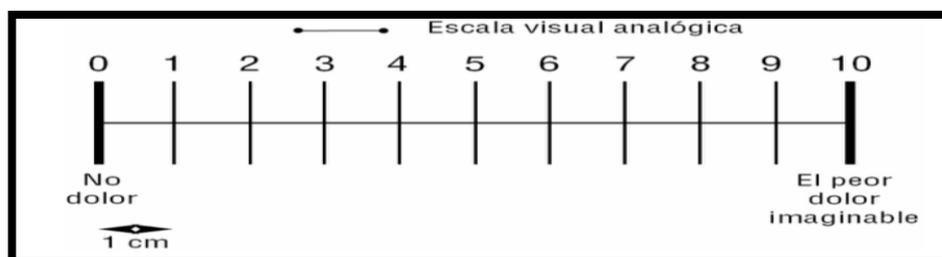
- **Escala del EVA:** Es la nomenclatura que se le da a la escala análoga visual del dolor EVA. La intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión.

Permite valorar la eficacia de las combinaciones algicas para aliviar las molestias dolorosas al paciente que ha sido sometido a un acto quirúrgico. (Clarett, 2013)

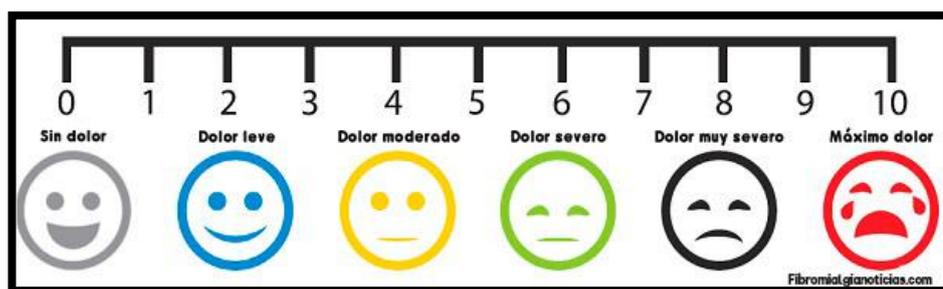
La Graduación del dolor es de:

- 1-3: leve-moderado
- 4-6: moderado-grave
- > 6: muy intenso

Figura N° 1 Escala visual analógica Numérica



FUENTE: (Clarett, 2013)

Figura N° 2 Escala visual Analógica de Caras


FUENTE: (Clarett, 2013)

- **Escala de Glasgow:** El Glasgow es la evaluación neurológica, permite valorar al paciente que requiere atención pre, intra y pos quirúrgicas desde el punto de vista neurológico, por lo delicado de la intervención y porque su compromiso tiene que ver con el desempeño de un órgano vital el cerebro. Va del 0 al 14. Descripción de la escala:

(Muñana Rodríguez, 2013)

Apertura ocular

- Espontánea: 4
- Al estímulo verbal (al pedírsele): 3
- Al recibir un estímulo doloroso: 2
- No responde: 1

Respuesta verbal

- Orientado: 5
- Confuso: 4
- Palabras: 3
- Sonidos incomprensibles: 2
- No responde: 1

Respuesta motora

- Cumple órdenes: 6
- Localiza el estímulo doloroso: 5
- Retira ante el estímulo doloroso: 4
- Respuesta en flexión (postura de decorticación): 3
- Respuesta en extensión (postura de descerebración): 2
- No responde: 1

Su interpretación va de acuerdo con las puntuaciones que son las siguientes: Leve 13-15 puntos, Moderado 9-12 puntos y grave 8 Puntos para abajo.

- **Escala de Aldrete:** Es la escala que permite valorar la recuperación posanestésica del paciente. Quiere decir que se han metabolizado los efectos de los agentes anestésicos empleados para tal fin y que el paciente esta fuere de algún acontecimiento fatal por efectos colaterales de los agentes anestésicos. (Anestesiología, 2015)

Tabla 1: Escala Aldrete

Característica		Punto
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o limitación a la respiración	1

	Apnea	0
Circulación	Presión arterial < 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial 20-49% del nivel preanestésico	1
	Presión arterial >50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
Saturación de oxígeno	Mantener SaO ₂ > 92% con aire ambiente	2
	Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ > 90%	1
	SaO ₂ <90% con O ₂ suplementario	0

FUENTE: (Anestesiología, 2015)

III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1. BUSQUEDA DE DOCUMENTOS

Se realizó la búsqueda de artículos publicados con las siguientes palabras Histerectomía abdominal, complicaciones de la histerectomía, complicación pos operatorias inmediatas y cuidados de enfermería en las bases de datos SCIELO, LILACS, CINAHL y trabajos de investigaciones en repositorios de universidades, identificándose 07 artículos relacionados con el tema de la monografía cuidado de enfermería en el posoperatorio inmediato de histerectomía abdominal.

3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

Gianella Gonzalez en realizo un estudio en Machala- Ecuador, titulado “cuidados de enfermería en paciente con histerectomía abdominal”. El objetivo de esta investigación estuvo encaminado en elaborar el Proceso de Atención de Enfermería en la prevención del riesgo de sangrado a través de la aplicabilidad el NANDA, NIC Y NOC a través de la teoría de Marjory Gordon basándonos en los 11 patrones funcionales, se dio respuesta a los 3 patrones alterados, que presentó el caso clínico como constipación, pérdidas sanguíneas y dolor; la metodología utilizada fue un estudio retrospectivo, basándonos en investigaciones de artículos científicos a partir del año 2013. Llego a la conclusión de que “El Proceso de Atención de Enfermería en una Histerectomía es fundamental ya que no se trata solo de la aplicación de

cuidados físicos, sino involucra cuidados emocionales y psicológicos.

Según Marina Alonso Rodríguez. (Tacuri, 2017)

Jiménez V, Pazmay G, Moreno G, Martín, en Ecuador realizaron un estudio titulado "Calidad De Atención De Enfermería En Pacientes Pos-Quirúrgicas Servicio Gineco-Obstétrico Hospital General Provincial Docente Ambato Periodo Julio A Septiembre 2015", cuyo objetivo es Diseñar una guía de atención de enfermería del servicio Gineco-Obstétrico para elevar la calidad de atención de Enfermería en pacientes pos quirúrgicas del Hospital General Docente. Los resultados encontrados fueron: la calidad de atención que reciben las usuarias durante su estancia en el servicio de Gineco- Obstetricia, no son ejecutadas de tal manera que se logre brindar una atención de calidad, ya que existen diferentes actos como el no prestar interés a sus problemas y necesidades, la falta de cordialidad, la discriminación, la mala interacción paciente- enfermera y la falta de educación y apoyo, que impiden a la usuarias se encuentre muy satisfechas. Se concluye que el 90% de las usuarias encuestadas se sienten insatisfechas con la atención recibida por parte del profesional de Enfermería. Garantizar una atención de calidad es deber del profesional de enfermería, pero se pudo evidenciar que existen factores externos como la falta de personal suficiente para abastecer la demanda de pacientes, la falta de recursos materiales y las instalaciones deficientes que les impiden brindar una atención adecuada, generando insatisfacción tanto en los profesionales que laboran en el servicio como de las usuarias. También se concluye que existe gran parte de profesionales que brindan una atención rutinaria

catalogado por las usuarias, olvidándose del lado humanitario. (Rivera & Álvarez, 2016)

Paula Franco Carrero para optar el grado de enfermería de la Universidad de Salamanca - Perú, con el título de “Histerectomía: tipos de abordaje y cuidados de enfermería”; cuyo objetivo fue revisar la literatura científica con el fin de describir la histerectomía, sus diversas vías de abordaje y las actuaciones a realizar por parte del personal de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados. Sus conclusiones fueron que para conseguir una mayor calidad asistencial y mejor adaptación física y psicológica en la mujer histerectomizada sería necesario una preparación ajustada a las necesidades de cada paciente y sobre las consecuencias del tipo de cirugía, en la que enfermería tiene un papel fundamental en la orientación, apoyo emocional y cuidados al alta; la elaboración del plan de cuidados en mujeres histerectomizadas nos permite orientar y unificar criterios en nuestra práctica clínica, dando respuesta a necesidades específicas, garantizando la continuidad de los cuidados y evitando complicaciones potenciales; y en general las experiencias tras la histerectomía suelen ser muy positivas por la desaparición de los síntomas, y la prevalencia de la dispareunia se ve reducida significativamente. (Carrero, 2017).

Rosario Elizabeth Fernández Estela y María Elizabeth. Rubio Bustamante. Lambayeque – Perú. Para optar el título de segunda especialidad en enfermería “especialista en centro quirúrgico”, realizaron una tesis en “Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la

etapa posoperatorio inmediato. Hospital José Soto Cadenillas Chota-Lambayeque, 2015-2016”. Se realizó la investigación con el objetivo de: Describir, caracterizar y comprender las interacciones que se dan en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa posoperatorio inmediato en el Hospital José Soto Cadenillas Chota. La investigación fue de tipo cualitativa, descriptiva con enfoque de estudio de caso, la población fueron 5 enfermeras y los pacientes atendidos en la institución, y la muestra 10 pacientes determinada por saturación. Se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista abierta a profundidad y el instrumento fue la guía de entrevista, los datos fueron analizados temáticamente construyéndose las siguientes categorías: Interactuando durante el cuidado originando a las siguientes subcategorías: Interferencias en la comunicación verbal, Comunicando verbalmente los cuidados de enfermería, Limitando la comunicación verbal; luego la categoría: Interactuando a través del trato, que emerge a las subcategorías: Tratando a todos por igual, Sintiéndome presionado por el paciente, Tratándole con respeto y Reconociéndole como ser Humano. Llegando a la consideración final que los profesionales de enfermería conocen la importancia y como debe ser la comunicación con el paciente, buscan respetar al paciente como ser humano con sentimientos, pero en la práctica no lo ejecutan, ya que los pacientes perciben poca comunicación y que no los llaman por su nombre, generando descontento por parte del paciente del cuidado de enfermería. (Estela & Rubio Bustamante, 2017)

Lic. Susan Denys Panta Barandiarán y la Lic. Enf. Betty Ysabel Zavaleta Uceda. Chiclayo- Perú, realizaron una tesis en “Cuidado enfermero a personas pos operadas en el servicio de cirugía en un Hospital de Chiclayo 2016” para optar el título profesional de especialista en Centro Quirúrgico. El objetivo fue Analizar y comprender cómo es el cuidado enfermero a personas pos operadas en este servicio. Esta investigación fue cualitativa con enfoque de estudio de caso, la muestra fue de 16 personas pos operadas y 5 licenciadas en enfermería elegidos por saturación empleando la entrevista semi estructurada y la observación participante. Finalmente consideraron que el cuidado enfermero a las personas pos operadas en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente las Mercedes, se caracteriza por que prevalece el cuidado biologicista, iniciándose en el cuidado humanizado por parte de algunas de las enfermeras, posergando el cuidado biopsicosocial y espiritual. Las enfermeras no utilizan el proceso enfermero utilizando las taxonomías como son NANDA, NOC Y NIC. El cuidado se ve limitado debido a la recarga laboral y falta de tiempo que es muy corto para realizar los cuidados en forma holística. (Barandiaran Panta & Zavaleta Useda, 2016)

Nilda Sofía Miranda Mendoza. Tacna - Perú, para optar el título de Especialista en Centro Quirúrgico realizo la tesis en Satisfacción de los pacientes frente a los cuidados de enfermería durante el posoperatorio inmediato en la unidad de recuperación pos anestesia- Hospital III Daniel Alcides Carrión- Tacna 2014. El tipo de estudio es descriptivo, cuantitativo de corte transversal la población estuvo constituida por 152 pacientes que

corresponde al 100% de los que fueron atendidos en la unidad de recuperación posanestésica de sala de operaciones durante el mes de noviembre del 2014. El instrumento que se utilizó para la obtención de datos fue la entrevista al paciente y la hoja de observación para medir la relación entre la satisfacción de los pacientes y la calidad de los cuidados de enfermería durante el posoperatorio inmediato en la unidad de recuperación posanestésica. El nivel de satisfacción del paciente es Completa en un 48.03% de acuerdo a la escala del instrumento. Un 17.11% se encuentran en un Nivel de Insatisfacción. (Mendoza, 2015)

Idalia Katherine Montenegro Castañeda. Chiclayo – Perú, para optar el título de licenciado en enfermería, presento la tesis de “Cuidado enfermero en el perioperatorio de histerectomía. Hospital Luis Heysen Incháustegui – Chiclayo, Perú 2013” tuvo por objetivo analizar y explicar el cuidado de enfermería a las personas que son intervenidas quirúrgicamente de histerectomía; el marco teórico se sustentó en la teoría de Jean Watson; la investigación fue de tipo cualitativa, siendo el abordaje metodológico el estudio de caso; los sujetos de estudio fueron las enfermeras que intervienen en el proceso perioperatorio; se empleó la entrevista semiestructurada como instrumento de recolección de datos, se consideró los criterios de rigor científico y los criterios de la bioética personalista de Eleio Sgreccia; como resultados se obtuvo la categoría: La interacción enfermera-persona como esencia del cuidado y las subcategorías: Una relación de confianza consolida el cuidado perioperatorio de histerectomía, Actitud y cuidado enfermero frente a las reacciones emocionales de la

persona histerectomizada. Por tanto, el cuidado brindado a la persona histerectomizada fue humanizado y holístico; además permitió a la enfermera lograr una interacción recíproca y empática, favoreciendo un clima de confianza durante el proceso de cuidado perioperatorio (Castañeda, 2014).

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1. VALORACIÓN

4.1.1. Datos generales:

- Nombre: N.G.C
- Edad: 44 años
- Sexo: Femenino
- Lugar de procedencia: Sala de operaciones
- Fecha de ingreso: 25/09/2018
- Hora de ingreso: 10:55
- Diagnostico medico: Miomatosis Uterina
- Operada de: Histerectomía abdominal total
- Servicio: Sala de recuperación
- Peso: 54 Kg
- Talla: 1.55

4.1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Paciente de 44 años de edad, de sexo femenino; ingreso a la unidad de recuperación pos anestésica, aún bajo efecto residual de la anestesia general inhalatoria, procedente de sala de operaciones N°1, a las 10:55 horas, con diagnóstico preoperatorio de

Miomatosis uterina, intervenida quirúrgicamente de Histerectomía abdominal total.

A la observación y examen la paciente se encuentra sedada, piel fría, respiración espontánea, mucosas orales secas con presencia de tubo de mayo, tórax simétrico móvil, con vía periférica permeable en miembro superior izquierdo pasando cloruro de Sodio a 9/00 a 30gotas por minuto, herida operatoria en el hipogastrio cubiertas con gasas secas, sonda vesical conectada a bolsa colectora con residual 0 de diuresis.

Funciones vitales de: P/A 103/62 mmHg, frecuencia cardiaca 72 por minuto, temperatura 35.6 °C, frecuencia respiratoria de 15 por minuto, SPO2 98% con ayuda de oxígeno complementario con mascara de reservorio a 10 litros por minuto.

A las 11:30 se observa expresión facial de dolor (ceño fruncido), refiere dolor en el sitio de la incisión quirúrgica con escala EVA 3/10.

A las 11:40 hora del alta, hemodinámicamente estable, despierto, expresión facial de alivio y tranquilidad, con funciones vitales de: P/A 106/70 mmHg, frecuencia cardiaca 72 por minuto, temperatura 36.4 °C, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, SPO2 92% aire ambiente, EVA 2 puntos, Aldrette 10 puntos,

herida operatoria con gasas secas, diuresis de 100ml clara, balance hídrico positivo.

4.1.3. AGENTES Y FÁRMACOS EN EL INTRAOPERATORIO

- Fentanilo 160 mg
- Propofol 110 mg
- Rocuronio 35 mg
- Metoclopramida 10mg
- Ranitidina 50 mg
- Dexametasona 8mg
- Metamizol 2g
- Tramadol 100mg

4.1.4. EXÁMENES DE LABORATORIO PRE QUIRÚRGICO

Bioquímica	valor normal
• Glucosa basal : 92 mg/dl	(70-110)
• Urea : 19 mg/dl	(10-50)
• Creatinina : 0.5 mg/dl	(0.41-1.2)
Hematología	valor normal
• Grupo AOB : "O"	
• Factor RH : positivo	
• Hematocrito : 37.7 %	(35-52)
• Hemoglobina : 13 g/dl	(13-17)

- Rcto. De leucocitos: 8.71 $10^3/uL$ (4-10.3)
- Rcto. De plaquetas: 336 $10^3/uL$ (128-434)
- Tiempo protrombina: 15.6 seg. (11-16)

4.1.5. EVALUACIÓN POR DOMINIOS

Tabla 2: Dominios

Dominio	Datos encontrados
Dominio 2: Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Mucosas orales semi secas • Vía periférica en miembro superior izquierdo. • Herida operatoria
Dominio 3: Eliminación e intercambio	<ul style="list-style-type: none"> • Sonda vesical • Bolsa colectora con residual 0 de diuresis.
Dominio 4: Actividad y Reposo	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo efecto residual de la anestesia general inhalatoria • Tubo de mayo • Mascarilla con reservorio • Frecuencia cardiaca 72 X' • Frecuencia respiratoria 15 X' • SPO2 98% con oxígeno complementario • Presión arterial 103/62 mmHg
Dominio 6: Autopercepción	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenida quirúrgicamente de Histerectomía abdominal total.

Dominio 11: Seguridad/Protección	<ul style="list-style-type: none"> • Piel fría • Temperatura 35.6 °C • Mascarilla con reservorio • Bajo efecto residual de la anestesia general inhalatoria • Herida operatoria • Sonda vesical conectada a bolsa colectora
Dominio 12: Confort	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta expresión facial de dolor (ceño fruncido) • Refiere dolor en el sitio de la incisión quirúrgica • Escala EVA 3/10

FUENTE: Elaborada por la autora

4.2. FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con deterioro de la cognición secundaria a la anestesia general.
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con el deterioro neuromuscular secundaria a la anestesia general.
3. Riesgo de lesión perioperatoria relacionado con las alteraciones sensitivo-perceptivas secundaria a la anestesia general.
4. Hipotermia relacionado con el procedimiento quirúrgico, piel fría.
5. Riesgo de sangrado relacionado con intervención quirúrgica.

6. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con la intervención quirúrgica y deterioro de eliminación urinaria.
7. Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con procedimiento quirúrgico secundaria a la anestesia general.
8. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos (proceso quirúrgico).
9. Riesgo de infección relacionado con los procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, catéteres, etc.)
10. Trastorno de la imagen corporal relacionado con procedimiento quirúrgico.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

TABLA 3: PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ

FUENTE: Elaborada por la autora

Dominio	Diagnóstico	Objetivos	Intervención	Fundamentación
Dominio 4: Actividad/Reposo Clase 4: respuestas cardiovasculares/ pulmonares (00032)	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con el deterioro de la cognición secundaria a la anestesia general.	<p>Objetivo General: Paciente respirara en forma espontánea, durante su estancia en URPA.</p> <p>Objetivos Específicos: Paciente estará despierto con Aldrete 10 puntos. Paciente respirara en forma espontánea.</p>	-Administrar oxígeno a 10L/ minuto por mascara de reservorio.	-Para brindar apoyo con oxígeno complementario para mejorar la función respiratoria, prevenir y tratar la hipoxia aumentando el contenido de oxígeno en la sangre arterial en la cual se traduce en la PO2. (Aranzazu, Bejarano, & Velásquez, 2012) -Permite valorar la recuperación posanestésica del paciente y el metabolismo de los efectos de los agentes

		<p>Paciente presentara SPO2 92% sin O2 suplementario.</p>	<p>-Monitorización de la frecuencia respiratoria</p> <p>- Monitorización la SPO2</p> <p>-Educar sobre la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno.</p>	<p>anestésicos empleados para tal fin. (Anestesiología, 2015)</p> <p>-La monitorización de la frecuencia permite observar y vigilar cambios principales en el funcionamiento del sistema de organismo del paciente. (Bervery, 2010)</p> <p>-La monitorización de la saturación de oxígeno permite detectar signos de hipoxemia, acidosis respiratoria. (Bervery, 2010)</p> <p>-La educación al paciente permite que se sienta tranquilo, porque está informado de lo que le realizan. (Ledesma Perez, 2007)</p>
--	--	---	--	---

			<p>-Fomentar una respiración lenta y profunda.</p> <p>-Realizar el destete del oxígeno</p>	<p>-La estimulación de los ejercicios respiratorios en posoperatorio, ayudara al paciente a recuperar eficazmente la función respiratoria post anestesia general y evitar complicaciones. (Bervery, 2010)</p> <p>-El destete de oxígeno permite disminuir progresivamente el flujo de oxígeno suplementario hasta lograr que respire por sí misma, (Brunner. 2005)</p>
--	--	--	--	--

TABLA 4: LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

Dominio	Diagnostico	Objetivos	Intervención	Fundamentación
Dominio 11: Seguridad/Prot ección Clase 2: lesión física (00031)	Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con el deterioro neuromuscul ar secundario a la anestesia general.	Objetivo General: Paciente limpieza eficaz de vías aéreas, durante su estancia en URPA. Objetivos Específicos: Paciente despierto con Aldrete 10 puntos. Paciente presentará secreciones	-Evaluar el estado neurológico con la E. Aldrete. -Monitorizar la frecuencia respiratoria. -Fomentar la expulsión del tubo de mayo.	-Permite valorar la recuperación posanestésica del paciente y el metabolismo de los efectos de los agentes anestésicos empleados para tal fin. (Anestesiología, 2015) -La monitorización de la frecuencia permite observar y vigilar cambios principales en el funcionamiento del sistema de organismo del paciente. (Bervery, 2010) -La expulsión voluntaria del tubo de mayo evidencia los reflejos del paciente para disminuir las secreciones bucofaríngeas. (Kozier, 2002)

		bucofaríngeas fluidas y en menor cantidad.	-Realizar aspiración de secreciones en caso sea necesario. -Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.	-La aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo para mantener la permeabilidad aérea y favorecer una ventilación de O2. (Manjoram & Hogston, 2008) -Para mejorar los niveles de ingreso de O2 a los pulmones y permite la movilización y expulsión de secreciones para mantener la vía aérea limpia. (Bervery, 2010)
--	--	--	--	---

FUENTE: Elaborada por la autora

TABLA 5: RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA

Dominio	Diagnostico	Objetivos	Intervención	Fundamentación
Dominio 11: Seguridad/Protección	Riesgo de lesión perioperatoria	Objetivo General: Paciente disminuirá riesgo de lesión, durante su estancia en URPA.	-Colocar al paciente de forma tal que se eviten lesiones por presión.	-Para brindar comodidad y confort porque evita las zonas de presión, mejorar la circulación sanguínea y favorecen el bienestar del paciente. (Kozier, 2002)
Clase 2: lesión física (00087)	a relacionado con las alteraciones sensitivo-perceptivas debido a la anestesia general.	Objetivos Específicos: Paciente será capaz de orientarse en tiempo, espacio, persona. Paciente realizara movimientos	-Comprobar el estado neurológico con escala Aldrete. -Observar si hay lesiones en la piel del paciente.	-Permite valorar la recuperación posanestésica del paciente y el metabolismo de los efectos de los agentes anestésicos empleados para tal fin. (Anestesiología, 2015) -A través de la valoración de enfermería podemos identificar alteraciones cutáneas para poder intervenir oportunamente. (Kozier, 2002)

		<p>voluntarios de las extremidades.</p>	<p>-Proteger las vías endovenosas y los circuitos de respiración.</p> <p>-Verificar la integridad de los cables eléctricos y su funcionamiento.</p>	<p>. -Son acciones encaminadas a la prevención de riesgo de infección en el paciente para su pronta mejoría y poner en práctica precauciones universales (Brunner. 2005)</p> <p>-La verificación anticipada y oportuna de los cables y su funcionamiento evitan los accidentes como quemaduras eléctricas en el paciente. (Brunner. 2005)</p>
--	--	---	---	---

FUENTE: Elaborada por la autora

TABLA 6: HIPOTERMIA

Dominio	Diagnostico	Objetivos	Intervención	Fundamentación
Dominio 11: Seguridad/Prot ección Clase 6: Termorregulac ión (00006)	Hipotermia relacionado con el procedimient o quirúrgico, y piel fría.	Objetivo General: Paciente presentará temperatura dentro los parámetros normales, durante su estancia en URPA. Objetivos Específicos: Paciente presentara T° mayor a 36°C y piel tibia al tacto.	-Aplicación de calor mediante una sábana tibia o caliente. -Monitorización de signos vitales: presión arterial, y temperatura. -Brindar comodidad y confort.	- El calentamiento pasivo sirve para maximizar la producción de calor basal, incrementando la temperatura corporal y su mantenimiento, mediante difusión. (Echevarria, 2009) -Mediante la T° y FC vemos las variaciones en el organismo mediante la vasodilatación periférica y la termorregulación del cuerpo cuando no puede funcionar correctamente. (Pérez, 2007) -Permite obtener un grado de satisfacción y mejoran el bienestar físico y emocional del paciente. (Echevarria, 2009)

				-Controlar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia.	-Valorar síntomas y signos asociados a hipotermia nos permitirá priorizar los cuidados de acuerdo a sus necesidades. (Pérez, 2007)
--	--	--	--	--	--

FUENTE: Elaborada por la autora

TABLA 7: RIESGO DE SANGRADO RELACIONADO CON INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

Dominio	Diagnostico	Objetivos	Intervención	Fundamentación
Dominio 11: Seguridad/Prot ección Clase 2: Lesión física (00206)	Riesgo de sangrado relacionado con intervención quirúrgica.	Objetivo General: Paciente disminuirá riesgo de sangrado, durante su estancia en URPA. Objetivos Específicos: No presenta resultados esperados los diagnósticos de riesgo.	-Monitorizar y registrar constantes vitales.	- El monitoreo continuo de las constantes vitales permiten valorar el estado hemodinámico del paciente e identificar problemas, evitando una posible complicación hemorrágica. (Potter & Griffin, 2002) - Para reponer la pérdida sanguínea y evitar el choque. (Montoya, 1950). - Esto nos permite la detección temprana de signos y síntomas de sangrado y hemorragia. (Montoya, 1950).
			-Vigilar el apósito quirúrgico.	
			-Valorar la aparición de signos y síntomas de hemorragia.	

			-Mantener las vías periféricas permeables.	- Para aumentar el flujo de líquidos intravenosos y administración de sangre tan pronto como sea posible. (Lee, 2011).
--	--	--	--	--

FUENTE: Elaborada por la autora

TABLA 8: RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

Dominio	Diagnostico	Objetivos	Intervención	Fundamentación
Dominio 2: Nutrición Clase 5: Hidratación (00025)	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C intervención quirúrgica y deterioro de eliminación urinaria.	Objetivo General: La paciente presentará un adecuado aporte de líquidos, durante su estancia en URPA. Objetivos Específicos: No presenta resultados esperados los diagnósticos de riesgo.	-Monitorización toma de constantes vitales. -Verificar y medir las pérdidas de sangre contenida en gasas y compresas. -Realizar el balance hídrico.	-La monitorización se realiza para ver la hipotensión, taquicardia y la fiebre pueden indicar una respuesta al efecto de la perdida de los líquidos (Iglesias, Villarino, & Martínez, 2011) -Los traslados de líquido y electrolitos y la disminución renal pueden afectar negativamente a la recuperación y al pronóstico, que pueden requerir intervenciones adicionales. (Iglesias, Villarino, & Martínez, 2011)

			<p>-Una documentación precisa ayuda a identificar las pérdidas líquidas y la necesidad de reposición para las intervenciones. (Potter & Griffin, 2002)</p> <p>.</p> <p>-Se usan para corregir desequilibrios hídricos y de electrolitos y prevenir arritmias cardíacas. (Berman, Snyder, Kozier, & Erb, 2008)</p>
		<p>-Mantener la sueroterapia de líquidos.</p>	

FUENTE: Elaborada por la autora

TABLA 9: DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

Dominio	Diagnostico	Objetivos	Intervención	Fundamentación
Dominio 3: Confort	Deterioro de la eliminación urinaria	Objetivo General: Paciente lograra eliminación urinaria adecuada, durante su estancia en URPA.	-Mantener la permeabilidad del sistema	- Sirve de base para evaluaciones y acciones oportunas, la sonda vesical se debe manipular como sistema cerrado, ser cambiada cada 7 días. (Brunner, Suddart, Smeltze, Bare, Hinkle, & Cheever, 2012)
Clase 1: Función urinaria (00016)	relacionado con procedimiento quirúrgico.	Objetivos Paciente presentara diuresis horaria normal. Específicos: Paciente presentara orina clara.	-Emplear las técnicas de asepsia y lavado de manos cuando se manipula el sistema de drenaje.	- Se previene o disminuyen los riesgos de contaminación del sistema de drenaje al reducir la colonización por los microorganismos. (Brunner, Suddart, Smeltze, Bare, Hinkle, & Cheever, 2012)
			-Mantener la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga.	-Para prevenir infecciones por reflujo. . (Brunner, Suddart, Smeltze, Bare, Hinkle, & Cheever, 2012)

TABLA 10: DOLOR AGUDO

Dominio	Diagnostico	Objetivos	Intervención	Fundamentación
Dominio 12: Confort Clase 1: confort físico (00132)	Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos (proceso quirúrgico).	Objetivo General: Paciente disminuirá intensidad de dolor, durante su estancia en URPA. Objetivos Específicos: Paciente presentará expresión facial de alivio y sosiego. Paciente presentará FC menor de 100x'	-Realizar una valoración integral del dolor, localización, características, inicio, duración, frecuencia, calidad, intensidad. - Valorar el dolor con la escala de EVA.	- La valoración del dolor permite identificar intensidad y sus características, el paciente debe describirlo para planificar el tratamiento eficaz (OPS, 2007). - Escala del dolor EVA, permite valorar de manera oportuna la intensidad del dolor para dosificar correctamente al paciente. (Ledesma Perez, 2007) - El monitoreo continuo de las constantes vitales permite detectar alteraciones potenciales o reales

		<p>Paciente expresará disminución del dolor con puntaje de 2-4 según la escala de EVA.</p>	<p>-Utilizar medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso.</p> <p>-Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor.</p>	<p>modificatorias del equilibrio sano - físico del individuo. (Ledesma Perez, 2007)</p> <p>-El uso de medidas no invasivas para el alivio del dolor aumenta la liberación de endorfinas y potencia los efectos de los analgésicos. (Berman, Snyder, Kozier, & Erb, 2008)</p> <p>- Los estudios demuestran que la razón más frecuente de falta de alivio del dolor es no evaluar periódicamente el dolor y el alivio del mismo. Muchos pacientes lo toleran en silencio, si no se les preguntan. (Brunner, Suddart, Smeltze, Bare, Hinkle, & Cheever, 2012)</p>

			-Brindar comodidad y confort	- El confort es una necesidad importante y asegura la comodidad del paciente. Proporcionar comodidad a menudo incluye el alivio al dolor. (Berman, Snyder, Kozier, & Erb, 2008)
--	--	--	------------------------------	---

FUENTE: Elaborada por la autora

TABLA 11: RIESGO DE INFECCIÓN

Dominio	Diagnostico	Objetivos	Intervención	Fundamentación
Dominio 11: Seguridad/Prot ección Clase 1: infección (00004)	Riesgo de infección R/C procedimient os invasivos (intervención quirúrgica, catéteres, etc.)	Objetivo General: Disminuir el riesgo de infección, durante su estancia en URPA. Objetivos Específicos: No presenta resultados esperados los diagnósticos de riesgo.	-Lavado de manos meticuloso. -Técnica aséptica en todos los procedimientos.	-El lavado de manos meticuloso reduce la transmisión de microorganismos y previene la diseminación de la enfermedad. (Brunner, Suddart, Smeltze, Bare, Hinkle, & Cheever, 2012) -Las técnicas asépticas reducen la posibilidad de que los microorganismos entren al organismo durante los procedimientos, disminuyendo el riesgo de infección. (Brunner, Suddart, Smeltze, Bare, Hinkle, & Cheever, 2012)

			<p>-Los antibióticos permiten prevenir y tratar las infecciones causadas por bacterias y evitar complicaciones. (Kozier, 2002)</p> <p>-Para evitar los riesgos de trauma e infección del tracto urinario. (Kozier, 2002)</p> <p>-Los guantes crean una barrera protectora entre los microbios y las manos, impidiendo su entrada y evitando las infecciones. (Brunner, Suddart, Smeltze, Bare, Hinkle, & Cheever, 2012)</p>
		<p>-Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos</p> <p>-Cuidados del catéter urinario.</p> <p>-Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal</p>	

FUENTE: Elaborada por la autora

TABLA 12: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

Dominio	Diagnostico	Objetivos	Intervención	Fundamentación
Dominio 6: Seguridad/Prot ección Clase 3: Imagen corporal (00118)	Trastorno de la imagen corporal relacionado con procedimient o quirúrgico.	Objetivo General: Paciente mejorara la percepción de la imagen corporal, durante su estancia en URPA. Objetivos Específicos: Paciente presentara FV dentro de lo normal. Paciente se mostrara tranquila.	-Monitorizar las funciones vitales. -Educar al paciente sobre su estado de salud y como mejorar el autoestima. -Vigilancia permanente	- Mediante la toma de las funciones vitales se puede determinar alguna alteración del paciente. (Ledesma Perez, 2007) - La educación al paciente permite que se sienta tranquilo, porque está informado de lo que le realizan. (D. & E., 2015) - En algunos casos necesitamos vigilar al paciente constantemente para evitar caídas, ya que por su ansiedad puede intentar hacer cosas que compliquen su estado. (Kozier, 2002)

			-Expresarle confianza y seguridad.	- Ayuda a que el paciente de sienta cómodo y seguro, a pesar de la situación que esté cursando. (Estela & Rubio Bustamante, 2017)
--	--	--	------------------------------------	---

FUENTE: Elaborada por la autora

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Riesgo de sangrado relacionado con intervención quirúrgica. 6. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos (proceso quirúrgico). 7. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con la intervención quirúrgica y deterioro de eliminación urinaria. 8. Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con procedimiento quirúrgico. 9. Riesgo de infección relacionado con los procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, catéteres, etc.) 10. Trastorno de la imagen corporal relacionado con procedimiento quirúrgico. <p>P</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente respirara en forma espontánea 2. Paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas 3. Paciente disminuirá riesgo de lesión 4. Paciente presentará temperatura dentro los parámetros normales 5. Paciente disminuirá riesgo de sangrado 6. Paciente disminuirá intensidad de dolor 7. Paciente presentará un adecuado aporte de líquidos 8. Paciente lograra eliminación urinaria adecuada 9. Paciente disminuirá el riesgo de infección 10. Paciente mejorara la percepción de la imagen corporal
10:55am	I	

11:00am	<ul style="list-style-type: none"> -Se administrar oxígeno a 10L/ minuto por mascara de reservorio -Se monitoriza las funciones vitales y la SPO2 en forma permanente -Se aplica de calor mediante una sábana caliente. -Se valora el estado neurológico con la E. Aldrete. -Se valora el dolor con la escala de EVA -Se observa si hay lesiones en la piel del paciente -Se vigila el apósito quirúrgico y sus características -Se brinda comodidad y confort. -Se verifica y protege las vías endovenosas y los circuitos de respiración, se verificar la integridad de los cables eléctricos.
11:10	<ul style="list-style-type: none"> -Se fomenta una respiración lenta y profunda -Se valora la aparición de signos y síntomas de hemorragia -Se fomenta la expulsión del tubo de mayo, y paciente logra expulsarlo por si mismo -Se perfunde CLNa 9/oo a 30gotas por minuto -Se mantiene la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga. -Se emplea las técnicas de asepsia y lavado de manos -Se fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos
11:30	<ul style="list-style-type: none"> -Se educa sobre la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno - Se educa en formas de control de dolor, como respiración profunda

		<p>-Se controla las características y cantidad de la diuresis, 100ml de color claro.</p> <p>-Se verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos</p> <p>-Se brinda una vigilancia permanente</p> <p>-Se realiza el destete del oxígeno, con una FR de 18X', SPO2 98%.</p> <p>-Se educa sobre su estado de salud y como mejorar el autoestima, mediante la confianza y seguridad.</p> <p>-Se realiza el balance hídrico</p>
11:40am	E	<p>La paciente es dada de alta, hemodinámicamente estable, despierta, expresión facial de alivio y tranquilidad, con funciones vitales estables SPO2 98%, P/A 110/70mmHg, FC 72X', FR18X' Y T° 36.4 °C, escala Aldrete 10 pts y EVA 2, herida operatoria con gasas secas, diuresis de 100ml color claro y balance hídrico positivo 70cc.</p>
11:45am		<p>Se comunica al personal de ginecología para que venga a recoger a la paciente.</p> <p>Hora de salida del servicio.</p>

FUENTE: Elaborada por la autora

4.4. EVALUACIÓN

4.4.1. DIAGNÓSTICO: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con el deterioro de la cognición.

Tabla 14: Diagnostico 1

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente respirara en forma espontánea, durante su estancia en URPA.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Paciente estará despierto con Aldrete 10 puntos.</p> <p>Paciente respirara en forma espontánea.</p> <p>Paciente presentara SPO2 92% sin O2 suplementario.</p>	<p>OA. Paciente presento patrón respiratorio eficaz, se encuentra despierto con Aldrete 10 pts, respiración en forma espontánea 18X' y SPO2 92% sin O2 suplementario</p>

FUENTE: Elaborada por la autora

4.4.2. DIAGNÓSTICO: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con el deterioro neuromuscular.

Tabla 15: Diagnostico 2

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo</p>	<p>OA. Paciente presento limpieza eficaz de vías aéreas, Aldrete 10</p>

<p>Paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas, durante su estancia en URPA.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Paciente estará despierto con Aldrete 10 puntos.</p> <p>Paciente presentará secreciones bucofaríngeas fluidas y en menor cantidad.</p>	<p>pts, presenta secreciones fluidas y en menor cantidad,</p>
---	---

FUENTE: Elaborada por la autora

4.4.3. DIAGNÓSTICO: Riesgo de lesión perioperatoria relacionado con las alteraciones sensitivo-perceptivas debido a la anestesia.

Tabla 16: Diagnóstico 3

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente disminuirá riesgo de lesión, durante su estancia en URPA.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Paciente será capaz de orientarse en tiempo, espacio, persona.</p> <p>Paciente realizara movimientos voluntarios de las extremidades.</p>	<p>OA. Paciente disminuyo riesgo de lesión, Aldrete 10 pts, y realiza movimientos voluntarios de las extremidades.</p>

FUENTE: Elaborada por la autora

4.4.4. DIAGNÓSTICO: Hipotermia relacionado con el procedimiento quirúrgico y piel fría.

Tabla 17: Diagnóstico 4

Diagnóstico 4	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente presentará temperatura dentro los parámetros normales, durante su estancia en URPA.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Paciente presentara T° mayor a 36°C y piel tibia al tacto.</p>	<p>OA. Paciente presento temperatura dentro de los parámetros normales, T° de 36.4 °C y piel tibia al tacto.</p>

FUENTE: Elaborada por la autora

4.4.5. DIAGNÓSTICO: Riesgo de sangrado relacionado con la intervención quirúrgica.

Tabla 18: Diagnóstico 5

Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente disminuirá riesgo de sangrado, durante su estancia en URPA.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>No presenta resultados esperados los diagnósticos de riesgo.</p>	<p>OA. Paciente disminuyo riesgo de sangrado, durante su estancia en URPA.</p>

FUENTE: Elaborada por la autora

4.4.6. DIAGNÓSTICO: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con la intervención quirúrgica.

Tabla 19: Diagnóstico 6

Diagnóstico 6	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>La paciente presentará un adecuado aporte de líquidos, durante su estancia en URPA.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>No presenta resultados esperados los diagnósticos de riesgo.</p>	<p>OA. Paciente presenta mucosas orales hidratadas, presenta orina clara, diuresis 100ml y BHE positivo.</p>

FUENTE: Elaborada por la autora

4.4.7. DIAGNÓSTICO: Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con procedimiento quirúrgico.

Tabla 20: Diagnóstico 7

Diagnóstico 7	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente lograra eliminación urinaria adecuada, durante su estancia en URPA.</p> <p>Resultado Esperado:</p>	<p>OA. Paciente presenta orina clara y diuresis 100ml.</p>

<p>Paciente presentara diuresis horaria normal.</p> <p>Paciente presentara orina clara.</p>	
---	--

FUENTE: Elaborada por la autora

4.4.8. DIAGNÓSTICO: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos (proceso quirúrgico).

Tabla 21: Diagnóstico 8

Diagnóstico 8	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente disminuirá intensidad de dolor, durante su estancia en URPA.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Paciente presentará expresión facial de alivio y sosiego.</p> <p>Paciente presentará FC menor de 100x’</p> <p>Paciente expresará disminución del dolor con puntaje <3 según la escala de EVA.</p>	<p>OA. Paciente disminuyo dolor, expresión facial de alivio, FC 72X’ y EVA de 2 pts.</p>

FUENTE: Elaborada por la autora

4.4.9. DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección relacionado con los procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, catéteres, etc.).

Tabla 22: Diagnóstico 9

Diagnóstico 9	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Disminuir el riesgo de infección, durante su estancia en URPA</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>No presenta resultados esperados los diagnósticos de riesgo.</p>	<p>OA. Paciente disminuyo el riesgo de infección, durante su estancia en URPA.</p>

FUENTE: Elaborada por la autora

4.4.10. DIAGNÓSTICO: Trastorno de la imagen corporal relacionado con procedimiento quirúrgico.

Tabla 23: Diagnóstico 10

Diagnóstico 10	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente mejorara la percepción de la imagen corporal, durante su estancia en URPA.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Paciente presentara FV dentro de lo normal.</p> <p>Paciente se mostrara tranquila.</p>	<p>OA. Paciente presento, FC 72 X min ,T°36.4°C, presenta facial de alivio y tranquilidad.</p>

FUENTE: Elaborada por la autora

V. CONCLUSIONES

- Se logró desarrollar el Proceso de cuidado de enfermería inmediato a paciente adulta pos operada de histerectomía abdominal total y se cumple fundamentándose en la interacción con la paciente, esta incluye diversos planes que consolidan el cuidado que se brindó durante su permanencia en URPA.
- Se logró realizar la valoración de los datos, identificar los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA, desarrollar las intervenciones de enfermería, planificar los cuidados de enfermería, ejecutar las acciones en el proceso de enfermería y evaluar las intervenciones de los cuidados de enfermería en el periodo posoperatorio inmediato de histerectomía abdominal total.
- El cuidado de enfermería en el posoperatorio inmediato, requiere no solo de conocimientos científicos y técnicos, también se necesita establecer una relación con la persona como base para la práctica de su quehacer propio, de tal manera que ese vínculo se oriente a la protección de la vida y bienestar de la persona.
- La actitud del profesional de enfermería debe ser positiva, de seguridad y empatía, esta cualidad le permite transmitir confianza a la paciente, de tal manera que logre minimizar sus temores y afrontar su situación de salud de la mejor manera posible.

VI. RECOMENDACIONES

AL PROGRAMA DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE CENTRO QUIRÚRGICO

- Gestionar potencial humano (Docentes) especialistas en el área para el desarrollo de enseñanza-aprendizaje.
- Realizar capacitación a los docentes sobre empatía y metodologías didácticas de aprendizaje.

A LOS DOCENTES DEL PROGRAMA DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE CENTRO QUIRÚRGICO

- Realizar la sesión educativa teórica - práctica en todos los temas relacionados a la clínica y procedimientos quirúrgicos.
- Impartir conocimientos sobre el proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NIC, NOC en la fase preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio inmediato en el paciente quirúrgico.
- Impulsar la aplicación del proceso de atención de enfermería y SOAPIE en la atención del paciente.

A LOS ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE CENTRO QUIRÚRGICO

- Tomar conciencia y efectuar las prácticas clínicas de forma responsable, según los procedimientos y actividades de enfermería.

- Participar en la capacitación y las charlas formativas para adquirir conocimientos y fortalecerlas.
- Actualizaciones constantes, repasar los métodos y procedimientos antes de iniciar las prácticas clínicas, para aplicarlas con seguridad y confianza.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería en el cuidado individualizado del paciente en URPA.

A LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSANESTÉSICA DEL ESSALUD III-JULIACA

- Apoyar e incentivar a las estudiantes de la Especialidad en el cuidado de Enfermería en el paciente posoperado inmediato en la URPA.
- Concientizar al profesional de enfermería que debe mantenerse en constante capacitación, auto preparación y actualización de conocimientos para poder brindar una educación actualizada y enfrentarse a los nuevos retos que demande el servicio.
- Realizar protocolos de atención de los pacientes según su diagnóstico post operatorio en la unidad de recuperación post anestésica.
- Se recomienda al profesional de enfermería y a todo el equipo de salud que labora en el servicio, aplicar permanentemente normas de atención como el manejo del plan de cuidados de Enfermería y los diferentes procedimientos con eficacia y eficiencia.
- Realizar la estandarización de los cuidados, ya que permitirá una mejor atención integral del paciente y, por otro lado, una claridad en la definición del registro y una óptima comunicación entre el equipo multidisciplinario.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anestesiología, G. d. (2015). *Test de recuperación post-anestésica –Aldrete*. Recuperado el 15 de 10 de 2018, de http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_recuperacion_postanestesis_aldrete.pdf
- Aranzazu, M., Bejarano, S., & Velásquez, M. (2012). *Guía Básica de Administración de oxígeno e Inhalatorio en Enfermería*. España: Bubok.
- Baldauf, J. (2013). Neoplasias intraepiteliales del cuello uterino. *EMC Ginecología-Obstetricia*, 49-42.
- Barandiaran Panta, S., & Zavaleta Useda, B. (2016). *Cuidado enfermero a personas post operadas en el servicio de Cirugía en un Hospital de Chiclayo 2016*. Recuperado el 20 de 10 de 2018, de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1637/BC-TES-TMP-476.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). *Fundamentos de Enfermería: Conceptos*.
- Bertucci, S., Tomas, M., & Grünberg, G. (2014). Complicaciones anestésicas en la unidad de recuperación post anestésicas. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 1-7.
- Berverly, D. G. (2010). *Tratado de Enfermería Practica*. (M. G. Hill, Ed.)
- Brunner, L., Suddart, D., Smeltze, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, J. K. (2012). *Enfermería medicoquirúrgica*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Carpio, L., & Garnique, M. (2014). *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Recuperado el Septiembre de 2018, de Histerectomía abdominal: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428194009.pdf>
- Carpio, L., & Garnique, M. A. (2014). Histerectomía abdominal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 27-36.
- Carrero, P. F. (08 de Mayo de 2017). *Histerectomia: tipos de abordaje y cuidados de enfermería*. Recuperado el Septiembre de 2018, de

https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/133266/1/TFG_FrancoCarreroHisterectomiaAbordajeCuidadosEnfermeria.pdf

Castañeda, I. K. (Abril de 2014). *Cuidado enfermero en el perioperatorio de Histerectomía*. Recuperado el Septiembre de 2018, de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/431/1/TL_Montenegro_Castaneda_IdaliaKatherine.pdf

CEP. (2008). *Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero*.

Chávez, J. C. (2014). Profilaxis antibiótica con metronidazol vrs cefalosporinas en pacientes sometidas a histerectomía en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Revista MED HONDUR*, 82-84.

Clarett, M. (2013). *Escalas de evaluación del dolor y protocolo de analgesia*. Recuperado el 12 de 11 de 2018, de <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>

Correa, J. L., Pandales, H., Román, V., Palacio, B., & Zuleta, J. (2017). Impacto de la Histerectomía abdominal total y de la histerectomía vaginal sin prolapso en a calidad de vida y satisfacción 2015. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 12-24.

D., C.-P., & E., G. (2015). *Complicaciones de histerectomía*.

Del Amo, F. (06 de 2016). *Proceso Quirurgico post operatorio*. Recuperado el 19 de 09 de 2018, de [Fisiopatología médica: http://mural.uv.es/rasainz/1.1_GRUPO3_POSTOPERATORIO.pdf](http://mural.uv.es/rasainz/1.1_GRUPO3_POSTOPERATORIO.pdf)

Dr. Silvio R. Zúñiga, D. J.-M. (Actualizado 2014). *Complicaciones Post operatorias en cirugía abdominal*.

Echevarria. (2009). *Fundamentos de Enfermería*. Recuperado el 2019, de <https://es.scribd.com/doc/19942753/fundamentos-de-enfermeria-metodos-de-calor-y-frio>

Estela, R. E., & Rubio Bustamante, M. E. (2017). *Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa posoperatorio inmediato Hospitl Jose Soto Cadenillas. Chota-Lambayeque 2015-2016*. Recuperado el Noviembre de 2018,

de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1058/BC-TES-5838.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Flores, I. I., & Zegarra Valencia, T. (s.f.). *Conocimiento y actitud de las enfermeras*. Arequipa-Perú: EESALUD.

Fuentes, C. C. (2014). *Enfermería quirúrgica*. Recuperado el 2018, de <https://docplayer.es/4608852-Enfermeria-quirurgica-modulo-1-prof-lic-carmen-chemes-de-fuentes.html>

Gómez, M. I. (Agosto de 2015). *El cuidado de enfermería a*. Recuperado el 2018, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013

Hernández, J. M., Díaz, A. B., Bárbaro, D., & Rosa, D. J. (26 de Noviembre de 2014). *MEDISAN*. Recuperado el Octubre de 2018, de Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n2/san05214.pdf>

Hoffman B., S. M. (2015). *Ginecología 2a edicion*. Dallas, Texas: Interamericana editores, S. A.

Hoffman, B. (2017). *Ginecología 3 edicion*. Dallas, Texas: McGraw-Hill Interamericana.

Hollman Montiel, J. P., & Rodríguez Aguíñiga, G. (2014). Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. *Investigación Materno Infantil*, 25-30.

Iglesias, C., Villarino, A., & Martínez, J. (2011). *Importancia del agua en la Hidratación de la Población Española*. Recuperado el 04 de 2019, de Nutrición Hospitalaria: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n1/articulos_especiales_3.pdf

Kozier, B. (2002). *Fundamentos de Enfermería*. Mexico.

Ledesma Perez, M. (2007). *Fundamentos de Enfermería*. México: Edición Lomusa S.A.

Lee, C. (2011). *Enfermería de cuidados intensivos*. México: M. M. S.A, Ed.

Mandal, A. (23 de 08 de 2018). *New Medical Life Sciences*. Recuperado el 09 de 2018, de Tipos de la histerectomia: [https://www.news-medical.net/health/Hysterectomy-Types-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Hysterectomy-Types-(Spanish).aspx)

- Mandal, A. (2018). *NEWS Medical*. Recuperado el Noviembre de 2018, de [https://www.news-medical.net/health/Hysterectomy-Indications-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Hysterectomy-Indications-(Spanish).aspx)
- Manjoram, B., & Hogston, R. (2008). *Fundamentos de la práctica de enfermería*. Mexico: Mc Hill Interamericana.
- Márquez, H. (2014). Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. *MEDISAN*, 18-20.
- Marquezma, F. (22 de 10 de 2016). *La Histerectomía: Evidencias para elegir la vía de abordaje*. Recuperado el 09 de 11 de 2018, de <https://ginecologiaquirurgica.com/2016/10/22/la-histerectomia-evidencias-para-elegir-la-via-de-abordaje/>
- Mendoza, N. S. (2015). *Satisfacción de los pacientes frente a los cuidados de Enfermería durante el post Operatori Inmediato en la Unidad de Recuperación*. Recuperado el Noviembre de 2018, de <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/271/TG0126.pdf>
- Montie, J. P., & Rodríguez Aguiñiga, R. (2014). Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. *Medigraphic*, 25-30.
- Montoya, J. (1950). *Shock y Hemorragia Interna Postoperatoria*.
- Muñana Rodríguez, J. E. (26 de 09 de 2013). *Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado*. Recuperado el 17 de 10 de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000100005
- Ortega, D. I. (2015). Histerectomía radical videolaparoscópica. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41-43.
- Pérez, L. (2007). *Fundamentos del cuidado de enfermería*. Recuperado el 01 de 06 de 2019, de <http://fundamentosdelcuidadoenenfermeria.blogspot.com/2014/05/los-signos-vitales.html>
- Ponce, R. S. (2015). La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. *Revista Cubana de Cirugía*, 54-55.

- Potter, p., & Griffin, A. (2002). *Fundamentos de enfermería*. España: Elsevier.
- Quintero, E. E. (2016). Frecuencia de complicaciones inmediatas en pacientes sometidos a cirugía. *Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Sinaloa y Hospital*, 52-59.
- Quispe, E., & Ruiz, E. (12 de 2016). *Cuidados de enfermería dirigido a la prevención de complicaciones por hipotermia en la etapa post operatoria inmediata en pacientes de un Hospital de la Seguridad Social, Lima-2016*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2018, de Universidad Peruana Cayetano Heredia: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/866/Cuidados_BezadaRuiz_Elvira.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Ramírez Palacios, C. D. (2014). Evaluacion en pacientes que se. *Colombiana*.
- Ramírez, R. G., Meneses La Riva, M., & CruzRuiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. *Rev enferm Herediana*, 133-144.
- Ramos, G. (05 de 01 de 2016). *Anest Analg Reanim* . Recuperado el 26 de 10 de 2018, de Evaluacion de la incidencia de temblores en la sala de recuperación post anestésico: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v29n1/v29n1a02.pdf>
- Rengifo, A. C. (2016). *Complicaciones de Histerectomía según vía de abordaje abdominal versus vaginal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III ESALUD de Iquitos-Perú, 2016*. Recuperado el 17 de 10 de 2018, de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4429/Augusto_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rivera, L., & Álvarez, A. (2016). *Encolombia*. Recuperado el 14 de 11 de 2018, de Cuidado Humanizado de Enfermería: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
- Schiff, J. ..., Henn Beilharz, A., Welker, A., Fohr, B., Bothner, U., & Van Aken , H. (2014). Major incidents and complications in otherwise healthy patients undergoing elective procedures. *Br J Anaesth*, 109-113.
- SEdG, O. (2014). Prolapso genital. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58-62.

- Silveira, F. A., Chulvis, I. C., & Borges, M. (2013). *Fisiología Uterina*. Recuperado el Octubre de 2018, de http://media.axon.es/pdf/73295_3.pdf
- Sousa, L. (2013). Histerectomía total y subtotal: ¿hay diferencia en cuanto al impacto en la sexualidad? *Elsevier BV*, 28-31.
- Tacuri, G. G. (2017). *Cuidados de enfermería en paciente con Histerectomía abdominal. Machala*. Recuperado el 20 de 11 de 2018, de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13135>
- Tommaso., D. L. (18 de 01 de 2018). *Infomed*. Recuperado el 10 de 2018, de <http://articulos.sld.cu/ginecobs/archives/tag/histerectomia>
- Whitaker, D., Booth , H., Clyburn, P., Harrop Griffiths, W., Hosie, H., & Kilvington, B. (2013). Immediate postanaesthesia recovery 2013. *Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Anaesthesia*, 288.

ANEXOS

Figura N° 3: Foto en URPA colocación del pulsoxímetro



FUENTE: Elaborada por la autora

Figura N° 4: Foto en URPA colocación de mascarilla de oxígeno



FUENTE: Elaborada por la autora

Figura N° 5: Foto en URPA inicio de destete



FUENTE: Elaborada por la autora

Figura N° 6: Foto en URPA, retiro de PANI



FUENTE: Elaborada por la autora