EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 11
Número 2 (2024)

Recibido: 1/6/2024 Aceptado: 11/6/2024
https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.02.03

CASO CLÍNICO

Caso clínico quirúrgico: histerectomía total abdominal

Surgical case report: total abdominal hysterectomy

María Eugenia Escobar Pirela (Lcda.)[1]
María Gregoria Vega de Peña (Dra.)[2]

[1] Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Enfermera II, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Enfermera II, Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA). Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, ULA. ORCID: 0009-9841-9337.

[2] Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Master en Educación, Caribbean International University (CIU), Curazao. Doctora en Educación, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB). Docente de la Universidad de Los Andes (ULA). Correo electrónico: gory26121991@gmail.com ORCID: 0000-0001-7031-8557.

RESUMEN

La histerectomía total es una cirugía mayor que consiste en extirpar todo el útero y el cuello uterino de una mujer. Esta intervención tiene tres enfoques: histerectomía abdominal, vaginal y laparoscópica. El objetivo del presente artículo es explicar la técnica de instrumentación quirúrgica empleada en un paciente femenino de la séptima década de la vida, con diagnóstico médico de sangrado uterino post-útero pasivo y engrosamiento endometrial, quien fue operada de histerectomía total abdominal abierta en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA). Cumpliendo así, con el requisito del Diplomado de Instrumentación Quirúrgica dictado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.

Palabras clave: histerectomía total, útero, técnica quirúrgica, Enfermería perioperatoria, proceso enfermero, taxonomías NANDA, NOC, NIC.

SUMMARY

Total hysterectomy is a major surgery that involves removing a woman's entire uterus and cervix. This intervention has three approaches: abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomy. The objective of this article is to explain the surgical instrumentation technique used in a female patient of the seventh decade of life, with a medical diagnosis of post-passive uterine bleeding, endometrial thickening by ultrasound, who underwent open total abdominal hysterectomy in the Center for Comprehensive Medical Care of the University of Los Andes (CAMIULA). Thus, complying with the requirement of the Diploma in Surgical Instrumentation taught at the School of Nursing of the University of Los Andes, Mérida-Venezuela.

Key words: hysterectomy, uterus, surgical technique, perioperative nursing, nursing process, NANDA, NOC, NIC taxonomies.

—INTRODUCCIÓN

La histerectomía proviene del griego *ὑστέρα hystera* "útero" y *εκτομία ektomia* "sacar por corte", y se refiere a la extirpación quirúrgica del útero (matriz)[1]. Ocupa el tercer lugar en frecuencia entre las operaciones de cirugía mayor electiva. Las pacientes entre 20-49 años constituyen el segmento más grande de la población femenina que se somete a esta cirugía (aproximadamente 75%), pero la edad promedio de este procedimiento es de 42 años[2].

Esta cirugía comprende tres técnicas quirúrgicas: por vía abdominal, vaginal o por procedimientos mínimamente invasivos como la laparoscopia o robótica. Las indicaciones dependen de la patología que padece la paciente tales como: miomas, cáncer, hiperplasia endometrial, dolor pélvico crónico, prolapso genital y endometriosis pélvica[3].

Los tipos de histerectomía son realizados a través de una histerectomía subtotal (también llamada supra cervical), en la que se extirpa sólo la parte superior (cuerpo) del útero; por lo que es tratada como una cirugía incompleta y se justifica en el prolapso genital, se lleva a cabo por laparoscopia mediante la técnica de sacropexia, ya que así se evita colocar la malla directamente en contacto con la vagina abierta; histerectomía total que consiste en la extracción de todo el útero y el cuello uterino y; la histerectomía radical o extirpación del útero en su totalidad, incluyendo el tejido que se encuentra a ambos lados del cuello uterino, la parte superior de la vagina y los ganglios pélvicos, se realiza en casos de cáncer de cuello uterino[4].

Las complicaciones de la histerectomía están descritas según la técnica y el procedimiento que se desarrolla en el perioperatorio, involucran la comorbilidad que padece la paciente, edad, tamaño y peso del útero; las propias de la técnica que el cirujano desarrolla en el transoperatorio; las relacionadas con el procedimiento y propias de la cirugía: coágulos de sangre, sangrado, infección, lesión de zonas corporales cercanas, reacciones alérgicas a medicamentos y específicos como lesión de la vejiga o uréteres, dolor durante las relaciones sexuales, cambio en el placer durante la actividad sexual, disminución de la libido, menopausia temprana si hay extirpación de ovarios y, aumento del riesgo de enfermedades cardíacas si son retirados antes de la menopausia[5].

El objetivo del presente artículo consistió en explicar la técnica de instrumentación quirúrgica empleada en una paciente de la séptima década de la vida, con diagnóstico médico de sangrado uterino post-útero pasivo, engrosamiento endometrial verificado por ultrasonido, a quien se le realizó una histerectomía total a través de la técnica abdominal abierta en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA); cumpliendo así, con el requisito del Diplomado de Instrumentación Quirúrgica dictado en la Escuela de Enfermería, Mérida-Venezuela.

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 76 años de edad, quien consulta al facultativo privado por presentar sangrado genital de aproximadamente 4 meses de evolución, con menopausia

fisiológica desde los 52 años, previa valoración, le indican realizarse exámenes de laboratorio y ultrasonido pélvico evidenciando engrosamiento endometrial. El 01/11/2023 se le realizó biopsia de endometrio reportando negativa. Se decidió su ingreso al CAMIULA para planificar acto quirúrgico electivo con el diagnóstico médico: 1. Sangrado uterino post-útero pasivo. 2. Engrosamiento endometrial.

Antecedentes de importancia personales: Hipertensa controlada con Carvedilol 12.5 mgr y Candesartán 8 mgr VO; Hipotiroidismo con tratamiento Euthyrox® 75 mcgr VO; Ansiedad tratada con Escitalopram 10 mgr VO. Niega alergias. Al examen físico la paciente se encontraba consciente y orientada en sus tres planos, afebril al tacto, hidratada. TA: 145/81 mmHg, F.C: 70 lpm, F.R: 20 rpm, SpO_2: 98%. Piel: con palidez cutáneo-mucosa leve. Cuello: sin alteraciones ni megalias. Tórax normoexpansible, ventilando espontáneamente, sin agregados. Cardiovascular: a la auscultación, ruidos cardiacos rítmicos sin soplo aparente. Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso y sin megalias palpables. Genitourinario: genitales externos normoconfigurados, con presencia de sangrado vaginal escaso. Extremidades superiores : simétricas, móviles, sin edema, con presencia de vía periférica en miembro superior izquierdo, a través de la cual recibe hidratación parenteral con solución fisiológica 0,9% sin agregados y con tratamiento de protocolo indicado (Dexametasona 8 mg c/8 hr, Omeprazol 40 mg OD, Ceftriaxone 1gr c/12 hr, Ketoprofeno 100 mg c/8 hr, Ondansetrón 4mg c/8 hr SOS vómitos y/o nauseas, Dipirona 1gr c/6 hr SOS hipertermia), extremidades inferiores simétricas, móviles, sin edema, con presencia de várices.

Exámenes paraclínicos: Hemoglobina: 14.1 g/dl, Hematocrito: 42%, Glóbulos blancos: 8500 mm^3, Plaquetas: 310.000 mm^3, Segmentados neutrófilos: 68%, Linfocitos 32%, Tiempo de Protrombina: 11.4 segundos, Tiempo Parcial de Tromboplastina: 31.2 segundos, Glicemia: 98 mg/dL, Creatinina: 0.81 mg/dL, Urea: 22 mg/dL, T3 libre: 4.8pmol/l, T4 libre: 1,56 ng/dl, TSH: 3,25 uIU/ml, VDRL: No reactivo, HIV negativo. Ultrasonido pélvico reporta engrosamiento endometrial, biopsia endometrial reporta normal con sugerencia de realizar biopsia de fondo de útero para valoración histofuncional.

En la valoración por Enfermería, se estableció el listado de los problemas encontrados en la paciente, etiquetados por la *North American Nursing Diagnosis Association* (por sus siglas en inglés NANDA)[6].

00146 Ansiedad.

00132 Dolor agudo.

00004 Riesgo de infección

00266 Riesgo de infección de la herida quirúrgica

00085 Deterioro de la movilidad física

Cuadro 1. Plan de cuidado con DxE Focalizado en el problema

DxE Focalizado en el problema (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones y acciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento 00146 Ansiedad R/C intervención quirúrgica E/P movimientos extraños, insomnio, inquietud.	1402 Autocontrol de la ansiedad: 140204 Obtiene información para reducir la ansiedad. 140222 Comparte preocupación.	5820 Disminución de la ansiedad:		RH: En vía de cambio FR: Se mantiene IE: Apropiadas
		-Utilizar un enfoque sereno de seguridad.	C	
		-Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la intervención.	C	
		-Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la intervención.	C	

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA[6], NOC[7], NIC[8].
Lectura: DxE= Diagnóstico enfermero. R/C= relacionado con. E/P= Evidenciado por. C= Cumplido. RH= Respuesta Humana. FR= Factor Relacionado. IE= Intervenciones de Enfermería.

Cuadro 2. Plan de cuidado con DxE de Riesgo

DxE de Riesgo (NANDA)	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones y acciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio 11: Seguridad/protección Clase 1: Infección 00266 Riesgo de infección de la herida quirúrgica R/C procedimiento invasivo (histerectomía).	6540 Control de infecciones.	6550 Protección contra las infecciones:		RH: No progresa FR: Abolido IE: Apropiadas
		-Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.	C	
		-Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.	EP	
		-Enseñar al paciente a tomar los medicamentos tal como han sido prescritos.	C	
		-Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando	C	

		debe informar de ellos al profesional sanitario.		
		-Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.	C	
		3440 Cuidados del sitio de incisión:		
		-Aplicar técnicas de asepsia y antisepsia adecuadas.	C	
		-Limpiar la zona que rodea la herida con una solución antiséptica apropiada.	C	
		-Aplicar un vendaje adecuado para cubrir la herida.	C	

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA[6], NOC[7], NIC[8].
Lectura: DxE= Diagnóstico enfermero. R/C= relacionado con. E/P= Evidenciado por. EP= En proceso C= Cumplido. FR= Factor Relacionado. IE= Intervenciones de Enfermería.

Cuadro 3. Plan de cuidado con DxE bifocal

Dominio 12: Comodidad Clase 1: Comodidad física 00132 Dolor agudo S/A incisión quirúrgica (histerectomía).				
CP	**Resultado esperado (NOC)**	**Intervenciones y acciones (NIC)**	**Fundamentación científica**	**Evaluación**
-Taquicardia -Hipertensión -Crisis de ansiedad.	160507 Refiere síntomas al profesional sanitario 160503 Utiliza medidas preventivas	1400 Manejo del dolor:		El abordaje de la atención integral del dolor posoperatorio en el paciente se logró corregir con analgesia y terapia no farmacológica.
		-Valoración exhaustiva del dolor: localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.	-La valoración del dolor ofrece información sobre la necesidad o la eficacia de las intervenciones adecuadas.	
		- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas: relajación, junto con otras medidas de alivio al dolor.	-Se alienta la respiración profunda adecuada para proporcionar confianza para evaluar el umbral del dolor.	
		2210 Administración de analgésicos:		

		-Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.	-Aliviar el dolor permite al paciente deambular, realizar respiraciones profundas y toser.	
		-Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.	-Se contrasta el plan terapéutico y se previene errores al aplicar los correctos.	
		-Comprobar el historial de alergias a medicamentos.	-Se previene complicaciones y shock anafilácticos.	
		-Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares, así como, registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.	-Proporciona cuantificar el tiempo de disminución y aparición del dolor.	

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA[6], NOC[7], NIC[8].
Lectura: DxE= Diagnóstico enfermero. S/A= Secundario a.

2. FASE PERIOPERATORIA

a) Preoperatorio

La paciente ingresó al quirófano general de CAMIULA el día 23/11/2023, consciente orientada en persona, tiempo y espacio, afebril, con ventilación espontánea, hemodinámicamente estable, con vía periférica calibre 18Fr en miembro superior izquierdo permeable con solución fisiológica. Se ubicó en mesa operatoria para realizarle acto quirúrgico de histerectomía total abdominal, cumpliendo los siguientes procedimientos.

Cuadro 4. Técnica utilizada antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN PRECISA
Material a utilizar.	La circulante acondiciona y prepara el quirófano junto a la instrumentista para el acto quirúrgico, verificando la funcionalidad de los equipos de aspiración, electrocauterio, mesa de anestesiología y el material a utilizar
Lavado de manos quirúrgico	Se realizó con un jabón neutro germicida SOMTEX
Secado de las manos	Campos absorbentes estériles (compresas)
Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes	Técnica cerrada
Arreglo de las mesas	Mayo, de riñón o circular
Conteo de material	Se realizó el conteo de gasas con medio, compresas, moñitos, líquidos y material quirúrgico (suturas e instrumental) junto con el circulante, informado y verificado con el cirujano.

Vestimenta para el cirujano	Técnica abierta y colocación de guantes estériles llamada técnica asistida
Posición elegida	Primero se coloca a la paciente en posición de sedestación para aplicar la anestesia conductiva sudaracnoidea, luego se coloca en decúbito dorsal en la mesa operatoria con sostén cefálico y uso de sujetadores para brazos.
Anestesia conductiva	En posición de sedestación previa asepsia y antisepsia se localiza L3-L4 se realiza punción lumbar con aguja de Quincke # 22 anestesia Lidocaína Hiperbara con 25 mcgr de Fentanyl más 30 mgr de Clonidina.
Asepsia y antisepsia.	Bajo efectos de anestesia, se inició la asepsia y antisepsia de la piel a operar con Jabón Neutro Germicida SOMTEX y alcohol. Para este procedimiento, se le colocó al cirujano en su mano estéril 3 torundas, una montada en pinza aro y en la otra mano una escudilla con el germicida, seguido de alcohol para la asepsia de la piel
Colocación de sonda vesical	Una vez realizada la asepsia y antisepsia se le entregó al cirujano una sonda Foley Nº 14 conectada a bolsa recolectora de orina (cistoflo), se verificó la permeabilidad y comprobación de insuflación de globo
Vestimenta para el paciente.	Campo estéril de la cirugía.

Fuente: elaborado por las autoras siguiendo el esquema para el caso clínico quirúrgico[9].

b) Transoperatorio

Cuadro 5. Orden secuencial de los tiempos en la histerectomía total abdominal

PASO N°	PROCEDIMIENTO	INSTRUMENTOS Y MATERIALES	SUTURA
1	Incisión de piel en hipogastrio tipo Pfannenstiel	Mango de bisturí N° 4, con hojilla bisturí N° 23.	X
2	Apertura de los planos abdominal (tejido celular subcutáneo, fascias, músculo, peritoneo parietal) hasta llegar a cavidad.	Lápiz cauterio Tijera de Metzenbaum Pinza Disección sin diente Pinza de Crille curva Pinzas de Kocher rectas. Separadores de Farabeuf. Separadores de Hartman. Compresas secas	X
3	Exploración del abdomen cambiar posición a la paciente	Posición de Trendelemburg leve.	X
4	Separación en la cavidad abdominal para la buena exposición de la pelvis.	Compresas húmedas con solución fisiológica tibia Disección de profundidad	X
5	Colocación de separadores dinámicos y estáticos	Separador de Balfour Valva suprapúbica Valvas maleables de Caeiro.	X
6	Elevación del útero	Histerolabo Pinzas de Kocher rectas. Pinza de Criler recto	Crómico 1 con aguja CT para fijar el fondo del útero.
7	Ligadura y sección de ligamento redondo y utero-ovárico.	Pinzas de Kelly Pean Rochester curvas. Tijera Metzenbaum Criler recto (referencia)	Seda Sutupack 1 Crómico 1

8	Se secciona el ligamento ancho	Tijera Metzenbaum Disección de profundidad	X
9	La incisión se amplía hacia adelante en dirección de la reflexión peritoneal vesical	Tijera Metzenbaum Disección Braun sin diente larga o de profundidad Moñito montado en pinza Kocher larga. Lápiz de electrocauterio con punta extensora.	X
10	Liberación de la vejiga del segmento inferior del útero desplegando el colgajo vesical.	Moñito montado en pinza kocher larga	X
11	Disección de los ligamentos y arteria uterinas, se extiende hasta la cúpula vaginal	Pinzas Pean Rochester curvas. Pinzas de Heaney. Tijera Metzenbaum Tijera de Mayo.	Sutupack Seda 1 Crómico 1
12	El cuello uterino se incide circunferencialmente y se amputa de la cúpula vaginal.	Pinzas de Allis largas Disección Braun sin diente larga Lápiz de electrocauterio con punta extensora.	X
13	La cúpula vaginal se toma con pinzas y sutura.	Pinzas de Allis largas Portaagujas Mayo- Hegar de profundidad. Disección Tijera de Mayo recta de profundidad	Crómico 1 o Vicryl 1
14	Sutura del colgajo vesical previamente liberado.	Portaagujas Mayo-Hegar Disección Profundidad Tijera de Mayo recta de profundidad	Crómico 2-0
15	Lavado de cavidad, conteo de material, gasas y compresas.	Solución fisiológica tibia Cánula de succión Yankauer	X
16	Cierre por planos en forma ascendente (peritoneo parietal, músculo, fascia, tejido celular subcutáneo y piel).	Lápiz cauterio Separadores de Hartman Tijera de Metzenbaum Pinza Disección Braun sin diente Pinza de Crille curva Compresas secas	Crómico 2-0 Vicryl 1 Simple 2-0 Nylon 3-0
17	Limpieza y Colocación de cura.	Gasas con alcohol, gasas secas, apósito de cura.	X

Fuente: elaborado por las autoras siguiendo el esquema para casos clínicos quirúrgicos[9].

Instrumental básico

Para la intervención quirúrgica se utilizó el instrumental de la Caja de Cirugía General constituida por: Equipo #1: 4 Pinzas Halsted curvas, 6 Pinzas Crille curvas pequeñas, 4 Pinzas Crille curvas pequeñas, 6 Pinzas Crille curvas medianas, 4 Pinzas Crille rectas medianas, 2 Pinzas Allis pequeñas, 2 Pinzas Kocher cortas rectas. Equipo #2: 2 Pinzas Kelly curvas, 3 pinzas de Pean Rochester curvas, 3 pinzas de Pean Rochester rectas, 2 Pinzas Kocher curvas, 5 Pinzas Allis medianas rectas. Equipo #3: 3 Pinzas de Aro (2 atraumáticos rectos, 1 traumático curvo), 3 pinzas de Mixter o Cístico (2 medianas y 1 larga), 4 pinzas de Babcock (2 medianos - 2 largos), 3 pinzas de Heaney o uterinas, 1 pinza Pozzi, 2 Tijeras de Metzenbaum (mediana y larga), 2 Tijeras de mayo (mediana y larga), 3 Porta agujas de Mayo Hegar (1 corto, 1 mediano, 1 largo). Complemento: 1 Mango de bisturí corto # 4, 1 Mango de bisturí # 3, 2 Pinzas de disección sin dientes (1 medianas y 1 larga), 2 Pinzas de disección con dientes (1 mediana y 1 larga), 2 Juegos de separadores de

Farabeuf angostos, 2 Juegos de separadores de Farabeuf anchos1 cánula de Yankauer, 3 Valvas maleables (angosta, mediana y ancha), 1 Separador de Balfour, 1 valva suprapubica, 1 Pinza de asepsia, 3 Escudillas, 4 pinzas de campo (Backhaus).

Cuadro 6. Instrumental específico en la histerectomía abdominal

INSTRUMENTO	NOMBRE CIENTÍFICO	USO	IMAGEN
Pinza hemostática	Pinza de Heaney	Controlar la hemostasia y aplicar presión continua a los tejidos del útero.	https://solucionesmedicas.com.gt/product/pinza-heaney/
Pinza de sostén.	Histerolabo	Sostener el útero sin dañarlo y desplazarlo o traccionarlo durante procedimientos	https://alfamedonline.com/products/pinza-histerolabo

Fuente: elaboración propia siguiendo el esquema para casos clínicos quirúrgicos[9].

Cuadro 7. Misceláneos o material médico quirúrgico especial

Material médico quirúrgico	Uso en la cirugía
Surgicel	Hemostático Sintético.
Gasa con medio de contraste	Secar cavidad.
Moñitos	Realizar divulsión roma en la ectomia

Fuente: elaboración propia siguiendo las Normas para publicar casos clínicos quirúrgicos[9].

c) Posoperatorio

Una vez culminado el acto operatorio, la paciente se traslada a la Unidad Posanestésica (UPA). En su fase inmediata, se observa consciente, ventilando espontáneamente, con bloqueo en miembros inferiores de la anestesia conductiva subaracnoidea, sonda vesical conectada a cistoflo, con orinas claras, cura limpia y seca, con vía periférica permeable recibiendo infusión analgésica de Ketoprofeno 100 mg, Tramal 100 mg, Ondansetrón 8 mg en 250 cc de solución fisiológica a goteo lento. Se brindaron cuidados enfermeros aportando oxigenoterapia por máscara facial a 3 litros x minuto, control de constantes vitales (tensión arterial, pulso, respiración, SpO_2), dentro de los valores normales. Se cumplieron órdenes delegadas para mantener umbral del dolor bajo, de acuerdo a la escala de EVA13 (0 no dolor y 10 dolor intenso), se evaluó el bloqueo motor de miembros inferiores, según escala de Bromage, obteniendo 0 puntos (fuerza motora completa) y,

cumplidas dos horas de recuperación, fue egresada por el anestesiólogo a sala de cuidados intermedios de hospitalización.

— DISCUSIÓN

Desde la introducción de la histerectomía mínimamente invasiva en la práctica quirúrgica se han publicado innumerables estudios que intentan destacar las ventajas de una técnica sobre la otra y en no pocas ocasiones presentan como método de referencia a una sola variante de histerectomía ya sea abierta o laparoscópica[10]. Sugieren que uno de los principales factores para tener en cuenta a la hora de aplicar una de las técnicas disponibles de esta intervención es el que se refiere a las características clínicas e individuales que presente cada paciente.

Es decir, no existe una técnica de histerectomía que pueda ser aplicada a todas las pacientes por igual. El análisis de presupuesto por procedimiento y de la calidad de vida de las mismas sometidas a una u otra técnica son factores importantes al considerar la aplicación a cada de una de ellas, razón por la cual, la histerectomía mínimamente invasiva favorece los costos por estar asociada a un menor tiempo de hospitalización y una recuperación más rápida[11].

Otro factor importante que involucra la atención del equipo de salud en esta intervención, son las complicaciones por infecciones; por lo que, una correcta técnica quirúrgica, cumplimiento de protocolos y la administración de antibióticos profilácticos por parte del personal de enfermería se traduce en una disminución significativa de la aparición de efectos secunadarios[12].

— CONCLUSIÓN

Luego de la satisfactoria culminación de este estudio clínico, se ha llegado a la conclusión de que la atención de enfermería en el perioperatorio es indispensable para la prevención oportuna de complicaciones. La utilización del Proceso Enfermero aplicado a las pacientes histerectomizadas, amplía una visión del cuidado de manera holística, tomando en cuenta las necesidades básicas del paciente que integran los elementos del cuidado enfermero. Cabe destacar que para la aplicación de este proceso es necesario mantener un elevado grado de interacción con el paciente y con el familiar del mismo.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López M. Histerectomía: riesgos y beneficios. [Internet]. 2022 [consultado 2024 marzo 17] Disponible en: https://www.topdoctors.mx/articulos-medicos/histerectomia-riesgos-y-beneficios/
2. Mendoza Romero J, Alonzo J, DiCriscio R, Pérez Canto G, Teppa Garrán A. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Rev. obstet. ginecol. Venezuela. [Internet]. 2005 [consultado 2024 marzo 10]; 65(2):69-75. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-419084
3. López P, Guerrero J, Quizhpe E. Estudio Retrospectivo: Histerectomía Abdominal vs Histerectomía Vaginal, Análisis de Complicaciones Hospitalarias. Hospital San Francisco de Quito.

Quito - Ecuador, 2014 – 2015. Rev Med HJCA [Internet] 2018 [consultado 2024 marzo 17]; 10(2):121 -125. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/11/1000253/117-texto-del-articulo-187-1-10-20200124-1.pdf

4. Oficina para la Salud de la Mujer (OASH). Histerectomía. [Internet] 2022 [consultado 2024 marzo 10]. Disponible en: https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/hysterectomy

5. Chinolla-Arellano Z, Bañuelos-Rodríguez J, Martínez-Sevilla V, García-Bello J. Complicaciones de la histerectomía total laparoscópica en pacientes de un hospital de alta especialidad. Cirugía y Cirujanos. [Internet] 2021 [consultado 2024 marzo 17]; 89(3):347-353. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v89n3/0009-7411-cir-89-3-347.pdf

6. Herdman H, Kamitsuru S, Takao C. (eds.). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a. ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2021 [consultado 2023 mayo 17]. Disponible en: https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html

7. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5a. ed. [Internet] España: ELSEVIER; 2014 [consultado 2024 marzo 17]. Disponible en: https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf

8. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a. ed. [Internet]. España: Elsevier; 2014 [consultado 2024 marzo 17]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC

9. Fernández A, Vega M. Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2023.

10. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The BMJ [Internet]. 2005 [consultado 2024 mayo 4]; 330(7506):1478. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/7768132_Johnson_N_Barlow_D_Lethaby_A_Tavender_E_Curr_L_Garry_R_Methods_of_hysterectomy_systematic_review_and_meta-analysis_of_randomised_controlled_trials

11. Sculpher M, Manca A, Abbott J, Fountain J, Mason S, Garry R. Cost effectiveness analysis of laparoscopic hysterectomy compared with standard hysterectomy: results from a randomised trial. The BMJ [Internet]. 2004 [consultado 2024 mayo 4]; 328(7432):134. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14711748/

12. Swearingen PL. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.