PARANINFO DIGITAL
MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016
Disponible en: http://www.index-f.com/para/n25/206.php

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.
Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" **V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería**, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Plan de cuidados en paciente con cirugía ginecológica: a propósito de un caso**

Autores Fernando *Fernández Álvarez*, Susana *Gómez Coca*, Elena María *Villamor Ruiz*
Centro/institución Hospital General Básico de Baza, Servicio Andaluz de Salud (SAS)
Ciudad/país Granada, España
Dirección e-mail fernandue@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El prolapso genital total es el descenso del útero, vejiga y recto asociado con mucosa vaginal anterior y posterior. Hay varios tipos. Histerocele es el descenso del útero; cistocele es el descenso de la vejiga y rectocele el descenso del recto. Suelen ir asociados (ejemplo: cisto-rectocele).
La causas más frecuentes son el parto por desgarros o distensión; la menopausia, por la disminución de estrógenos y en profesiones que conlleven ejercicios violentos. En nulíparas se produce excepcionalmente por debilidad congénita de ligamentos.
La clínica que se presenta es dolor en bajo vientre, pesadez, sensación de cuerpo extraño intrapélvico, trastornos urinarios tales como infecciones urinarias de repetición, incontinencia urinaria total, perdida involuntaria de orina y trastornos rectales.
Prolapso uterino o histerocele es una forma de descenso genital femenino. También se llama prolapso del órgano pélvico o prolapso de la matriz[1].
La causa más común es trauma al dar a luz, en particular en partos múltiples o complicados. Alrededor del 50% de las mujeres que han tenido hijos desarrollan alguna forma de prolapso uterino en su vida. Es más común conforme las mujeres envejecen, particularmente en las que han pasado la menopausia[2].
El útero (matriz) normalmente se mantiene en su lugar gracias a un soporte de músculos y ligamentos. El prolapso ocurre cuando los ligamentos que soportan el útero se vuelven tan débiles que el útero no se sujeta y desciende de su posición habitual. Estos ligamentos son: el ligamento redondo del útero, los ligamentos recto-uterinos, el ligamento ancho del útero y el ligamento útero-ovárico. Los ligamentos recto-uterinos

(también llamados útero-sacros) son con mucho los más importantes para prevenir el prolapso uterino[3]. El prolapso uterino se corrige quirúrgicamente.

Presentación del caso

El siguiente trabajo de investigación es un plan de cuidados correspondiente al período de prácticas en el quirófano del Hospital de Baza (Granada) en la primavera del año 2013. Para garantizar el derecho a la protección de datos del paciente utilizaremos durante todo el desarrollo del plan de cuidados las iníciales del nombre del enfermo R.F.P.
Dicha paciente es una mujer de 69 años de edad, residente en el término municipal de Huéscar en Granada, vive con su marido y tiene cuatro hijos independizados.
Ingresa en el servicio de urgencias del Hospital de Baza por pérdida de orina involuntaria, disuria y polaquiuria. Tras ser vista por médico de urgencias y derivada a ginecólogo es diagnosticada de prolapso vaginal total e histerocele (descenso de útero).
Esta usuaria presenta alergia a las sulfamidas y aines. Es diabética no insulinodependiente e hipertensa. Fue intervenida de apendicectomía en 1974 y de tiroidotomía en 1983. Padece de hernia de hiato esofágico y escoliosis lumbar y sacra.
Como tratamiento farmacológico toma replaginida, captopril, eutirox y pantoprazol.

Situación actual

La paciente en el postoperatorio presenta bloqueo nervioso como efecto adverso de utilización de analgesia epidural en la sala de reanimación. Paralelamente presente fuerte dolor que es tratado con analgésicos narcóticos prescritos.
A los dos días de estar en planta presenta fuerte hemorragia intrauterina que precisa intervención rápida en quirófano para cauterización de vaso sanguíneo.
Desde su llegada a planta ha estado con una dieta diabética y baja en sal y abundante sueroterapia con cristaloides para restablecer las pérdidas sanguíneas. La paciente refiere que tiene poco apetito en el postoperatorio y sensación nauseosa frecuente.
Observamos buena hidratación de mucosas y piel íntegra.
En estos días precisa enemas por recrudecimiento de su estreñimiento patológico.
Lleva sondaje vesical desde que salió de quirófano y la orina es abundante aunque presenta tinte hematúrico.
Antes era independiente para las actividades de la vida diaria. En el postoperatorio precisa ayuda para ir WC. Puede deambular en la habitación.
Está orientada en tiempo y espacio. La paciente es consciente de su estado de salud y por el momento que está atravesando. Lo acepta aunque percibe su imagen corporal como negativa por los trastornos fisiológicos y físicos por los que está pasando.
Considera la religión evangélica como pilar fundamental en su vida y motor de fe e inspiración.

Valoración de Enfermería según patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Los métodos utilizados para la recogida de datos han sido la observación, la exploración física y una entrevista con la paciente y su marido como cuidador informal. Paralelamente se han extraído datos de su historia clínica.

Patrón percepción- manejo de la salud

La paciente describe su estado de salud actual, describe estados de salud anteriores y da importancia al mismo. Acepta su situación de enfermedad y describe la medicación que toma. Presenta como hábitos de control de salud la revisión preventiva del cáncer de mama y cuello de útero. La usuaria sigue el tratamiento prescrito y realiza una dieta específica diabética y baja en sodio. Refiere solo caminar 1 o 2 días en semana 30 minutos. No presenta hábitos tóxicos.

Patrón nutricional-metabólico

La paciente realiza las comidas la mayoría de veces en su casa. Realiza 4 comidas al día. Ingiere 1.5 litros de agua al día. Su peso es de 83 Kg. Presenta un apetito aumentado. Tiene buena higiene dental aunque presenta falta de piezas dentarias.

Patrón eliminación

Presenta un hábito intestinal de estreñimiento. Toma laxantes. Presenta incontinencia urinaria, disuria, polaquiuria y dolor. Usa dos absorbentes al día.

Patrón actividad-ejercicio

Ella es independiente para las actividades de la vida cotidiana, comparte las tareas domésticas y es independiente para su auto-cuidado. Es pensionista.

Patrón sueño-descanso

No presenta insomnio ya que duerme 8 horas al día, no precisando ningún hipnótico.

Patrón cognitivo-perceptual

Presenta un estado mental de alerta, un lenguaje natural y ninguna alteración sensorial así como orientación temporo-espacial adecuado.

Patrón autopercepción-autoconcepto

Tiene ansiedad y temor relacionada con la intervención y baja autoestima derivado de la incontinencia urinaria presente lo que le hace expresar desagrado con su imagen corporal.

Patrón rol-relaciones

Vive con su pareja. Tiene pocas relaciones con amigos. Pertenece y participa en los ritos de la iglesia católica. Su sistema de apoyo principal es la familia.

Patrón sexualidad-reproducción

Presenta disfunción sexual por partos con desgarros y distensión. Ha tenido 4 embarazos y 1 aborto. Presenta menopausia y sangrado vaginal postmenopaúsico.

Patrón adaptación-tolerancia al estrés

Toma decisiones con ayuda de esposo e hijos. Tolera con dificultad los momentos de estrés y los cambios importantes.

Patrón valoración-creencias

No expresa cambios de valores. Da mucha importancia a su vida religiosa como creyente. Sus creencias le ayudan en el control de ansiedad.

Plan de cuidados

Tras la valoración se detectan los siguientes diagnósticos: Incontinencia urinaria total, riesgo de infección, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, ansiedad, dolor agudo y estreñimiento. Durante el proceso, se determina un manejo efectivo del régimen terapéutico. Para ello se han utilizando taxonomía NANDA[4] (North American Nursing Diagnosis Association), NOC[6] (Nursing Outcomes Classification) y NIC[5] (Nursing Interventions Classification).

Fase diagnóstica

Diagnósticos de Enfermería[4].
1- Incontinencia urinaria total r/c (relacionado con) contracción independiente del reflejo detrusor debida a cirugía m/p (manifestado por) falta de conciencia del llenado vesical. Código: 00021. (Tabla 1).

(Tabla 1, Plan de cuidados de Incontinencia urinaria total)

NOC	NIC
0502 Continencia urinaria.	0610 Cuidados de la incontinencia urinaria. - Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones. - Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, color, volumen y olor. - Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente. - Ayudar a desarrollar / mantener un sentimiento de esperanza. - Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.
	0600 Entrenamiento del hábito urinario. - Establecer una hora de comienzo y final para el horario de ir al aseo si no se producen episodios en 24 h. - Establecer un intervalo para ir al aseo preferiblemente no inferior a dos horas.
	0560 Ejercicios de suelo pélvico. - Enseñar a la paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal. - Enseñar a la paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos, glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios.

2- Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo. Código: 00004. (Tabla 2).

(Tabla 2, Plan de cuidados de Riesgo de infección)

NOC	NIC
0703 Estado infeccioso.	6540 Control de las infecciones -Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según los consejos de los centros para el control de enfermedades. -Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. -Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. -Aislar a las personas expuestas a enfermedades trasmisibles. -Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados, si procede.
	6550 Protección contra las infecciones -Mantener las normas de asepsia. -Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje de la piel y las membranas mucosas.

3- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos, inmovilización física y humedad. Código: 00047. (Tabla 3).

(Tabla 3, Plan de cuidados de Riesgo de deterioro de la integridad cutánea)

NOC	NIC
1101 Integridad tisular de piel y mucosas	3540 Prevención de úlceras por presión -Cambios posturales cada 4 horas. -Alta ingesta de proteínas.
	3590. Vigilancia de la piel -Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas. -Valorar el estado de la zona de incisión. -Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. -Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.

4- Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p incertidumbre y nerviosismo. Código: 00146. (Tabla 4).

(Tabla 4, Plan de cuidados de Ansiedad)

NOC	NIC
1402 Control de la ansiedad.	5230 Aumentar el afrontamiento. -Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado. - Valorar el impacto en la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.

5- Dolor agudo r/c factores lesivos m/p posición antiálgica para evitar el dolor. Código: 00132. (Tabla 5)

(Tabla 5, Plan de cuidados de Dolor agudo)

NOC	NIC
1605 Control del dolor.	1400 Manejo del dolor. -Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
2101 Nivel de dolor.	2210 Administración de analgésicos. - Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. - Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
	2380 Manejo de la medicación. -Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

6- Estreñimiento r/c poca motilidad gastrointestinal m/p eliminación de heces duras, secas y formadas. Código: 00011. (Tabla 6)

(Tabla 6, Plan de cuidados de Estreñimiento)

NOC	NIC
1008 Estado nutricional.	0440 Entrenamiento hábito intestinal. - Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas relacionadas. - Consultar al médico y al paciente respecto del uso de supositorios. - Enseñar al paciente / familia, los principios de la educación intestinal. - Instruir al paciente sobre alimentos con alto contenido en fibras.

Fase de planificación

En esta fase se escogieron los resultados de enfermería (con sus indicadores) basándonos en las intervenciones de enfermería (con sus actividades) utilizando la taxonomía NIC[5] y los objetivos en la taxonomía NOC[6.]

Fase de ejecución y evaluación

A la semana del postoperatorio y teniendo presente el informe de continuidad de cuidados de enfermería para rellenar previo al alta del paciente se observa lo siguiente.
Se han alcanzado los objetivos propuestos para el diagnóstico dolor agudo, por lo que finaliza el plan de cuidados para ese diagnóstico.

Respecto al diagnóstico de ansiedad, la cuidadora se encuentra más tranquila y segura de sí misma. Se le vuelve a pasar el cuestionario: Cribado ansiedad-depresión, escala de Goldberg, subescala de ansiedad. Actualmente no existe ansiedad en la cuidadora y se finaliza el plan de cuidados para este diagnóstico.
En cuanto al diagnóstico riesgo de infección, se han alcanzado los objetivos propuestos para ese diagnóstico, así como para el diagnóstico de incontinencia urinaria total.
También se ha alcanzado el objetivo propuesto para el Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Le insistimos en la importancia de los cambios cada 2-3 horas.
Tras la evaluación del plan de cuidados, observamos que se han solucionado cinco de los seis diagnósticos propuestos. Después de la evaluación, se continúa con el plan de cuidados de aquellos problemas que no se han resuelto. Se recomienda volver a evaluar mensualmente para detectar problemas potenciales antes de que aparezcan.

Discusión

En el caso que presentamos, no solamente debemos tener en cuenta a la paciente, sino también a su cuidador. El principal problema a resolver era la falta de conocimientos para poder afrontar esta nueva situación. Tras aplicar el plan de cuidados, tanto la usuaria como el cuidador conocen la enfermedad y todo lo relativo a sus cuidados. Además, conocen los recursos sanitarios a los que pueden acudir, si así lo precisara. El seguimiento del paciente durante este periodo de tiempo ha evitado que aparezca una de las complicaciones más frecuentes la infección urinaria.
El plan de cuidados realizado ha ayudado a resolver los cinco diagnósticos principales, que son el dolor, la ansiedad, el riesgo de infección, el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y la incontinencia urinaria.
El diagnóstico de estreñimiento sigue sin resolverse porque los factores de riesgo van a persistir.
Actualmente, la evolución del paciente es favorable pero es necesario que se continúe aplicando correctamente el plan de cuidados para prevenir la aparición de complicaciones.

Conclusión

Si comparamos las intervenciones realizadas con las encontradas en la literatura científica, podemos observar que son las medidas más eficaces y habituales en el cuidado del paciente intervenido de prolapso vaginal total.
Las limitaciones radican en la educación para la salud y en proporcionar información sobre su intervención, ya que las actuaciones de las intervenciones quirúrgicas están centradas sobre todo en su curación y no tanto en la educación para la salud, por lo que se encontró falta de tiempo para ofrecerlas. Futuros trabajos podrían centrarse en aspectos de complicaciones post-quirúrgicas más comunes, que en este caso no han ocurrido, y en cómo se debe tratar la preocupación y ansiedad del paciente antes estas complicaciones.

Bibliografía

1. Käser O, Iklé FA, Hirsch HA. “Atlas de operaciones ginecológicas”. 5ª edición. Ed. Marbán. Madrid, 2000.
2. Kimberly B. Fortner, Linda M. Szymanski, Harold E. Fox, Edward E. Wallach. “Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics”. 3rd edition. Ed. Lippincott Williams and Wilkins. USA, 2007.
3. Masson. Diccionario Médico. Ed. Masson SA, 1998 (4ª ed.).
4. T. Heather Herdman. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier, 2012.
5. McCloskey JC, Bulecheck GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Madrid: Elsevier, 2009 (4ª ed.).
6. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier Mosby España, SL; 2009.