



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

E. U. de Enfermería y Fisioterapia

Grado en enfermería

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Trabajo de carácter profesional

HISTERECTOMÍA: TIPOS DE ABORDAJE Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Paula Franco Carrero

Tutora: Alejandra Plaza García

Salamanca, 8 de mayo de 2017

ÍNDICE

Abreviaturas

Resumen	1
1. Introducción	1
2. Objetivos	2
2.1. Objetivos generales	2
2.2. Objetivos específicos	2
3. Marco teórico: histerectomía.....	2
3.1. Definición y clasificación.....	2
3.2. Anatomía y fisiología del útero y sus anejos.....	3
3.2.1. Ovarios.....	3
3.2.2. Trompas de Falopio	3
3.2.3. Útero.....	3
3.3. La histerectomía a lo largo de la historia	4
3.4. Tipos de abordaje	5
3.4.1. Histerectomía abdominal	5
3.4.2. Histerectomía vaginal	5
3.4.3. Histerectomía laparoscópica	6
3.5. Indicaciones.....	7
3.5.1. Ginecológicas	7
3.5.2. Obstétricas	7
3.6. Complicaciones	8
3.6.1. Quirúrgicas	8
3.6.2. Médicas	9
3.6.3. Psicológicas	9
4. Proceso de atención de enfermería.....	10
4.1. Valoración	11
4.2. Plan de cuidados estandarizado	13
5. Conclusiones	24
6. Bibliografía	26
7. Anexos	30
7.1. Evaluación preoperatoria	30

7.2. Daños neurológicos menos comunes asociados a la histerectomía...	30
7.3. Manipulador uterino de Clermont Ferrand.....	31
7.4. Colocación de los puertos laparoscópicos	33
7.5. Maneras de realizar una histerectomía	34
7.6. Abordaje de la histerectomía abdominal	34

Abreviaturas

- ACOG: American Collage of Obstetriciansand Gynecologist
- H: histerectomía
- HA: histerectomía abdominal
- HAT: histerectomía abdominal total
- HL: histerectomía laparoscópica
- HO: histerectomía obstétrica
- HR: histerectomía radical
- HRL: histerectomía radical laparoscópica
- HRLT: histerectomía radical laparoscópica total
- HS: histerectomía subtotal
- HSA: histerectomía subtotal abdominal
- HSL: histerectomía supracervical laparoscópica
- HT: histerectomía total
- HTL: histerectomía total laparoscópica
- HVAL: histerectomía vaginal asistida por laparoscopia
- HV: histerectomía vaginal
- m/p: manifestado por
- NANDA: North American Nursing Diagnosis Association
- NIC: Nursing Interventions Classification
- NOC: Nursing Outcomes Classification
- PAE: proceso de atención de enfermería
- r/c: relacionado con
- SP: suelo pélvico
- U: útero

Resumen

La histerectomía es una de las cirugías más practicadas en el mundo y genera fuertes reacciones emocionales con un reconocido efecto negativo sobre la recuperación posquirúrgica. Por esto se puede sostener, con toda la información buscada y evidencia, que es imprescindible ofrecer alternativas quirúrgicas para todas las pacientes sometidas a procedimientos ginecológicos ya que la cirugía de menor invasión y más conservadora traerá consigo menores problemas o complicaciones postoperatorias.

El objetivo de este trabajo fin de grado de tipo profesional es 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.

Puedo concluir 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.

Palabras clave: histerectomía, plan de cuidados, pacientes histerectomizadas.

1. Introducción

El útero (U) es un órgano que representa un papel fundamental en la identificación y definición social de la mujer. Tiene una importante repercusión tanto en la esfera biológica como en la psicológica por su alto significado simbólico en la vinculación sociocultural a la feminidad, el ciclo menstrual y la maternidad, por ello sea cual sea la causa que conlleve la realización de la histerectomía (H) esta supone un proceso complejo para la mujer. El someterse a cualquier cirugía genera preocupaciones y complicaciones potenciales, pero en este caso se suma la pérdida de un órgano necesario para la capacidad reproductiva, y que supone una parte de su sexualidad, su identificación y su definición social. Algunos estudios muestran el impacto que la H, y los mitos asociados a ella, pueden ejercer en las relaciones de pareja y en la alteración de la autoestima y los sentimientos de la mujer ¹.

La H constituye el procedimiento quirúrgico mayor más frecuente en ginecología y la segunda cirugía ginecológica, después de la cesárea, en mujeres que se encuentran en edad reproductiva ^{1,2}. Se estima que en Estados Unidos se realizan unas 650.000 H cada año. La mayoría se encuentra en el grupo de edad de 40 a 44 años y en mujeres entre los 45 y 54 años se ha observado que la frecuencia de esta cirugía aumentó desde 8,9 por 1000 en 1994 a 10 por 1000 en 1999. Las tasas de mayor número de H de Australia (40%) y Estados Unidos (36%); y las menores las de Europa: Italia (15.5%) y Francia (8.5%).

Por otra parte debemos referirnos a la histerectomía obstétrica (HO). En México la incidencia se encuentra entre 0.5-0.9%, en EEUU entre 0.4 a 2.28 por 1000 nacimientos según un estudio del 2012. Y, en Venezuela, la incidencia de esta ha aumentado al triple en los últimos 33 años, siendo en 1984 del 0.05%, en 1996 del 0.10% y en 2008 del 0.16% ³.

Existen diferencias geográficas, demográficas y en cuanto a la raza. En el año 2005, en mujeres caucásicas, afro-americanas e hispanas la indicación más frecuente de H fue el leiomioma uterino, 33%, 70% y 46% respectivamente; seguido de trastornos menstruales en los dos primeros grupos y de prolapso en hispanas ⁴.

2. Objetivos

2.1. Objetivos generales

- Definir el concepto de H, tipos y vías de abordaje de esta.
- Realizar un plan de cuidados estandarizado para mujeres histerectomizadas.

2.2. Objetivos específicos

- Conocer las indicaciones de la H, y comparar las ventajas de los diversos tipos de abordaje.
- Describir las complicaciones de la H, además de establecer la afectación psicológica que supone el someterse a ella.
- Valorar como se ve afectada la sexualidad en mujeres histerectomizadas.
- Estimar las necesidades alteradas en pacientes que deben ser sometidas a H y realizar un proceso de atención de enfermería (PAE).
- Evaluar las consecuencias positivas de la H en la calidad de vida.

3. Marco teórico

3.1. Definición y clasificación

Se basa en la extirpación del U, ya sea parcial o totalmente (*figura 1*). A veces se extirpan también las trompas de Falopio e incluso los ovarios ^{1,5}.

- Histerectomía subtotal (HS): en esta se extirpa el U pero cuello uterino, ovarios y trompas de Falopio quedan intactos.
- Histerectomía total (HT): U y cuello uterino son extirpados pero se dejan ovarios y trompas de Falopio.
- Histerectomía radical (HR): se extirpan U, cuello uterino, ovarios trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis.

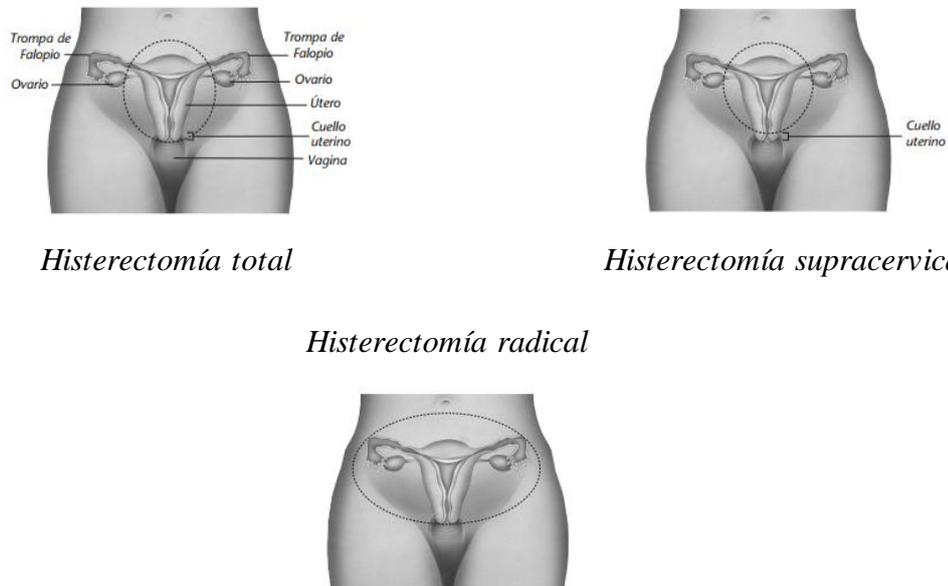


Figura 1: tipos de histerectomía ⁶.

3.2. Anatomía y fisiología del útero y sus anejos

3.2.1. Ovarios

El ovario es la glándula sexual femenina, que con su secreción interna endocrina asegura los caracteres de la feminidad y gracias a la secreción externa elabora los ovocitos primarios y secundarios, esto son, células genitales femeninas. Tiene forma ovoide y aplastada. Existen 2 ovarios, situados en la pelvis menor ⁷.

3.2.2. Trompas de Falopio

La trompa uterina, trompa de Falopio u oviducto es un conducto muscular y bilateral, que se extiende desde la extremidad tubárica del ovario hasta el cuerno del U. Esta tapizada por mucosa y conduce al ovocito hacia la cavidad uterina ⁷.

3.2.3. Útero

El U o matriz (*figura 2*) es un órgano muscular profundo, con forma de pera y paredes gruesas. El cuerpo supone dos terceras partes del órgano y está delimitado desde el cuello por el istmo uterino. Es la parte redondeada superior a los orificios de las trompas uterinas. El cuello o cérvix abarca una tercera parte, es estrecho y cilíndrico. Este yace sobre la pelvis menor, con su cuerpo sobre la vejiga y su cuello entre esta y el recto.

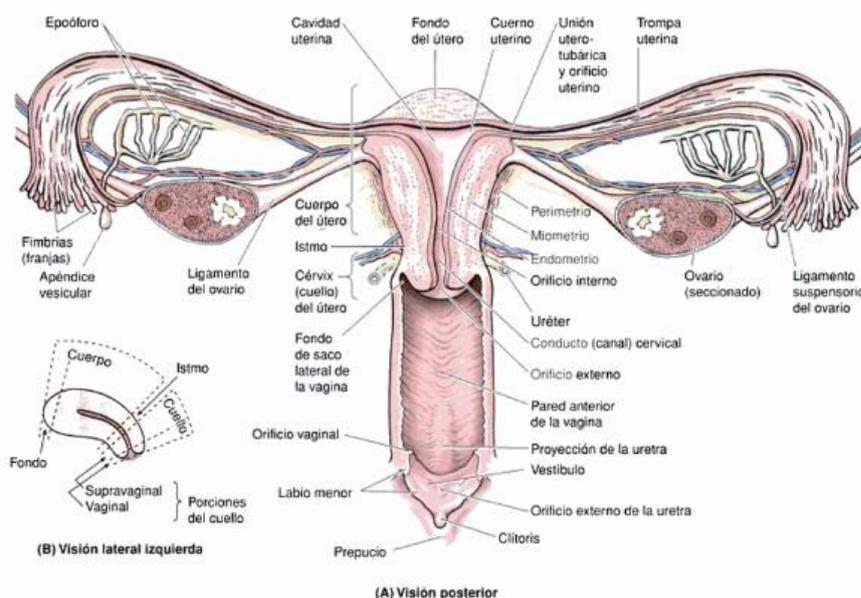


Figura 2: órganos genitales femeninos internos ⁷.

El embrión y feto se desarrollan en el U el cual adapta sus paredes musculares al crecimiento de este y suministra fuerza para su expulsión durante el parto (*figura 3*) ⁷.

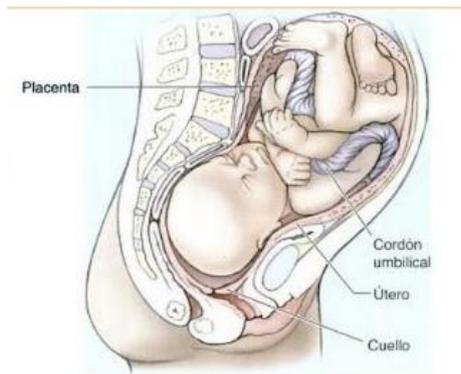


Figura 3: Útero al final del embarazo ⁷.

3.3. La histerectomía a lo largo de la historia

La primera histerectomía vaginal (HV) fue realizada por Conrad Langenbeck en 1813, Walter Burnham fue quien realizó la primera histerectomía subtotal abdominal (HSA) en 1853 y 10 años más tarde Clay y Koeberle realizaron la primera histerectomía abdominal (HA). Con la llegada de la técnica laparoscópica descrita por Reich se reanudó la discusión acerca de la mejor vía de abordaje, cuestionando las preferencias tradicionales: vaginal y abdominal. La primera histerectomía laparoscópica (HL) fue llevada a cabo por Harry Reich en 1988.

La HO fue desarrollada a fines del siglo XVIII para facilitar la supervivencia de las mujeres después de haber sido sometidas a una cesárea ⁸.

3.4. Tipos de abordaje

Actualmente se puede abordar la H con un mayor número de opciones, cada una de ellas con diferentes ventajas y limitaciones ². La elección de una u otra dependerá de las cirugías previas, características de la mujer, tamaño y movilidad del útero y de la morbilidad asociada ⁹. Debido al daño que pueden sufrir tanto nervios como estructuras de soporte, la técnica más adecuada será aquella que permita preservar indemne el suelo pélvico (SP) ².

Tradicionalmente la más usada ha sido la vía abdominal, sin embargo la gran mayoría de las HA pueden evitarse por el abordaje laparoscópico, incluidos los casos con adherencias abdominopélvicas, tumores anexiales y endometriosis. La HV ha sido una alternativa útil a la HA, por suponer una recuperación más rápida de la paciente, mínimo trauma quirúrgico, menor dolor posoperatorio y, asimismo, menor tasa de

infecciones ^{8, 10}. La HL se introdujo para reemplazar la HA, encontrando como ventajas menor dolor postoperatorio, estancia hospitalaria corta y recuperación más rápida ¹⁰.

3.4.1. Histerectomía abdominal

Permite al cirujano la palpación directa de los órganos pélvicos, sin embargo puede producir mayor dolor postoperatorio y favorecer la formación de adherencias, dejando cicatriz abdominal, y no siempre se obtiene mejor visión de la cavidad abdominopélvica.

Comparando HT con HS, esta última supone una recuperación más rápida y menor posibilidad de complicaciones.

Una revisión publicada en 2003 mostró que los ginecólogos siguen llevando a cabo la HAT porque conocen mejor esta técnica y ven necesario remover el cuello del U debido al futuro riesgo de cáncer, sin embargo, la American Collage of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) cree conveniente que la HAT se reduzca a un 30% o menos de las indicaciones, para disminuir la morbilidad asociada a esta técnica quirúrgica ².

3.4.2. Histerectomía vaginal

Facilita la apertura del fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas, la sección de los ligamentos úterosacros y cardinales, así como de ambas arterias uterinas. El problema fundamental de la HV es la escasa visualización de la parte superior de la pelvis ². Conlleva menor tiempo de intervención quirúrgica, menores secuelas sobre vísceras abdominales, menores complicaciones postoperatorias y desventajas estéticas.

No está indicada en todos los casos. Será de elección, aunque no exista prolapso, siempre que se trate de casos típicos o no complejos. Para poder realizarla deben cumplirse algunos aspectos, como experiencia y conocimiento de la técnica, útero móvil y que su volumen no sea mayor de un puño, estructuras ósea y musculoaponeuróticas de la pelvis que permitan campo operatorio, anejos sin afección importante y, por supuesto, instrumental apropiado ¹¹. Cuando el útero sea muy grande o haya adherencias no será posible realizar la HV ⁶.

3.4.3. Histerectomía laparoscópica

Utilizada para el diagnóstico y posterior tratamiento de patologías como adherencias y endometriosis, la remoción ovárica, sección del ligamento ancho, identificación de los uréteres, y la realización de una hemostasia minuciosa. Harry Reich diferenció las distintas modalidades de HL (*tabla 1*)².

- Laparoscopia diagnóstica con histerectomía vaginal
- Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL)
- Histerectomía laparoscópica
- Histerectomía laparoscópica total (HLT)
- Histerectomía laparoscópica supracervical (HLS); incluye CASH (*classical abdominal Semm hysterectomy*)
- Histerectomía vaginal con suspensión laparoscópica de cúpula
- Histerectomía laparoscópica con linfadenectomía
- Histerectomía laparoscópica con linfadenectomía y omentectomía
- Histerectomía radical laparoscópica con linfadenectomía

La histerectomía supracervical laparoscópica (HSL) surgió en 1989 y proporcionó lo mismo que la histerectomía total laparoscópica (HTL) pero conservando el SP indemne. Asimismo acorta los tiempos operatorios, siendo un procedimiento mínimamente invasivo y asociado a menor pérdida de la función sexual, menores complicaciones, lesiones y síntomas urinarios².

Tabla 1: Clasificación HL de acuerdo a Harry Reich¹².

La histerectomía radical laparoscópica total (HRLT) es una técnica viable en la gran mayoría de pacientes con cáncer de cérvix. Precisa de un mayor tiempo operatorio que la vía abdominal, en cambio tiene una menor morbilidad perioperatoria además de una menor necesidad de transfusiones y estancia hospitalaria¹³.

3.5. Indicaciones

3.5.1. Ginecológicas

En ciertas ocasiones puede ser necesaria la extirpación del U por presentar afecciones tanto benignas como malignas¹¹.

- Hemorragia uterina anormal
- Problemas de apoyo uterino, como es el prolapso uterino.

- Dolor pélvico crónico en relación a adherencias, secundarias a enfermedad inflamatoria pélvica o cirugía previa.
- Adenomiosis.
- Miomatosis uterina: miomas, también denominados leiomiomas.
- Fibroma uterino: Es la causa más frecuente por la que se realiza H.
- Lesiones premalignas del U como la neoplasia intraepitelial cervical.
- Afecciones malignas del U, como son carcinoma de cuello de U, o adenocarcinoma uterino.
- Cáncer de ovario.
- Hiperplasia endometrial: si es atípica la H es una indicación absoluta.

En el año 2005 en Estados Unidos la indicación más frecuente para la HA fue el leiomioma uterino (62%), en cambio el prolapso representó el 62% de las indicaciones para la HV, y el sangrado anormal supuso el 53% para la HL ⁴.

3.5.2. Obstétricas

La HO es un procedimiento quirúrgico llevado a cabo después de una cesárea, parto, legrado o durante el puerperio mediano o tardío y está indicada para resolver las complicaciones que ponen en peligro la vida de la mujer por aumentar el riesgo de hemorragia. Las principales indicaciones son aquellas complicaciones que provocan hemorragia, como trastornos placentarios, incluidos placenta previa o acreta, atonía, rotura uterina y procesos infecciosos. La probabilidad se ve aumentada cuando hay antecedentes de cesárea en mujeres con embarazo de alto riesgo.

En ciertos momentos, a pesar de la existencia de diferentes procedimientos o medicamentos uterotónicos (*tabla 2*), no es posible controlar las complicaciones por lo que es preferible terminar con la fertilidad antes que arriesgar la vida de la mujer ¹⁴. La H posparto tiene que ser subtotal, excepto cuando se ven afectados el cuello y el segmento uterino inferior. A veces se requiere HT, en caso de que se haya desgarrado el segmento inferior, cuando se extiende hasta el cuello uterino, o si tras una placenta previa hay sangrado ¹⁵.

Fármaco	Dosis	Efectos secundarios	Contraindicación
1º. Oxitocina (Syntocinon®) (Pitocin®) <i>(nivel de evidencia III)</i>	10 U IM/IMM ó 5 U IV en bolo lento ó 10-40 U /l en dilución	Ninguno. Contracciones dolorosas, náuseas, vómitos, intoxicación acuosa (a dosis muy altas).	Hipersensibilidad al fármaco.
2º. Metilergometrina (Methergin®) <i>(nivel de evidencia III)</i>	0.25 mg IM/IMM ó 0.125 mg IV cada 5' (máximo 5 dosis)	Vasoespasma periférico, hipertensión, nauseas, vómito.	Hipertensión, hipersensibilidad al fármaco.
3º. Carboprost = Pg F2α (Hemabate®) <i>(nivel de evidencia Ib)</i>	250 µg IM/IMM cada 15' (máximo 8 dosis)	Broncoespasmo, enrojecimiento, diarrea, náusea, vómitos, desaturación de oxígeno.	Enfermedad hepática, cardíaca, pulmonar (asma) o renal activa, hipersensibilidad al fármaco.

U: unidades, **IM:** intramuscular, **IMM:** intramiométrica, **IV:** intravenoso, **Pg:** prostaglandina

Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible	
Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado.
IIa	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.
IIb	La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado.
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles.
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.

Tabla 2: medicamentos uterotónicos ¹⁶.

3.6. Complicaciones

En la HAT las complicaciones se encuentran entre el 9 y 41%, las de la HTL oscilan alrededor de un 10% y las de la HV se sitúan entre el 7 y 8%. Asimismo la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL), que fusiona las ventajas de la HL y la HV, tiene un porcentaje de complicaciones del 5%. Estas complicaciones pueden diferenciarse en quirúrgicas (11%), médicas (8%) y psicológicas ².

3.6.1. Quirúrgicas ⁴

- Hemorragias postquirúrgicas, que son más frecuentes en la HV que en la HA.
- Lesiones de órganos vecinos:
 - Vejiga: es más común en HV que HA.
 - Uréter: más frecuente en HA y HVAL.
 - Intestino: menos frecuente en HV que HA.
- Infección de la herida quirúrgica. Supone un 10.5% para la HA, 13.0% para la HV y 9% para la HL. Los abscesos de cúpula son más habituales en la HV.
- Neuropatía periférica.

3.6.2. Médicas

Estas suponen un 8%, y son enfermedades cardíacas, infecciones urinarias, neumonía, tromboembolismo, etc ^{17, 18}.

3.6.3. Psicológicas

La pérdida del U puede afectar a las esferas psicológica y social de la mujer. Supone una situación difícil de aceptar y puede influir y llegar a perjudicar la vida, tanto familiar como conyugal ¹⁹.

Analizando opiniones de varias mujeres se llegó a la conclusión, en el artículo "Vivencias y experiencias de mujeres a las que se les ha realizado una histerectomía", de que se pueden diferenciar tanto experiencias positivas, como negativas ¹.

La cirugía puede causar temor y ansiedad, generalmente por mitos o ideas preconcebidas socialmente sobre la identidad femenina, sexualidad, y maternidad tras la pérdida del U. La ansiedad es debida a la ausencia de control y a que la cirugía resulta impredecible. Todas estas alteraciones del estado de ánimo hacen que la recuperación postoperatoria se ralentice ^{1, 20}.

A pesar de esto, las vivencias tras la histerectomía suelen ser muy positivas por la desaparición de los síntomas, como el dolor, sangrado, incomodidad, así como por el mantenimiento de una sexualidad igual o mejor a la de antes de la cirugía, contribuyendo a una mejora de la calidad de vida. Suelen ser más proclives a una buena recuperación las mujeres que ya tuvieron hijos ¹.

La sexualidad determina como se define cada mujer a sí misma y en la sociedad y ayuda en la realización de sus roles, por lo que si se ve afectada podría repercutir en otros aspectos de la calidad de vida. Se deteriora significativamente en mujeres con menopausia quirúrgica, aumentando al triple las disfunciones sexuales en este período. Las mujeres tienen la creencia de que la H puede contribuir al distrés vaginal y a una disminución de la sensación genital, que a su vez disminuye la vasocongestión, reduciendo la multiplicidad de orgasmos. La existencia de una educación preoperatoria supondría un mejor afrontamiento del reinicio de la vida sexual.

Urrutia y colaboradores señalaron que el sexto mes tras la cirugía no existe diferencia respecto a la vida sexual previa, en relación a la frecuencia de relaciones sexuales,

percepción del deseo sexual, presencia y frecuencia de orgasmo y grado de satisfacción. En cambio, la prevalencia tanto de dispareunia como de incontinencia disminuyó significativamente ²¹.

4. Proceso de atención de enfermería

El PAE puede definirse como “El método sistemático y organizado de trabajo que, desarrollado dentro del marco conceptual delimitado por los modelos disciplinares del cuidado mediante conocimientos contrastados y lenguaje normalizado, permite garantizar la efectividad de los cuidados de enfermería prestados a la población, siguiendo la estructura del método científico” ²².

4.1. Valoración

Virginia Henderson se apoyó mucho en los principios de Florence Nightingale incorporando en su teoría principios psicológicos y fisiológicos a su concepto personal de enfermería. Esta teoría planteó los criterios acerca del entorno, la salud, persona y cuidados. Para establecer los objetivos se realizará la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y los factores que pueden modificarlas ²³.

- Necesidad 1: respiración

- Pretende conocer la función respiratoria de la persona.
- Puede verse afectada debido a la incapacidad o dificultad para expectorar por dolor en la herida quirúrgica o por la anestesia precisada durante la intervención.

- Necesidad 2: alimentación e hidratación adecuada

- Pretende conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud.
- Esta necesidad puede verse alterada, debido a la presencia de náuseas y vómitos como consecuencia de la anestesia.

- Necesidad 3: eliminación

- Pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona.
- Existe riesgo de estreñimiento debido a la inmovilidad y al dolor. Puede desarrollarse retención urinaria debido a efectos de la anestesia.

- **Necesidad 4: movilidad-actividad**
 - Pretende conocer las características de la actividad y ejercicio habitual de la persona.
 - La falta de actividad e inmovilidad dependerán de la recuperación tras la intervención quirúrgica. Se verá alterada por la afectación de la fuerza muscular tanto abdominal como en las extremidades inferiores tras la intervención.
- **Necesidad 5: reposo-sueño.**
 - Pretende conocer la efectividad del sueño y reposo habitual de la persona.
 - Puede verse alterado por los estímulos ambientales y ruidos del hospital, dolor, o la ansiedad.
- **Necesidad 6: vestirse.**
 - Pretende conocer la idoneidad del tipo y la calidad de la ropa utilizada por la persona, considerando esta necesidad de forma especial en los niños como adiestramiento social, y en inválidos e incapacitados como parte de la rehabilitación e independencia.
 - Debido a la restricción de la movilidad la paciente precisará ayuda para vestirse y desvestirse.
- **Necesidad 7: mantener la temperatura corporal**
 - Pretende conocer la idoneidad de la temperatura corporal.
 - Puede verse afectada debido a la intervención, y concretamente a la sedación. Si se desarrolla una infección la temperatura corporal también se verá afectada.
- **Necesidad 8: higiene/piel**
 - Pretende conocer la idoneidad de la higiene de la persona.
 - La paciente va a precisar ayuda parcial para la higiene corporal los primeros días tras la intervención.
- **Necesidad 9: evitar los peligros-seguridad**
 - Pretende conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre prevención de accidentes, caídas, quemaduras...
 - Esta necesidad puede verse comprometida tanto física como psicológicamente.

- **Necesidad 10: comunicación**
 - Pretende conocer la efectividad de la interacción social de la persona.
 - La paciente puede no sentirse cómoda con su cuerpo por lo que no querría relacionarse con otras personas, sumado a que durante un periodo de tiempo no podrá mantener relaciones sexuales.
- **Necesidad 11: creencias y valores**
 - Pretende conocer los hábitos del paciente en cuanto a creencias, valores y cultura para valorar su posible influencia en la salud.
 - Pueden verse afectados por depresión, ansiedad, estrés.
- **Necesidad 12: trabajar/realizarse**
 - Pretende conocer la efectividad del desarrollo de la actividad laboral de la persona.
 - Puede verse afectada porque la paciente tenga baja autoestima tras los cambios en su cuerpo.
- **Necesidad 13: recrearse**
 - Pretende conocer las aficiones y actividades de entretenimiento de la persona.
 - Puede verse afectada, debido a la alteración de la imagen corporal, así como por la baja autoestima.
- **Necesidad 14: aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad**
 - Pretende conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para la salud...
 - La falta de conocimiento o el conocimiento insuficiente pueden favorecer situaciones de estrés en la paciente. por ello sería necesario una preparación quirúrgica adecuada.

4.2. Plan de cuidados estandarizado ^{24, 25, 26}

Se basa en que ante problemas comunes concurren similares respuestas, y nos facilita una guía de cuidados para situaciones específicas, favoreciendo además que las actuaciones enfermeras duren menor tiempo. Nos permiten prestar cuidados individuales adaptando un plan estándar a nuestro paciente.

Este plan de cuidados estandarizado se ha realizado en base a los diagnósticos desarrollados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), los

resultados de la Nursing Outcomes Classification (NOC) y las intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC). Las interrelaciones entre las etiquetas diagnósticas NANDA, los Criterios de Resultados NOC y las Intervenciones NIC, consisten en la correspondencia entre el problema, ya sea real o potencial, que hemos detectado en nuestro paciente y los aspectos de ese problema que se pretenden o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que se desarrollarán una o más actividades necesarias para la resolución de dicho problema.

Déficit de autocuidado: alimentación 00102 r/c el malestar, dolor, debilidad y fatiga m/p la incapacidad para manejar los utensilios, para abrir los recipientes y para preparar los alimentos para su ingestión.

- Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación.
- NOC
 - 0303 Autocuidados: comer.
- NIC
 - 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación.

Riesgo de déficit de volumen de líquidos 00028 m/p agentes farmacológicos, pérdida activa del volumen de líquidos.

- Definición: Vulnerable a sufrir una disminución del volumen de líquidos intravascular, intersticial, y/o intracelular, que puede comprometer la salud.
- NOC:
 - 2107 Severidad de las náuseas y vómitos.
 - 0601 Equilibrio hídrico.
 - 0602 Hidratación.
- NIC:
 - 4120 Manejo de líquidos:
 - Monitorizar las entradas y salidas y observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.
 - Administrar líquidos IV según prescripción.

Riesgo de estreñimiento 00015 m/p la inmovilidad física relacionado con agentes farmacológicos, disminución de la motilidad gastrointestinal y con la debilidad de los músculos abdominales.

- Definición: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.
- NOC
 - 0501 Eliminación intestinal.
- NIC
 - 0450 Manejo del estreñimiento/impactación.
 - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento y vigilar la existencia de peristaltismo. Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.

Deterioro de la eliminación urinaria 00016 r/c deterioro sensitivo-motor, infección del tracto urinario m/p retención urinaria, disuria.

- Definición: disfunción en la eliminación urinaria.
- NOC:
 - 0503 Eliminación urinaria.
 - 0502 Continencia urinaria.
- NIC:
 - 590 Manejo de la eliminación urinaria:
 - Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.
 - Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
 - 620 Cuidados de la retención urinaria:
 - Monitorizar el grado de distensión vesical mediante la palpación y percusión.
 - 1876 Cuidados del catéter urinario:
 - Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.

Intolerancia a la actividad 00092 r/c la debilidad generalizada m/p el malestar debido al esfuerzo, informes verbales de fatiga y debilidad.

- Definición: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.
- NOC
 - 0005 Tolerancia de la Actividad
 - 0007 Nivel de Fatiga.
- NIC
 - 0180 Manejo de la energía:
 - Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
 - Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
 - 0200 Fomento del ejercicio.

Trastorno del patrón del sueño 00198 r/c malestar físico, ansiedad m/p quejas verbales de no sentirse bien descansado e insatisfacción con el sueño.

- Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debido a factores externos.
- NOC
 - 0004 Sueño
- NIC
 - 1850 Mejorar el sueño:
 - Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
 - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño y ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

Déficit de autocuidado: vestido 00109 r/c debilidad, cansancio, dolor y fatiga m/p la incapacidad para ponerse la ropa en la parte superior e inferior del cuerpo, además de por la incapacidad para quitarse la ropa.

- Definición: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestido y arreglo personal.
- NOC
 - 0302 Autocuidados: vestir.
- NIC
 - 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/ arreglo personal.

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal 00005 m/p agentes farmacológicos, sedación.

- Definición: Riesgo en el fallo del mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- NOC
 - 0800 Termorregulación.
- NIC
 - 1380 Aplicación de calor o frio.
 - 6650 Vigilancia.
 - 6680 Monitorización de signos vitales.
 - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
 - Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia, además del color, temperatura y humedad de la piel.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00047 m/p factores externos como es la inmovilidad física e internos como cambios en el tensor de la piel.

- Definición: Riesgo de alteración cutánea adversa.
- NOC
 - 1902 Control del riesgo.
 - 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

- NIC
 - 3590 Vigilancia de la piel.
 - 6610 Identificación de riesgos.
 - 3540 Prevención de las úlceras por presión:
 - Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
 - Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda.
 - 840 Cambio de posición.
 - Animar al paciente a participar en los cambios de posición.
 - Colocar en posición de alineación corporal correcta.

Déficit de autocuidado: baño/ higiene 00108 r/c la debilidad y el dolor m/p la incapacidad para realizar el autocuidado.

- Definición: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño e higiene.
- NOC
 - 0301 Autocuidados: baño.
- NIC
 - 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene.

Protección ineficaz 00043 r/c la cirugía m/p respuestas desadaptadas al estrés.

- Definición: Disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.
- NOC:
 - 1921 Preparación antes del procedimiento.
- NIC:
 - 2930 Preparación quirúrgica.
 - 7920 Documentación.
 - 8060 Transcripción de órdenes.
 - 8140 Informe de turnos:
 - Revisar los datos demográficos pertinentes, incluyendo nombre, edad y número de habitación. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes

necesarios para el personal de enfermería que asume la responsabilidad de los cuidados.

Riesgo de infección 00004 m/p procedimientos invasivos y destrucción tisular.

- Definición: Estado en el que un individuo presenta un riesgo aumentado de invasión por microorganismos patógenos.
- NOC:
 - 1842 Conocimiento: Control de infección.
- NIC:
 - 1870 Cuidados del drenaje:
 - Fijar el tubo para evitar la presión y la extracción accidental.
 - Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del drenaje que sale por el tubo. Administrar cuidados de la piel y cambios del apósito en el sitio de inserción del tubo, según corresponda.
 - Vaciar el dispositivo de recogida, según las normas del centro, la afección del paciente y las instrucciones del fabricante.
 - 1876 Cuidados del catéter urinario (ya descrito).
 - 3440 Cuidados del sitio de incisión:
 - Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
 - Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada, desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.
 - Retirar suturas o grapas cuando este indicado.
 - 6540 Control de infecciones:
 - Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal, y estériles cuando corresponda.
 - Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
 - Administrar un tratamiento antibiótico, cuando sea adecuado.
 - 6680 Monitorización de los signos vitales (ya descrito).

Riesgo de sangrado 00206 m/p régimen terapéutico.

- Definición: Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud.

- NOC:
 - 0401 Estado circulatorio.
 - 0413 Severidad de la pérdida de sangre.
 - 2305 Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato.
- NIC:
 - 4180 Manejo de la hipovolemia.
 - 4020 Disminución de la hemorragia:
 - Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
 - Monitorizar los signos y síntomas de hemorragia persistente (es decir, comprobar todas las secreciones en busca de sangre evidente u oculta).
 - 6680 Monitorización de los signos vitales (ya descrito).

Dolor agudo 00132 r/c agentes lesivos (herida quirúrgica y procedimientos terapéuticos) m/p conducta expresiva, postura antiálgica, trastorno del sueño, informe verbal de dolor.

- Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.
- NOC
 - 1605 Control del dolor.
- NIC
 - 1400 Manejo del dolor:
 - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
 - 6040 Terapia de relajación simple:
 - Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).

Temor 000148 r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante: hospitalización, procedimiento terapéutico m/p informes de alarma, de aprensión, de sentirse asustado.

- Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como peligro.
- NOC
 - 1210 Nivel del miedo.
- NIC
 - 5380 Potenciación de la seguridad.
 - 6040 Terapia relajación simple (ya descrito).

Interrupción de los procesos familiares 00060 r/c cambio en el estado de salud, situaciones de transición, cambios de los roles familiares m/p cambios en la intimidad.

- Definición: Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar
- NOC
 - 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento.
- NIC
 - 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
 - 7560 Facilitar las visitas.

Síndrome del estrés de traslado 00114 r/c sentimientos de impotencia y deterioro del estado de salud m/p inseguridad, ansiedad, temor, dependencia, preocupación.

- Definición: Trastorno fisiológico o psicológico tras el traslado de un entorno a otro.
- NOC
 - 0311 Preparación para el alta: vida independiente.
- NIC
 - 7370 Planificación del alta:
 - Determinar las capacidades del paciente para el alta. Fomentar el autocuidado, según corresponda.

- Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta.

Ansiedad 00146 r/c crisis situacionales, estrés m/p temor, incertidumbre, preocupación.

- Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.
- NOC
 - 1402 Autocontrol de la ansiedad.
- NIC
 - 5820 Disminución de la ansiedad:
 - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
 - Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos e instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

Riesgo de lesión postural perioperatoria 00087 m/p debilidad muscular, edema, inmovilización.

- Definición: Riesgo de cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo.
- NOC:
 - 1908 Detección del riesgo.
 - 2305 Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato.
- NIC:
 - 6610 Identificación de riesgos:
 - Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.

- 00087 Manejo de presiones:
 - Observar si hay fuentes de presión y fricción y girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico.

Patrón sexual ineficaz 00065 r/c alteración de la estructura corporal m/p verbalización.

- Definición: expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.
- NOC:
 - 0119 Funcionamiento sexual.
 - 1200 Imagen corporal.
- NIC:
 - 5220 Mejora de la imagen corporal.
 - 5248 Asesoramiento sexual:
 - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
 - Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
 - Comentar el efecto de la salud y la enfermedad sobre la sexualidad.
 - 5820 Disminución de la ansiedad (ya descrito).

Riesgo de baja autoestima situacional 00153 m/p la alteración de la imagen corporal.

- Definición: Vulnerable al desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación concreta, que puede comprometer la salud.
- NOC:
 - 1302 Afrontamiento de problemas.
 - 1614 Autonomía personal.
- NIC:
 - 5400 Potenciación de la autoestima:
 - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
 - 5240 Asesoramiento:
 - Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
 - 5270 Apoyo emocional:

- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones y comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.

Trastorno de la imagen corporal 00118 r/c cirugía m/p la expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo.

- Definición: confusión en la imagen mental del yo físico.
- NOC:
 - 1200 Imagen corporal.
 - 1302 Afrontamiento de problemas.
- NIC:
 - 5220 Mejora de la imagen corporal.
 - 5400 Potenciación de la autoestima (ya descrito).

Conocimientos deficientes 00126 r/c la mala interpretación de la información m/p el seguimiento inexacto de las instrucciones y verbalización del problema.

- Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.
- NOC
 - 1921 Preparación antes del procedimiento.
 - 1803 Conocimiento: proceso de enfermedad.
- NIC
 - 2930 Preparación quirúrgica.
 - 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad:
 - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.

5. Conclusiones

La histerectomía laparoscópica supone una menor invasión, además de causar menor dolor postoperatorio y una recuperación más rápida. Cuando esta esté contraindicada se recurrirá a la histerectomía vaginal. La histerectomía abdominal total tiene, de forma global, una mayor incidencia de complicaciones. Y siempre que sea posible se deberá

conservar indemne el suelo pélvico preservando el cuello del útero, siendo la histerectomía supracervical laparoscópica cada vez más utilizada.

El útero es un símbolo de reproducción, por lo que la pérdida de este puede suponer un gran impacto en la vida de la mujer, asociándose a complicaciones psicológicas, como estrés o ansiedad, además de repercutir en la sexualidad. Esto denota la necesidad de una buena atención por parte del profesional de enfermería, de forma que se resuelvan las dudas e inquietudes que las pacientes puedan plantearse. De esta forma, la falta de conocimiento no será un problema añadido, que crearía mayor temor en la mujer.

La histerectomía crea un impacto en la relación de pareja, por lo que es necesario esclarecer los aspectos anatomofisiológicos de la intervención y como se relaciona con la respuesta sexual humana, ya una de las principales preocupaciones que se plantean las pacientes son relativas a la vivencia de su sexualidad.

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.

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.

6. Bibliografía

1. Gómez JL, Ruiz M, Álvarez E, Avilés AM, Pérez JM, Cañadas de la Fuente GA. Vivencias y experiencias de mujeres a las que se les ha realizado una histerectomía [monografía en Internet]. Granada: Paraninfo digital; 2014 [acceso 18 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/238.php>
2. Solà V, Ricci P, Pardo J, Guilloff E. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Rev chil obstet ginecol [revista en Internet]. 2006 [acceso 23 de diciembre de 2016]; 71(5): [364-372]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000500012>
3. Hernandez JS, Nuangchamnon N, Ziadie M, Wendel GD, Sheffield JS. Placental and Uterine Pathology in Women Undergoing Peripartum Hysterectomy. Obstet Gynecol [revista en Internet]. 2012 [acceso 13 de enero de 2017]; 119(6): [1137-42]. Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2012/06000/Placental_and_Uterine_Pathology_in_Women.10.aspx
4. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complicaciones de la histerectomía. Obstet Gynecol [revista en Internet]. 2013 [acceso 28 de diciembre de 2016]; 121(3): [654-73]. Disponible en: <http://journals.lww.com/greenjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2013&issue=03000&article=00023&type=abstract>
5. Pérez R. Guía práctica para mujeres histerectomizadas. Salamanca: Sacyl; 2001.
6. The American College of Obstetricians and Gynecologists. La histerectomía. Washington: ACOG; 2015. Procedimientos especiales: SP008.
7. Moore KL, Dalley AF. Anatomía con orientación clínica. 5ª ed. México DF: editorial médica panamericana; 2007.
8. Vesperinas G, Rondini C, Troncoso C, Morán B, Levancini M, Avilés C et al. Histerectomía vaginal, abdominal y vaginal asistida por laparoscopia: un análisis prospectivo y aleatorio. Rev chil obstet ginecol [revista en Internet]. 2005 [acceso 9 de enero de 2017]; 70(2): [73-78]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000200002>
9. Pérez-Carbajo E, Martín-Arias A, Kazlauskas S. Patología tumoral benigna del cuerpo uterino. Mioma uterino y patología endometrial. En: Bajo JM, Lailla

JM, Xercavins J, editores. Fundamentos de ginecología. 1ª ed. Madrid: editorial médica panamericana; 2009. p. 391-403.

10. Morgan F, López MA, Elorriaga E, Soto JM, Lelevier HB. Histerectomía total laparoscópica: complicaciones y evolución clínica en una serie de 87 casos. *Ginecol Obstet Mex* [revista en Internet]. 2008 [acceso 9 de enero de 2017]; 76(9): [520-5]. Disponible en:
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=19560>
11. Rodríguez N. La histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso: indicaciones, técnica y recomendaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista de Internet]. 1995 [acceso 21 de enero de 2017]; 21(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x1995000100003
12. Seminario J. Histerectomía laparoscópica. *Rev Per Ginecol Obstet* [revista en Internet]. 2009 [acceso 23 de enero de 2017]; 55 (2): [93-99]. Disponible en:
<http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/274/246>
13. Martín A, Torrent A, Bover I, Moreno R, Lizarbe R, Barrés J. Histerectomía radical laparoscópica total en el cáncer de cérvix. Factibilidad, morbilidad y supervivencia. *Progresos de obstetricia y ginecología* [revista en Internet]. 2007 [acceso 29 de enero de 2017]; 50 (9): [521-530]. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501307732247?via%3Dihub>
14. Reveles JA, Villegas G, Hernández S, Grover Páez F, Hernández CC, Patiño A. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecol Obstet Mex* [revista en Internet]. 2008 [acceso 29 de enero de 2017]; 76(3): [156-60]. Disponible en:
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=19395>
15. Abalos E, Asprea I, García O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Argentina: Ministerio de salud, Presidencia de la Nación.
16. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Hemorragia postparto precoz. Madrid: SEGO; 2006. Guía práctica de asistencia actualizada.
17. Ortega MJ. Prevención de riesgos en la histerectomía. En: 5º congreso de la Asociación Castellano-Manchega de Ginecología y obstetricia. Alcázar de San Juan: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 2010.

18. Bañuelos B, Aguilera A, López D, de la Peña JJ. Lesiones genitourinarias en cirugía ginecológica y general. Una revisión de 3 años. Revista internacional de andrología [revista en Internet]. 2015 [acceso 23 de diciembre de 2016]; 13(1): [20-26]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4979889>
19. Cuamatzi-Peña MT, Villela-Mamede M. Significado de la Histerectomía en mujeres en edad reproductiva por complicaciones del parto: una visión sociocultural. CONAMED [revista en Internet]. 2009 [acceso 22 de enero de 2017]; 14(1): [11-14]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3632382>
20. Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, Cortés D. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [revista en Internet]. 2005 [acceso 26 de enero de 2017]; 56 (3): [209-215]. Disponible en:
<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/525/572>
21. Cerda P, Pino P, Urrutia MT. Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. Rev chil obstet ginecol [revista en Internet]. 2006 [acceso 3 de enero de 2017]; 71(3): [216-221]. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000300012>
22. González A, Santamaría JM. El ciclo del cuidado: el modelo profesional de cuidado desde el enfoque del pensamiento. ENE [revista en Internet]. 2015 [acceso 2 de febrero de 2017]; 9(1). Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000100003>
23. Guillén M. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. Rev Cubana Enfermer [revista de Internet]. 1999 [acceso 2 de febrero de 2017]; 15(1): [10-16]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002
24. Eselvier.es, NNNConsult [sede Web]. Barcelona: Eselvier.es; [acceso 29 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.nnnconsult.com/>
25. Servicio Extremeño de Salud. Planes de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada: estandarización en Extremadura. Mérida: dirección general de asistencia sanitaria; 2011. Guía Práctica SES nº 18.
26. Fundación para la cooperación, investigación y desarrollo de la enfermería. NANDA, NOC, NIC, Metodología enfermera [sede Web]. Madrid:

FUNCIDEN; [acceso 29 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://enfermeriaactual.com/>

27. Piamonte ML. Aspectos psicológicos relacionados con los procedimientos quirúrgicos en el tratamiento del cáncer de cérvix. Revista Colombiana de Psicología [revista en Internet]. 1991 [acceso 2 de febrero de 2017]; 26(1), 73-92. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4895542>
28. Corvalán J, Roos A, Lattus J, Barrera V, Gallardo A, Flores MJ et al. Histerectomía total laparoscópica: resultados en 3 años de desarrollo de la técnica utilizando el manipulador uterino de clermont ferrand. Rev chil obstet ginecol [revista en Internet]. 2004 [acceso 3 de febrero de 2017]; 69(6): [446-450]. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000600007>
29. DeSimone CP, Ueland FR. Laparoscopia ginecológica. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. 2008; 2: 319-341.
30. Carpio L, Garnique MA. Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson. Rev Per Ginecol Obstet [revista en Internet]. 2009 [acceso 28 de enero de 2017]; 55: [266-272]. Disponible en:
<http://108.163.168.202/web/revista/index.php/RPGO/article/view/303/274>

7. Anexos

7.1. Evaluación preoperatoria ²⁷

Principales "preocupaciones" de las pacientes con carcinoma de cérvix que van a ser sometidas a tratamiento quirúrgico.

RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

- Miedo al CANCER (1-2)
- Temor de DOLOR post-operatorio (3-4)
- Dificultad en entender y aceptar la necesidad de la cirugía (3)
- Temor a la muerte (4)

RELACIONADAS CON LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO

- Alteración de la vida sexual (1-2-3)
- Miedo a aumentar de peso (2)
- Alteración feminidad (2)
- Cambios abruptos en apariencia (3-4)
- Pérdida de función menstrual (3)
- Pérdida de función reproductora (3)
- Cambios negativos en la vida (1)

RELACIONADAS CON EL APOYO SOCIAL:

- Temor a la reacción del esposo (1-3)
- Temor pérdida de status y rol (3)

NOTA: 1: Lalinec-Michaud y Engelsmann (1984)

2: Lalinec-Michaud y Engelsmann (1985)

3: Youngs y Wise (1976)

4: Lobb, Shannon, Recer y Allen (1984)

Evaluación preoperatoria de la mujer con cáncer ginecológico (tomado de Hubbard y Shingleton, 1984)

I. Factores físicos.	II. Factores psíquicos
Estado general de salud	Nivel de angustia
Enfermedades intercurrentes	Síntomas de depresión
Operaciones previas	Conductas para superar stress
Medicamentos	Antecedentes de problemas psiquiátricos emocionales
Nivel de Energía	Otros factores situacionales de stress
Síntomas de cáncer	Orientación religiosa
III. Factores de relación	IV. Factores sexuales
Estado Marital	Ausencia o presencia de deseo sexual
Duración del matrimonio(s)	Respuesta de lubricación/lurgencia de la vagina
Número y edad de los hijos	Consecución del orgasmo
Separaciones previas	Dispareunia
Puntos débiles y fuertes de la relación	Frecuencia del coito
V. Factores informativos	Repertorio de conductas
Ideas respecto a los orgasmos genitales	Satisfacción con la respuesta
Mitos y conceptos erróneos sobre sexo	Empiezo de la fantasía
Cáncer	Distinción con el cónyuge
Prácticas anticonceptivas	
Conocimiento de las funciones y características biológicas de la reproducción	
Percepción de la enfermedad actual	

**Aspectos que se deben considerar en
la evaluación psicológica preoperatoria**
(tomado de Youngs y Wise, 1976)

Bienestar socio psicológico

Los síntomas psiquiátricos del pasado y del presente deben tenerse en cuenta, junto con el ajuste sexual social e interpersonal. Igualmente deben considerarse las experiencias previas de cirugía, particularmente si se presentó delirio preoperatorio.

Expectativas con respecto a la cirugía

¿Son las expectativas de la paciente realistas o poco realistas? ¿Hay alguna razón para sospechar que la paciente se sentirá defraudada con el resultado de la cirugía?

Inversión emocional en los órganos pélvicos

¿Cuáles son los sentimientos de la paciente acerca de la menstruación, reproducción y relaciones sexuales?

¿Son sus reacciones a estos aspectos, negativas, positivas, ambivalentes o generalmente neutrales?

Motivación y profundidad en el interés por la cirugía

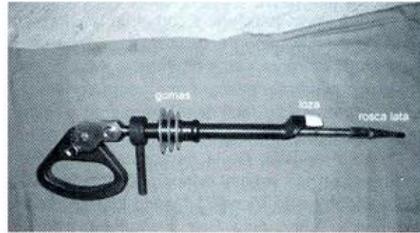
¿Es la decisión para realizar la cirugía, producto de una reflexión cuidadosa o de una solicitud impulsiva? Puede ser útil esperar por un periodo de 4 a 6 meses.

7.2. Daños neurológicos menos comunes asociados a la histerectomía ⁴

Nervio	Origen	Sitio de la Lesión	Deficiencia Observada
Genitofemoral	L1-L2	Compresión con retractor en la superficie anterior del músculo psoas	Pérdida de sensibilidad o parestesias en el monte de Venus, labios mayores y triángulo femoral.
Femoral lateral	L2-L3	Compresión con retractor en la superficie anterior del músculo iliaco	Pérdida de sensación sobre el muslo anterolatetal
Obturator	L2-L4	Diseción de la pared pélvica lateral	Pérdida de aducción de la cadera; pérdida de sensibilidad sobre el muslo medial
Safeno	División posterior del nervio femoral una vez que pasa por debajo del ligamento inguinal	Compresión de la cara medial de la rodilla en posición de litotomía dorsal	Pérdida de sensibilidad sobre la parte baja de la pierna anteromedial y pie
Ciático	L4-S3	Estiramiento del foramen ciático por hiperflexión de la cadera en posición de litotomía dorsal	Dolor en el glúteo que irradia en dirección inferior del muslo posterior hacia la fosa poplítea, pérdida de la función de los músculos isquiotibiales
Tibial	L4-S2, el nervio ciático se divide en las ramas peroneal y tibial	Compresión de la fosa poplítea en posición de litotomía dorsal	Incapacidad de dorsiflexión del pie o de extensión de los dedos, pérdida de la sensibilidad en la superficie plantar del pie
Pudendo	S2-S4	Compresión de la espina isquiática con hemorragia	Pérdida de sensibilidad en la vulva y el perineo
Plexo braquial superior	C5-C7	Flexión lateral exagerada del cuello (ejemplo: bloques de hombros)	Parálisis de Erb, rotación medial y extensión del brazo
Plexo braquial inferior	C8-T1	Abducción exagerada del brazo (ejemplo: ángulo de más de 90° sobre tablero para brazos)	Parálisis de Klumpke, pérdida de los músculos intrínsecos de la mano ("mano de garra")
Cubital	C8-T1	Compresión del epicóndilo medial	Pérdida de sensibilidad en el cuarto y quinto dígitos

7.3. Manipulador uterino de Clermont Ferrand ²⁸

El manipulador uterino de Clermont Ferrand (MUCF) tiene ventajas respecto a otros manipuladores uterinos que existen en el mercado, que se aprecia claramente en el momento de la separación del útero de su unión en la cúpula vaginal. En muchos centros, al llegar a esta etapa de la cirugía, se debe retirar el manipulador y mediante otros instrumentos realizar la separación del útero y la vagina por vía laparoscópica o realizar la asistencia vía vaginal.



El MUCF, posee tres características que facilitan este último paso:

1. Su extremo distal permite fijar el útero mediante un dispositivo que se inserta por el canal cervical como rosca lata



2. Posee una loza que se hace avanzar para ubicarla en los fondos de saco vaginales, lo que permite la visualización laparoscópica de la unión cérvico-vaginal, luego el gancho monopolar inicia la apertura de los fondos de saco que conforman la cúpula vaginal y a medida que se avanza en la disección, esta hemi o media loza se gira, lo que facilita y hace más seguro el procedimiento.

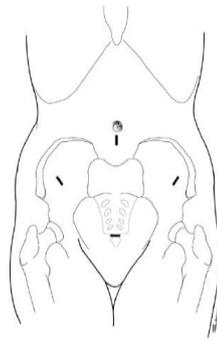


3. Tiene un tapón de gomas circulares de diferente diámetro que se adaptan al canal vaginal y permiten mantener el neumoperitoneo una vez iniciada la colpotomía.



7.4. Colocación de los puertos laparoscópicos ²⁹

Se colocan tres puertos accesorios para casi todas las cirugías laparoscópicas: dos puertos laterales de 5mm o 10/12mm y uno suprapúbico de 5mm (v. figura 4). El puerto suprapúbico debe situarse de 3 cm a 4 cm por encima de la sínfisis del pubis para evitar el daño de la vejiga. Los puertos del cuadrante inferior se colocan a la altura de la cresta ilíaca, laterales al músculo recto y a los vasos epigástricos inferiores, que se ven con el laparoscopio a través del peritoneo.

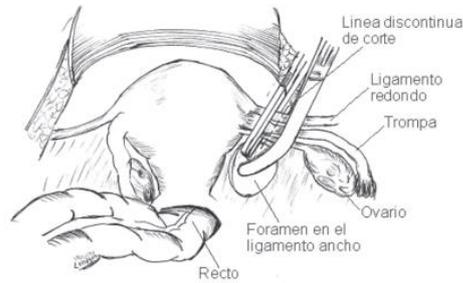


7.5. Maneras de realizar una histerectomía ⁶

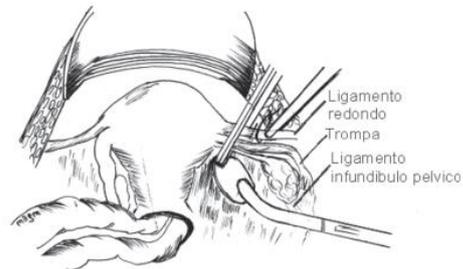
Descripción	Ventajas	Desventajas
Vaginal El útero se extrae por la vagina	<ul style="list-style-type: none"> Las cicatrices no son visibles Comparada con la cirugía abdominal: <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento más corto Hospitalización más corta Reanudación más rápida de las actividades habituales Menos infecciones Menor dolor 	No siempre es posible si hay adherencias presentes o el útero es muy grande
Abdominal Se extrae el útero por una incisión en la parte inferior del abdomen	<ul style="list-style-type: none"> Se puede hacer si hay adherencias Se puede hacer si el útero es grande Buena visualización para el cirujano 	Comparada con la cirugía vaginal o laparoscópica: <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización más larga Incisión más grande Tiempo de cicatrización más largo
Laparoscópica Se introduce un laparoscopio y otros instrumentos por pequeñas incisiones en el abdomen	Comparada con la cirugía abdominal: <ul style="list-style-type: none"> Cicatrices más pequeñas Hospitalización más corta Menos infecciones Menor pérdida de sangre 	Comparada con la cirugía abdominal: <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento más largo Mayor riesgo de lesión a las vías urinarias
- Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (LAVH, por sus siglas en inglés) El útero se extrae por la vagina	Igual que con la cirugía laparoscópica	Igual que con la cirugía laparoscópica
- Histerectomía laparoscópica asistida por robot Se acopla un robot a una cámara y a instrumentos laparoscópicos para facilitar la extracción del útero	Igual que con la cirugía laparoscópica	<ul style="list-style-type: none"> Procedimiento más largo que el de laparoscopia sin robot Requiere un cirujano con experiencia Se requiere más información sobre los riesgos y beneficios
- Laparoscopia con una sola incisión Se hace una pequeña incisión abdominal	<ul style="list-style-type: none"> Igual que con la cirugía laparoscópica Una sola cicatriz pequeña 	<ul style="list-style-type: none"> Igual que con la cirugía laparoscópica Requiere un cirujano con experiencia Se requiere más información sobre los riesgos y beneficios

7.6. Abordaje de la histerectomía abdominal 30

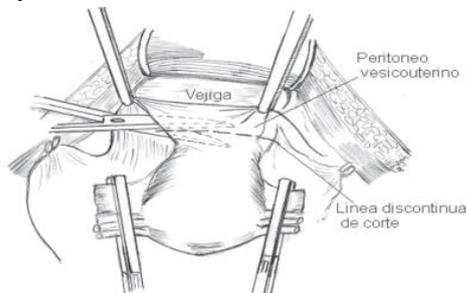
1. Apertura del ligamento ancho y pinzamiento conjunto del ligamento redondo y el infundíbulo pélvico en caso de conservación de los anexos.



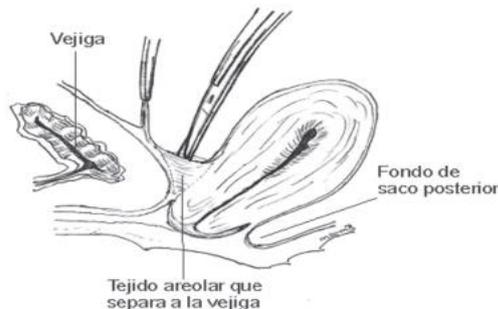
2. Apertura del ligamento ancho y pinzamiento conjunto del ligamento redondo y el infundíbulo pélvico en caso de salpingooforectomía.



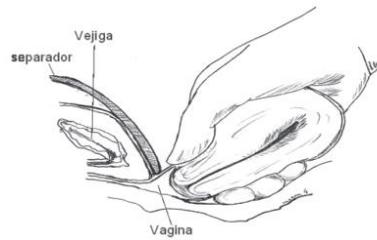
3. Corte de los infundíbulos pélvicos, manteniendo las pinzas Kocher, que sirven para realizar tracción y hemostasia.



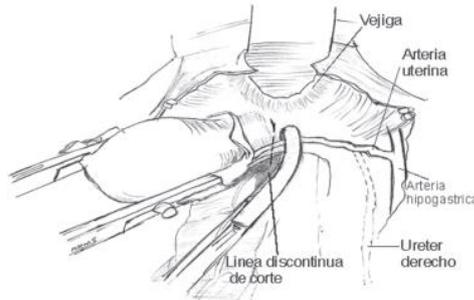
4. Disección fina con tijera Metzembbaum de la hoja anterior del peritoneo visceral que cubre al útero.



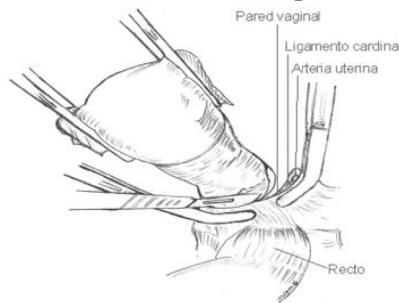
5. Rechazo de la vejiga y separación de la misma del cuello uterino.



6. Pinzamiento en bloque de la arteria uterina, el ligamento cardinal y el ángulo de la cúpula vaginal, con la pinza Heaney.



7. Exéresis del útero con bisturí frío, en un solo paso.



8. Sutura continua cruzada con vicryl® 1/0, que se inicia en un lado con la ligadura de la arteria uterina, coge luego el ligamento cardinal, la cúpula vaginal y termina con la ligadura de la arteria uterina contralateral.

