

Intervención Enfermera En Una Paciente Sometida A Histerectomía Posterior A Atonía Uterina. A Propósito De Un Caso

Autores: Flores Medina, Pino Magdalena (Licenciada en Enfermería, Enfermera Asistencial); Kalle El Hajoui, Magda (DUE (Diploma Universitario Enfermería)).

Público: Diplomados Universitarios en Enfermería. **Materia:** Obstetricia. **Idioma:** Español.

Título: Intervención Enfermera En Una Paciente Sometida A Histerectomía Posterior A Atonía Uterina. A Propósito De Un Caso.

Resumen

Un PAE se inicia con la valoración de la paciente, atendiendo a los patrones funcionales de Marjory Gordon. Continúa con la planificación de una serie de actividades acordadas con la usuaria que tienen como finalidad, proporcionar a la paciente herramientas que le ayuden a afrontar la situación por la que está atravesando. La intervención se desarrolló a lo largo de su estancia en la Unidad de Reanimación. Aquí, la paciente atravesó diferentes etapas dentro de su evolución clínica, llegó en estado crítico, pasó por una fase de mejoría para terminar en una fase de estabilización de las funciones vitales.

Palabras clave: Palabras clave: ATONÍA, PAE.

Title: Nurse Intervention in a Patient Undergoing Hysterectomy After Uterine Atony. About a case.

Abstract

The nursery process starts with the patient assessment taking into account Marjory Gordon's functional health patterns. Continues with the planning activities as agreed with the users, based on providing the patient with the different tools that can serve as strategies to help them to face this new situation. The intervention developed during her stay at the Post-Anesthetic Care Unit, the patient experiences different stages as regards her clinical condition, because she arrived in a critical condition, experienced an improvement phase which leads to a vital functions stabilization phase.

Keywords: Keywords: ATONY, NURSERY PROCESS.

Recibido 2018-03-13; Aceptado 2018-03-26; Publicado 2018-04-25; Código PD: 094071

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. JUSTIFICACIÓN:

La definición del concepto de hemorragia postparto (HPP) no está consensuada y presenta un sesgo importante, y es que es muy difícil objetivar de forma precisa el volumen de la pérdida sin llegar a subestimarla. Prichard et al¹ demostraron que la pérdida hemática media tras un parto por vía vaginal es de 500 ml y de 1000 ml en el caso de una cesárea. La American Gynecological and Obstetrical Society² le adicionó a la definición de HPP el descenso del hematocrito mayor al 10 por ciento con respecto a un valor inicial, con la intención de objetivar la pérdida. La hemorragia postparto se da en el 5-10% de todos los partos³, es pues, un problema de gran magnitud y requiere tratamientos eficaces que puedan evitar el uso de la cirugía para extirpar el útero.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima en 150.000 el número de muertes anuales por HPP en el Tercer Mundo⁴, mientras que en algunos países como España esta mortalidad se calcula en 7-8/100.000 nacimientos, y de ellas 8-9 de cada 10 serían evitables. El índice de mortalidad materna representa un buen indicador para valorar la calidad asistencial y es uno de los indicadores que mejor definen las diferencias socioeconómicas entre países. En el mundo, el 99% de fallecimientos por HPP se producen en países no desarrollados y menos del 1% ocurre en países desarrollados⁵.

La atonía uterina es responsable del 80% de los casos de HPP ya que está implicada en más de la mitad de los casos y causa el 4% de las muertes maternas⁶. La histerectomía urgente se define como el tratamiento de última elección en las HPP, tiene cada vez un uso más restrictivo, si todas las medidas de tratamiento descritas para controlar la hemorragia fallan, se emplea como último recurso para controlar el sangrado y salvar la vida de la paciente.^{7,8} La HPP puede llevar a la

muerte en un corto lapso de tiempo, un estudio mostró que el 88% de las muertes por HPP causadas por atonía uterina ocurren en las primeras cuatro horas⁹. Esto explica que, aunque la histerectomía urgente sea el tratamiento de última elección para corregir la HPP, se reserva al equipo técnico, la decisión de llevarla a cabo con el fin de corregir la hemorragia de forma rápida y evitar la muerte materna¹⁰.

Es por todo ello, que en la realidad asistencial en la que nos encontramos, se continúen atendiendo a pacientes que tras el parto, sufren complicaciones tales como shock hemorrágico por HPP causada por una atonía uterina tras el parto, a las que se les acaba practicando histerectomía parcial o total, llegando además con distintos grados de inestabilidad hemodinámica, razón por la cuál son candidatas, según criterio médico, a ingreso en una unidad de Reanimación.

Las implicaciones físicas del propio proceso de inestabilidad hemodinámica de este tipo de pacientes, que en la mayoría de las ocasiones son superadas satisfactoriamente, unido a las implicaciones psicológicas-emocionales derivadas del procedimiento quirúrgico de la propia histerectomía, entre las que se incluye la menopausia precoz, la depresión, síndrome de intestino irritable inducido por estrés, la disfunción sexual y las alteraciones en el rol social entre otras¹¹, hacen necesaria la puesta en práctica de una intervención enfermera dirigida a proveer a la paciente de información y estrategias de afrontamiento que minimicen en lo posible los efectos negativos de la nueva situación.

Existen escasos estudios que evalúen la calidad de vida de las pacientes histerectomizadas¹², sin embargo diversas publicaciones dejan bien claro cuáles son las áreas de la mujer, no solo físicas, sino también emocionales, que son afectadas tras la histerectomía, como son, la alteración de la autoestima y la depresión, disfunción de la relación de pareja o el conflicto con el medio social¹². La situación justifica la creación de un instrumento o herramienta que se pueda poner en práctica para que se den las condiciones necesarias para afrontar las complicaciones que se le sobrevienen tras la histerectomía y las habilidades que la paciente debe adquirir para solventarlas.^{12,13}

Existe unanimidad en cuanto a la premisa de que los profesionales que consiguen comprender, con profundidad y amplitud, los factores que interfieren en el proceso decisivo de la histerectomía, están aptos para ofrecer el soporte psicológico y aclarar dudas respecto a la cirugía.¹²

1.2. MARCO TEÓRICO:

El útero es uno de los órganos más importantes del aparato reproductor femenino ya que es el encargado de albergar a un nuevo ser durante toda la gestación, nutrirlo y protegerlo en las distintas etapas del embarazo.

Cuando ocurre el embarazo, el útero se expande con el feto en crecimiento en su interior. Esta estructura muscular del miometrio, no solo tiene en cuenta la capacidad de tal expansión, sino también proporciona la presión necesaria durante el trabajo de parto, cuando el feto es finalmente expulsado.

Hemorragias postparto:

La hemorragia postparto (HPP) denota una pérdida sanguínea excesiva mayor a 500 ml en el parto por vía vaginal y de 1000 ml en el caso de una cesárea y puede ocurrir antes, durante o después de la expulsión de la placenta. Se ha observado que la pérdida sanguínea real, medida durante partos vaginales no complicados, promedia 700 ml y a menudo se subestima. Sin embargo una pérdida de 500ml es aceptable históricamente.¹⁶ En un estudio de morbilidad obstétrica se definió como hemorragia obstétrica severa la pérdida hemática superior a 1.500 ml, la caída de la hemoglobina por debajo de 4 gr/l o la transfusión de 4 o más unidades de concentrados de hematíes.¹⁷

Etiología de las HPP:

Se definen cuatro categorías que se agrupan siguiendo la regla nemotécnica de las "4 T" y son¹⁰:

- Tono: la principal alteración del tono es la atonía uterina.
- Tejido: retención placentaria.
- Trauma: rotura uterina, desgarro del canal blando, desgarro en la cesárea e inversión uterina, laceraciones obstétricas, etc....
- Trombina: alteraciones de la coagulación previas de la paciente como la hemofilia o de aparición durante la gestación como la plaquetopenia de la preeclampsia, embolia del líquido amniótico, etc....¹⁰

Tratamiento de las HPP:

Se detallan a continuación las medidas generales de control en las HPP donde se identifica afectación hemodinámica¹⁰:

- Buscar ayuda, bien sea dentro del equipo multidisciplinar, a otro compañero obstetra, equipo de reanimación, etc....
- Valorar la hemorragia, posible etiología.
- Monitorización de constantes vitales: PA, FC, SatO₂.
- Administrar oxigenoterapia.
- Colocación de sondaje vesical para control de diuresis horaria con el fin de valorar la función renal y además favorecerá la contracción uterina.
- Reevaluación de la historia clínica, características de la gestación, tipo de parto, antecedentes importante, etc..
- Extracción de muestra de sangre para hemogramas y estudios de coagulación. Petición de grupo sanguíneo y pruebas cruzadas para solicitar hemoderivados en banco de sangre, si no se ha hecho con anterioridad.
- Reposición de la volemia mediante fluidoterapia.
- Valorar la reposición de sangre y factores de la coagulación.
- Registro sistemático de las medicaciones administradas, fluidos, pruebas realizadas y constantes de la paciente.
- Búsqueda de la etiología.
- Si se trata de una inversión uterina habrá que reponer el útero a su posición, bajo anestesia, mediante la presión del puño hacia el interior de la cavidad.
- Si se sospechara de traumatismos o retenciones de contenido placentario proceder a la revisión sistemática del canal blando del parto bajo anestesia.
- Corrección de los posibles trastornos de la coagulación.
- Administración de uterotónicos, prostaglandinas y aplicación de masaje uterino.
- Si se sospechara de una atonía uterina se deben iniciar medidas de control para las HPP persistentes que se detallan en el apartado 1.2.2.4 Tratamiento de las atonías uterinas.

Atonía uterina:

La hemorragia postparto se controla fisiológicamente por la contracción de las fibras miométricas entrelazadas que rodean a los vasos sanguíneos que abastecen el sitio de implantación placentaria (ligaduras vivientes de Pinard)¹⁵. Hay atonía uterina cuando el útero no se puede contraer.

La atonía es la causa más común de hemorragia postparto (80% de los casos)⁶. Entre las causas predisponentes se incluyen¹⁸:

- Sobredistensión uterina por gestación múltiple, hidramnios y feto macrosoma.
- Agotamiento muscular por parto prolongado o elevada multiparidad.
- Corioamnionitis por fiebre y rotura prematura de membranas prolongada.

El diagnóstico de la atonía uterina se basa en la existencia de un sangrado continuo, no doloroso y con la palpación de un útero blando y de mayor tamaño que el que le corresponde¹⁸. La prevención de la atonía uterina pasa por un mayor manejo activo del tercer estadio del parto: el alumbramiento. Consiste en adoptar medidas y procedimientos que faciliten el alumbramiento en el menor tiempo posible y aumente las contracciones que permitan la recuperación del tono muscular del útero¹⁸.

Tratamiento de las atonías uterinas:

El tratamiento de una hemorragia pasa primero por identificar la causa del sangrado, en el caso de que sea por una atonía uterina, el tratamiento sería el siguiente^{10,18}:

- Vaciar la vejiga.
- Administrar fármacos uterotónicos como la oxitocina, metilergometrina y de más reciente uso, el misoprostol (prostaglandina E1).
- Aplicar conjuntamente masaje uterino o compresión/ tracción.
- Si el sangrado persiste iniciar el tratamiento con prostaglandinas.
- Si el sangrado continúa se aplicarán medidas para control de las HPP persistentes: como el taponamiento uterino mediante sonda de Sengstaken-Blakemore o balón específico de Bakri o mediante la introducción de una tira de gasa ancha.
- Embolización arterial selectiva, generalmente de ambas arterias uterinas.
- Ligadura uterina bilateral por vía abdominal, se realiza traccionando del útero hacia arriba.
- Ligadura arterial progresiva mediante la desvascularización de los pedículos vasculares aferentes del útero.
- Ligadura bilateral de las arterias hipogástricas.
- Técnicas de capitonaje o plicatura del útero.
- Histerectomía: debido al uso de las técnicas anteriores, la histerectomía tiene un uso cada vez más restrictivo. Indicada cuando falla el tratamiento conservador o haya un gran destrozo uterino, en los casos de placenta ácreta extensa o rotura uterina.
- Taponamiento pélvico posterior a histerectomía en el caso de pacientes que presenten coagulopatías por consumo o hemorragias difusas.
- Administración de factor VII recombinante.

Cuidados de enfermería en la HPP.

- Vigilar constantes vitales y signos de shock hemodinámico cada cinco o diez minutos o monitorizar de forma continua las constantes hemodinámicas.
- Preparar la administración de soluciones intravenosas y productos hemoderivados para reemplazar el volumen circulante.
- Suministrar oxígeno según indicación médica, cuando la pérdida de sangre sea considerable.
- Colocar a la paciente en Trendelenburg para aumentar la cantidad de sangre que llega al corazón y maximizar el gasto cardíaco.
- Revaloración de signos vitales , coloración, llenado capilar, temperatura de la piel, sudoración y nivel de consciencia.
- Palpar el fondo del útero para detectar su firmeza y administrar masaje cuando así se indique.
- Evaluar la cantidad de sangrado vaginal, la velocidad con la que se empapan las compresas ginecológicas, la coloración y presencia de coágulos.
- Administrar medicación (uterotónicos y prostaglandinas) y hemoderivados según indicación médica y observar los posibles efectos adversos.
- Registro sistematizado y continuo tanto de constantes vitales como del tratamiento administrado.
- Informar a la paciente de la evolución de la situación y proporcionar un ambiente lo más confortable posible.
- Preparar a la paciente en el caso de intervención quirúrgica (histerectomía) si la HPP persiste.

- Satisfacer las necesidades de la paciente y la familia, proporcionar apoyo, información y confianza¹⁹.

Implicaciones psicoemocionales del proceso de histerectomización:

El parto, considerado un proceso natural, en la actualidad sometido a un alto grado de tecnicismo, puede convertirse, por las múltiples complicaciones a las que se puede ver sometido, en un proceso de difícil afrontamiento tanto para la mujer como para su pareja/familia.

Entre las diferentes estrategias de afrontamiento emocional ante situaciones de estrés se encuentran las siguientes.

Las estrategias de afrontamiento (a veces llamadas con el término inglés coping) hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. Se trata de un término propio de la psicología y especialmente vinculado al estrés²⁰.

Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento:

1. Estrategias de afrontamiento centradas en el problema: la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva, hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante. Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.
2. Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo. Las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.

La inteligencia emocional se define como “una habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y de las de los demás. Promueve el crecimiento emocional e intelectual y se conceptualiza de dos formas²¹:

1. Inteligencia emocional concebida como una habilidad similar a la inteligencia cognitiva en cuanto a su concepción y evaluación, concebida como una forma de inteligencia social, separada de la inteligencia general y que guarda relación con la cognición y la emoción²².

2. Inteligencia emocional concebida como un rasgo más de la personalidad, evalúa las diferencias personales en el grado de conciencia de los individuos y de sus propias emociones, así como su capacidad para regularlas. Esto le hace tener la particularidad de que esté más relacionada con la percepción que cada individuo tiene de sus propias habilidades emocionales más que a los niveles reales de inteligencia emocional. Hablamos entonces de inteligencia emocional percibida²³.

Dentro del marco teórico del modelo transaccional del estrés, Lazarus²⁴ en 1994 considera que ante una situación de estrés es necesario valorar:

- a) cómo responde la persona a los factores estresantes.
- b) qué emociones provocan estos factores estresantes.
- c) los esfuerzos conductuales y cognitivos que el individuo utiliza para afrontar esa situación de estrés.

De lo anterior se deriva que el afrontamiento puede estar dirigido a :

1. resolver un problema de forma lógica mediante la elaboración de un plan de acción.
2. centrarse en las respuestas emocionales, ira o tristeza, en la evitación, preocupación y reacciones fantásticas o supersticiosas.

Diversos estudios sobre la relación existente entre la inteligencia emocional y las estrategias de afrontamiento establecen que existen factores que influyen en la adecuada elección de una estrategia de afrontamiento eficaz o no²¹. Estos factores son:

- Creencias de autosuficiencia.
- Utilización de las emociones positivas.

- Las redes de apoyo social.

La inteligencia emocional, no sólo facilita la adaptación en situaciones de estrés a través de estrategias de afrontamiento positivo sino que ayuda a la mejor y mayor comprensión, manejo y adaptación en situaciones de estrés continuo como son los procesos de enfermedad, muerte o dolor, haciendo reducir los niveles de ansiedad y de deterioro, haciendo que aflore el uso de estrategias de adaptación que regulan o atenúan las emociones negativas y mantienen o potencian las positivas²¹.

Aquellas estrategias de afrontamiento que se basan en la interrupción y regulación de los estados emocionales negativos y prolongan los positivos, se asocian a estrategias de afrontamiento más efectivas que se basan en la reflexión y el afrontamiento activo y positivo de los problemas²¹.

La histerectomía se define como una situación altamente estresante, que genera fuertes reacciones emocionales con un reconocido efecto negativo sobre la recuperación postquirúrgica²⁵.

Aunque es cierto que la mayoría de las mujeres sometidas a histerectomía están situadas en una franja de edad que oscilan entre los 40 y los 50 años, también existen casos de mujeres que la experimentan siendo más jóvenes. Esto significa, que una mujer joven, que no ha llegado a la menopausia, si se le practica una histerectomía con retirada de ambos ovarios, experimentará la menopausia inmediatamente después de la cirugía, si no se le retiran los ovarios, tiene el 50% de posibilidades de experimentar la menopausia cinco años después de la cirugía¹¹.

Las consecuencias que experimentan las mujeres tras una histerectomía son: síndrome de irritación intestinal inducido por estrés, incontinencia urinaria, lesiones en vejiga, uretra e intestino por la proximidad anatómica con el útero y anejos, prolapso de la vagina, infecciones postquirúrgica, dolores en espalda, abdomen y cuello, depresión, ansiedad, disminución de la libido, disfunción sexual y problemas en la relación de pareja, pérdida de la feminidad y alteración del autoconcepto¹¹.

Existe una importante relación entre las alteraciones de autoconcepto y los problemas de pareja cuando la presencia de las redes sociales de la paciente, como familia, amigos y pareja, presentan un nivel bajo de apoyo²⁶.

Varios estudios demuestran que el empleo de técnicas de counselling (técnicas de consejo clínico) por parte del personal sanitario, dirigidas a facilitar la expresión de emociones y dudas, facilitan el sentimiento de apoyo emocional²⁷. Del mismo modo, proporcionar información que combata ideas míticas o erróneas como que la mujer sin útero está vacía o ya no es una mujer y no sirve para el sexo¹² también facilitan el sentimiento de apoyo emocional.

La elaboración de planes de vida, que guiados en función de valores personales y creencias, programara acciones y metas a corto y medio plazo, son acciones que ayudarán a que la mujer mantenga un cierto nivel de incentivación y motivación en el quehacer diario y de esta forma contribuir a la disminución de aspectos como la depresión o la ansiedad. Además de estas medidas, también resulta necesario facilitar el aprendizaje de estrategias o habilidades para afrontar y mantener el estrés dentro de límites normales como son los ejercicios de respiración profunda, ejercicios de relajación y contracción muscular, la visualización o desensibilización encubierta y las afirmaciones verbales que refuercen conductas positivas²⁷.

Sin embargo, Farrel et al²⁸ en el 2000 demuestran que el procedimiento de la histerectomía en sí mismo, no trae consigo alteraciones o disfunciones en la sexualidad, sino que son las preconcepciones ligadas al sexo o a los órganos sexuales los que hacen que las pacientes crean que guarda relación con la histerectomía y por lo tanto sea un factor desencadenante para la aparición de las disfunciones en este campo. El hecho de que la sexualidad pertenezca al ámbito más íntimo de las personas, hace también que sea el aspecto menos y peor tratado por el personal, por dos factores, bien porque la paciente presenta reservas a tratar problemas de esta índole, o bien porque el personal entiende que si la paciente no manifiesta tener dificultades en este campo significa que no los tiene o no los quiere tratar²⁹. Puntos coincidentes son que, la presencia de una buena relación de pareja pre-histerectomía y una buena red de apoyo emocional de la pareja tras la cirugía son factores fundamentales en la no percepción de un problema en las relaciones sexuales³⁰. Son, entonces, todas las otras alteraciones como la depresión, ansiedad, deterioro del autoconcepto y la pérdida de la feminidad, las que provocan alteraciones emocionales que hacen que se altere el binomio de bienestar psíquico-físico que necesita una mujer para el buen funcionamiento de su sexualidad³⁰.

La histerectomía desencadena conflictos de autoestima y es el personal de salud quien debe lidiar con los temores, creencias y ansiedad de las usuarias para prevenir síntomas depresivos³¹.

1.3. OBJETIVOS:

Objetivo general: Elaborar un plan de atención de enfermería que valore, planifique, aplique y evalúe los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades de una paciente afecta de hemorragia puerperal secundaria a atonía uterina sometida a una histerectomía, teniendo en cuenta al individuo, su familia y entorno.

Objetivos específicos del plan:

1. Identificar las necesidades de cuidados de la paciente afecta de hemorragia puerperal secundario a atonía uterina sometido a histerectomía y su familia.
2. Planificar junto con la paciente las intervenciones a realizar para cada una de las necesidades identificadas.
3. Instruir a la paciente en el manejo de estrategias de afrontamiento de la nueva situación que se le presenta de tal forma que le permita desarrollarse con el máximo de independencia.
4. Ejecutar junto con la paciente las intervenciones planteadas identificando los cambios que incorpora el paciente y la afectación/satisfacción de las necesidades afectadas en el paciente y en su familia.
5. Evaluar los resultados obtenidos con la paciente y su familia durante este proceso de cuidados.

2. MATERIAL Y MÉTODO.

Se plantea la elaboración de una intervención de enfermería a una paciente que se le practica una histerectomía tras sufrir una HPP ocasionada por una atonía uterina. La intervención se desarrolla en el contexto de una unidad de Reanimación durante la fase en la que la paciente se encuentra estable hemodinámicamente, consciente y orientada.

Para la elaboración del plan de atención de enfermería se ha empleado la metodología enfermera, realizando una comparativa entre los patrones funcionales de Marjory Gordon y las necesidades básicas de Virginia Henderson para la fase de valoración y se han realizado los diagnósticos enfermeros mediante la taxonomía de la NANDA. El modelo conceptual enfermero elegido es el modelo de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson en su versión española realizada por las autoras María Teresa Luis Rodrigo et al. También se ha empleado la clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)³⁶ para la elaboración de los objetivos y la clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)³⁷ para establecer las actividades a llevar a cabo.

Para la obtención de otros datos se ha recurrido a las escalas que se emplean en la unidad de reanimación, en la que trabajo:

- La escala de agitación/sedación de Richmond (RASS) para valorar nivel de sedación de pacientes conectados a ventilación mecánica.
- La escala neurológica de Glasgow para medir el nivel de consciencia en pacientes extubados.
- La escala de Braden que mide el riesgo de aparición de úlceras por presión.
- La escala virtual analógica de medición del dolor (EVA).
- La escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

2.1. PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 37 años de edad, ama de casa, casada y en el puerperio inmediato de su primer hijo; un varón sano que nace tras 37 semanas de edad gestacional y que pesa al nacer 3.400 kg con un Apgar 9/10; llega al servicio de Reanimación del Hospital Insular (REA), trasladada desde el área quirúrgica del Hospital Materno Infantil donde se encontraba tras realizársele, en un primer tiempo, una histerectomía obstétrica subtotal por un diagnóstico de HPP por atonía uterina, tras periodo expulsivo de larga duración, en un parto vaginal eutócico que finaliza en fórceps, inducido por una colestasis hepática de mala evolución. Realizando ligadura de arterias uterinas y taponamiento vaginal previo.

Pese a esto se produjo empeoramiento de su estado hemodinámico, reflejado en sus constantes vitales y evidenciado porque el sangrado vaginal continuaba pese al taponamiento, por lo que se le practicó, en un segundo tiempo quirúrgico; una revisión de la histerectomía subtotal anterior mediante relaparotomía, verificándose la integridad de las estructuras

como la vejiga, uretra e intestinos, se comprobó hemostasia del lecho quirúrgico y se procedió a la exéresis del muñón cervical más anexetomía. Colocación de nuevo taponamiento con gasa y Nitrofurazol en vagina, colocación de drenajes intracavitarios.

Se estimó que las pérdidas hemáticas durante el parto y tiempo quirúrgico fueron de entre 2000cc a 2500cc, y el descenso de la hemoglobina hasta 4gr/dl, precisando la transfusión de diez concentrados de hematíes, dos pool de plaquetas y seis de plasma.

La paciente presentó condiciones de inestabilidad hemodinámica, precisando el uso de drogas vasoactivas como la Noradrenalina (NA) a dosis de 0.4mcg/kg/min. para mantener tensiones arteriales medias mayores de 70mmHg, presentó oligoanuria pese al uso de diuréticos durante la cirugía previa a su ingreso en la REA y precisó ser sedada y conectada a ventilación mecánica. Como antecedentes personales de interés:

- No alergias medicamentosas conocidas (NAMC).
- Obesidad tipo III mórbida.
- Diabetes gestacional.
- Inducción del parto por colestasis intrahepática de evolución inadecuada.

La paciente permaneció cinco días ingresada en la unidad de reanimación antes de ser trasladada al Hospital Materno Infantil, para la optimización de las funciones hemodinámicas, lográndose la retirada de la NA a los dos días del ingreso. Precisó ser transfundida una vez más durante su estancia en la REA de cuatro concentrados de hematíes y un pool de plaquetas, no precisó volver a ser reintervenida por sangrado ni por ninguna otra complicación de origen abdominal. Se realizó destete de la ventilación mecánica con reclutamiento alveolar y se logró extubar con éxito en primer intento. Desde entonces se mantuvo con estabilidad hemodinámica y con buen patrón respiratorio aunque continuó presentando oligoanuria con buena respuesta a expansión volumétrica y dosis pequeñas de furosemida. Valores de creatinina y urea en descenso. Inicialmente presentó hiperglucemia que precisó ser controlada con pauta móvil (PM) de Insulina hasta quedar normoglucémica con el paso de los días.

Fue valorada a diario por el servicio de ginecología del Hospital Materno Infantil, y fueron ellos, los encargados, tras su extubación, de informar a la paciente de las medidas terapéuticas usadas ante la situación de emergencia (histerectomía total más anexetomía), el equipo informó también del estado de su recién nacido. Además de valorar el buen estado de la herida quirúrgica y episiotomía. Fue valorado también el estado de las mamas, que en ese momento era normal, no se había producido aún la subida de la leche, las mamas se encontraban algo calientes pero no ingurgitadas ni enrojecidas y se procedió al vendaje compresivo de las mismas según protocolos de actuación de ginecología.

La paciente portaba a su ingreso: vía venosa central (VVC) yugular interna derecha, permeable y con buen aspecto del punto de punción, catéter arterial para medición de la presión arterial invasiva en arteria radial derecha, permeable y con buen aspecto también del punto de punción. Era portadora de sonda vesical (SV) de látex del número 14 y dos vías venosas periféricas (VVP) del calibre 14 y 16, una en cada miembro superior, ambas permeables y con buen estado del punto de punción.

Tubo endotraqueal liso o de baja presión del número 7 con una presión de neumotaponamiento de 22 cmH₂O. Portaba catéter epidural que no se usó durante su estancia en la REA y el cual se retiró en mismo día del alta del servicio, sin presentar complicaciones de infección ni sangrado.

Además portaba dos redones intracavitarios con vigilancia del débito horario, apósito limpio y seco, taponamiento vaginal más compresa ginecológica para valoración del sangrado y episiotomía con buen aspecto.

Se inició la tolerancia oral, resultando positiva. Presentó movimientos peristálticos y flatulencias, realizó deposición en el cuarto día. Quedó normoglucémica al alta.

Recibió a diario, durante su estancia en la REA, la visita de su marido y otros familiares, que se mostraron en actitud muy paciente y colaboradora, fueron ellos, sobre todo su marido, el encargado de, cuando ya estuvo consciente, enseñarle fotos y vídeos de su bebé, así como contarle cómo y dónde se encuentra.

Dada la complejidad del proceso de salud por la que ha atravesado la paciente, y dado que el periodo de tiempo que corresponde a su estado hemodinámico de salud más deteriorado fue corto y donde la mayoría de los problemas que surgieron fueron de índole colaborativo, es importante hacer hincapié, en la fase del proceso de recuperación a partir del

cuál la paciente está extubada y estable hemodinámicamente, consciente y orientada en el lugar que se encuentra, y centrar la intervención en el momento en el que recibe la información de por qué está en esta unidad, qué ha pasado con su bebé y cuáles fueron las medidas terapéuticas que se le han practicado para alcanzar la estabilidad en la situación de emergencia que ha vivido recientemente, ya que es en este momento donde yo, como su enfermera, puedo poner en práctica las estrategias que le ayuden a afrontar las nuevas noticias.

2.2. FASE DE VALORACIÓN:

Según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon:

Patrón 1: Percepción de la salud-manejo de la salud.

La paciente siempre ha gozado de buena salud, nunca ha padecido de ninguna enfermedad, hasta que le diagnosticaron la diabetes gestacional, pero que ella no lo percibe como una enfermedad sino como algo pasajero que se le curaría cuando diera a luz. No fuma, ni ha fumado nunca, tampoco toma alcohol porque dice que no le gusta y tampoco ha consumido otras drogas. Aunque presenta obesidad de grado III, dice que siempre ha sido rellenita pero el aumento de peso durante el embarazo lo considera como algo pasajero y que acabará perdiendo peso tarde o temprano.

No toma tratamiento en casa, tomó Doxilamina succinato/ Piridoxina hidrocloreuro durante algún tiempo al comienzo del embarazo pero hace meses que lo ha dejado. Me comenta acerca de las recomendaciones de su matrona y ginecólogo para el control, a través de la dieta y el ejercicio físico, de la diabetes gestacional.

Manifiesta que quiere recuperarse pronto y sentirse bien para poder estar pronto con su bebé en casa.

Acude a todos sus controles periódicos con el ginecólogo, matrona y odontólogo.

Patrón 2: Nutricional-Metabólico.

Me cuenta que desayuna lo que le apetece, aunque intenta desayunar algún producto lácteo como yogur, alguna fruta como el kiwi y algún bocadillo pequeño con mantequilla o embutidos. Luego toma algo a media mañana, generalmente bollería. Prepara la comida para su marido e intenta que las comidas sean variadas y que incluya de todos los grupos de alimentos, alterna entre pastas, carnes y pescados. Para cenar, siempre bocadillos o sándwiches, aunque reconoce que desde que está embarazada come mas cantidad que antes y aunque procuraba no comer cosas fritas, ahora le apetece hacerlo.

Bebe 1 litro de agua al día y a veces no llega a esa cantidad. Merienda algo de fruta o un yogur con miel.

Presenta buen estado de las piezas dentales, su piel está cuidada e hidratada, no hay lesiones durante su ingreso en los puntos de apoyo, presenta buena continuidad de la piel. Durante su ingreso se calcula el riesgo de aparición de úlceras por presión (UPP) mediante la escala de Braden (punto 3.5 del anexo III) y oscila entre 7 puntos en el momento de estar sedada y conectada a ventilación mecánica hasta 14 puntos en el momento del alta a la planta.

Peso 110 kilos; talla 1.60; IMC 42,96.; Glucemia: 112mg/dl.

Patrón 3: Eliminación.

Ambos patrones de eliminación son normales, no presenta dificultad para realizarlos, pero durante su ingreso presenta ligera oliguria que precisa ser forzada con volumen y con furosemida, aunque los valores de creatinina y urea van mejorando cada vez más. Desde que ingresó en la REA sólo ha realizado una deposición, pero nota movimientos peristálticos y presenta flatulencias.

Patrón 4: Actividad-Ejercicio.

En un día normal, se levanta, su marido ya se ha ido a trabajar y ella está sola en casa, desayuna y durante dos o tres horas se dedica a realizar tareas de la casa, luego hace la comida para su marido y para ella, si lo necesita, se acerca al supermercado para comprar cosas y aprovecha para dar una vuelta por las tiendas de alrededor. Luego, tras el almuerzo, duerme la siesta y cuando se levanta, o bien va a casa de su madre en coche, o bien queda con alguna amiga a tomar un café o simplemente pone orden en la casa y se queda viendo la televisión.

En pocas ocasiones le gusta ir a caminar, aunque sabe que es positivo para ella y a veces consigue convencerse a sí misma. Su actividad física es bastante escasa. En la unidad de reanimación manifiesta sus ganas de irse para hacer cosas con su bebé.

TA: 120/55; FC: 80 ppm; FR: 14 rpm.

Patrón 5: Sueño-Descanso:

No tiene problemas para dormir, siempre le ha sido fácil conciliar el sueño incluso durante su estancia en la REA, descansa sin necesidad de inductores o benzodiazepinas, pero manifiesta abiertamente tener miedo a no despertarse una vez ya en casa con el bebé, si este llora o se despierta por las noches.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo.

Se presenta consciente, orientada en tiempo, persona y espacio, y muy colaboradora.

No presenta dificultades que impidan mantener una comunicación fluida con ella, parece comprender los conceptos que se le explican. Se realiza durante su estancia en la REA la valoración neurológica a través de la escala de Glasgow con resultado de 15 puntos en ese momento de la valoración. (Ver punto 3.4 del anexo III).

La valoración mediante la escala de sedación-agitación de Richmond (ver punto 3.3 del anexo III) se reserva al momento en el que la paciente se encuentra bajo efectos de sedación y conectada a ventilación mecánica, y no es el momento de la valoración que nos ocupa puesto que ahora, la paciente no está conectada a ventilación mecánica y se encuentra consciente, orientada y colaboradora por lo que la escala que merece mención en este momento de la valoración es la escala neurológica de Glasgow.

No presenta dificultades en la visión ni la audición. No lleva gafas. Tiene facilidad para recordar cómo transcurrieron los hechos hasta el momento de la sedación y no presenta dolor. Se realiza escala analógica EVA del dolor con resultado de 0 puntos. Ver punto 3.7 del anexo III.

Patrón 7: Autocontrol-Autoconcepto.

Se considera una mujer fuerte capaz de “encajar” bien los golpes emocionales. Reconoce que llora y se siente triste a menudo, sobre todo en los estados premenstruales, y que este golpe es uno de los más duros que ha recibido, porque ella manifiesta que traer un hijo al mundo es un proceso natural y que tanta complicación nunca entró dentro de sus planes, por eso ahora dice que le resulta difícil encajar esta noticia, porque ni se imaginaba que esto pudiera suceder en el parto ni mucho menos que le sucediera a ella. Le viene a la mente comentarios de sus mayores que decían que las mujeres sin útero estaban “vacías” y eso no le gusta; sin embargo, para animarse a sí misma dice que el cuidado de su hijo le distraerá de todas esas ideas que la ponen triste y le preocupan.

Dice que el hecho de practicarle la histerectomía le preocupa en el aspecto de si le afectará o no en la práctica sexual con su pareja.

Se realiza escala de depresión y ansiedad de Goldberg con resultado para ansiedad de 3 puntos, por lo tanto no existe ansiedad en el momento del alta de la reanimación y de 3 puntos en la subescala de depresión, por lo que tampoco se detecta depresión, en este momento de la valoración. Ver punto 3.8 del anexo III.

Patrón 8: Rol-Relaciones:

Vive con su marido en su casa. Ella se dedica al cuidado de la casa y a las obligaciones del hogar porque hace unos meses atrás se quedó sin trabajo. Se lleva bien con su marido y siente que él le apoya en todo. Tiene una hermana que aún vive con sus padres y con la que se siente muy unida, visita con frecuencia a sus padres para ayudar a su madre en las tareas de la casa y acompañarla a comprar, puesto que su hermana sí está trabajando y ayuda menos a su madre. Así se siente más útil y tranquila consigo misma porque sirve de ayuda y compañía a su madre. Los fines de semana le gusta salir a comprar con su marido y a cenar fuera de casa. También está en contacto por teléfono con sus amigas con las que queda para verlas y hablar de cuando en cuando, ya que ellas también trabajan.

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción:

La paciente sólo ha tenido una gestación y un solo parto.

Sabe que a partir de ahora no tendrá más el período de la menstruación y de momento, y aunque conoce los efectos que la menopausia tendrá sobre su cuerpo, parece que no le da demasiada importancia, todo indica que porque es demasiado pronto para sentir los síntomas de una menopausia temprana. Le preocupan otras cosas como sentirse “vacía” y sin función en la vida como mujer.

Le preocupa las connotaciones que tendrán los cambios morfológicos en su anatomía genital tras la cirugía en la práctica satisfactoria de su actividad sexual.

Patrón 10: Adaptación-Tolerancia al estrés:

De forma general suele adaptarse a las situaciones que se le plantean pero en esta ocasión ha manifestado abiertamente lo inesperado que ha sido para ella esta noticia y las dificultades o miedos que tiene para enfrentarse a ellas. Se hace la fuerte en la hora de la visita pero llora, puntualmente, cuando sus familiares se van.

Patrón 11: Valores-Creencias:

Le da mucha importancia a que su familia y marido se encuentren bien y no estén preocupados por su estado actual. Dice que cuando salga del hospital quiere ir a visitar a sus suegros a su país para que conozcan al niño.

Ya que el modelo conceptual enfermero elegido es el modelo de las necesidades básicas de Henderson, procederemos a realizar la fase de valoración del proceso de atención de enfermería siguiendo las catorce necesidades que la autora describió en su modelo, con el fin de demostrar que tanto los patrones funcionales de M. Gordon como las necesidades básicas de V. Henderson son igual de útiles en la recogida de datos.

Organización de los datos según el modelo de V. Henderson:

Necesidad 1: Respirar normalmente.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: Destete y extubación programada sin incidencias, no presenta dificultades para respirar.

Datos a considerar: No fuma, FR:14rpm.

Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente.

Manifestaciones de dependencia: presenta IMC de 42,96%, peso 110 kg. A media mañana toma bollería y no siempre llega a tomar un litro de agua al día.

Manifestaciones de independencia: el aumento del peso durante su embarazo lo considera algo pasajero, dice que perderá peso tarde o temprano.

Datos a considerar: intenta llevar una dieta variada que incluya todo tipo de alimentos, procura no comer cosas fritas pero reconoce que ahora que estaba embarazada le apetecía tomarlas y come más cantidad que antes.

Necesidad 3: Eliminar por todas las vías corporales.

Manifestaciones de dependencia: desde que ingresó en la REA sólo ha realizado una deposición y necesita de aporte volumétrico para forzar diuresis.

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Datos a considerar: porta sondaje vesical, presenta flatulencias y movimientos peristálticos.

Necesidad 4: Moverse y mantener postura adecuada.

Manifestaciones de dependencia: Su actividad física es bastante escasa.

Manifestaciones de independencia: En pocas ocasiones le gusta ir a caminar, aunque sabe que es positivo para ella y a veces consigue convencerse a sí misma

Datos a considerar: No se observan.

Necesidad 5: Dormir y descansar.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: No tiene problemas para dormir, no usa medicación para conciliar el sueño.

Datos a considerar: Dice tener miedo a no despertarse si el bebé llora una vez en casa.

Necesidad 6: Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: Su aspecto es cuidado y limpio.

Datos a considerar: No se observan.

Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Datos a considerar: No presenta fiebre durante su ingreso.

Necesidad 8: Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: Presenta un aspecto limpio y aseado en el momento de su ingreso. Presenta buen estado de las piezas dentales.

Datos a considerar: Educación para el cuidado de la episiotomía.

Necesidad 9: Evitar los peligros ambientales y evitar las lesiones a otras personas.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: Acude siempre a sus controles con el ginecólogo y la matrona, está informada de cómo controlar la diabetes gestacional, se considera una persona sana.

Datos a considerar: siempre tomó su tratamiento perinatal. Tiene muchas ganas de recuperarse pronto.

Necesidad 10: Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

Manifestaciones de dependencia: Manifiesta que tiene gran capacidad para afrontar los problemas pero este ha sido un golpe muy duro.

Manifestaciones de independencia: Se siente apoyada por su pareja, tiene una hermana con la que se siente muy unida, visita con frecuencia a sus padres y ayuda a su madre en casa, así se siente útil y tranquila. Expresa sus temores respecto a las posibles dificultades que la histerectomía pueda tener en su vida sexual y sentirse “vacía” como mujer.

Datos a considerar: No ve a sus amigas todo lo que quisiera porque éstas también trabajan. Presenta siempre actitud muy positiva y comunicativa.

Necesidad 11: Vivir de acuerdo con sus propias creencias y vivencias.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Datos a considerar: Le da mucha importancia a que su familia y su marido se encuentren bien.

Necesidad 12: Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: Le gusta visitar a sus padres y ayudar a su madre en las tareas de la casa, eso le hace sentir útil. Ella se encarga de las tareas del hogar puesto que su marido trabaja fuera de casa.

Datos a considerar: Se quedó sin trabajo hace algunos meses.

Necesidad 13: Participar en actividades recreativas.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: Le gusta salir a comprar y a comer fuera con su marido los fines de semana. Va a visitar a sus padres siempre que puede o queda con amigas para hablar de cuando en cuando.

Datos a considerar: Quiere ir al país de su marido a ver a sus suegros para que conozcan al niño.

Necesidad 14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Datos a considerar: Manifiesta de forma muy abierta sus dudas y temores.

2.3.FASE DE DIAGNÓSTICO:

2.3.1. Problemas de independencia: diagnósticos reales, de riesgo y de salud-bienestar:

1.(00001) Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal. (área de dependencia: fuerza psíquica-voluntad)

2.(00097) Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas m/p afirmaciones de la paciente de que se aburre. (área de dependencia: fuerza física)

3.(00168) Sedentarismo r/c falta de interés m/p elegir una rutina diaria con falta de ejercicio físico.(área de dependencia: voluntad)

4.(00182) Disposición para mejorar el autocuidado. (área de dependencia: conocimiento)

5.(00126) Conocimientos deficientes r/c mala interpretación de la información m/p verbalización del problema. (área de dependencia: conocimiento)

6.(00118) Trastorno de la imagen corporal r/c la cirugía m/p verbalización de percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal y de cambios en el estilo de vida. (área de dependencia: conocimiento).

7.(00065) Patrón sexual ineficaz r/c déficit de habilidades sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico m/p informe de limitaciones en las conductas sexuales. (área de dependencia: conocimiento).

8.(00104) Lactancia materna ineficaz r/c interrupción de la lactancia materna m/p insuficiente oportunidad de succionar los pechos. (área de dependencia: fuerza física)

9.(00209) Riesgo de alteración de la díada materno/fetal r/c complicaciones del embarazo y compromiso del transporte de O₂. (área de dependencia: fuerza física).

10.(00069) Afrontamiento ineficaz r/c incertidumbre y falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p expresiones de incapacidad para el afrontamiento. (área de dependencia: fuerza psíquica y conocimiento).

11.(00148) Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante como la hospitalización y la falta de familiaridad con la experiencia ambiental. (área de dependencia: conocimiento).

2.3.2. Problemas de colaboración:

1.(00206) Riesgo de sangrado r/c complicaciones postparto (por ejemplo atonía uterina o retención de la placenta).

2.(00004) Riesgo de infección r/c defensas primarias y secundarias inadecuadas.

3.(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c cambios en el tesor de la piel y zona perianal y humedad-hidratación m/p alteración de la superficie de la piel. (episiotomía).

2.3.3. Problemas de autonomía:

Según María Teresa Luis Rodrigo y cols, los problemas de autonomía, según el modelo conceptual de enfermería, no se formulan siguiendo la Taxonomía de la NANDA, sino que siguen una formulación específica y suele corresponder siempre a la pérdida de autonomía en las mismas necesidades³¹.

1.Eliminación urinaria/fecal (suplencia parcial).

2.4. FASE DE PLANIFICACIÓN:

Día 1. Ingreso en la unidad de Reanimación. La paciente ingresó sobre las 18.30 horas del día 12 de Agosto de 2012 en la unidad de reanimación procedente del Hospital Materno Infantil. Llegó conectada a ventilación mecánica (VM), sedada y con aporte de catecolaminas pues se encontraba inestable hemodinámicamente. Se ubicó a la paciente en el box, se realizó monitorización continua de constantes, analítica de ingreso, radiografía portátil de tórax y electrocardiograma a petición del servicio de anestesia. Se procedió a la apertura de la gráfica de registro de datos de la unidad, se anotaron constantes hemodinámicas, glucemia, presión del neumotaponamiento, diuresis y débito de los drenajes. Se vigiló la condición de inestabilidad para establecer control mediante el uso de drogas vasoactivas. Se corroboró el estado de los apósitos y el estado de la piel y puntos de apoyo.

Desde el momento del ingreso de la paciente en la unidad se procede a la recogida sistematizada de los datos. La fase de valoración de los datos, como ya he explicado anteriormente, atraviesa diferentes estados, intrínsecamente relacionados con los distintos estados de salud que vive la paciente. La recogida de las intervenciones de enfermería como el aseo, cura de episiotomía o herida abdominal, administración de tratamiento médico, diferentes mediciones de parámetros incluyendo glucemia y resto de constantes vitales quedan reflejadas en las hojas de seguimiento de la evolución de la paciente, ver punto 3.6 del anexo III. La recogida de datos como las constantes se realiza de forma horaria como es habitual en unidades como esta, mientras que las diferentes escalas, como la de Glasgow, Braden o RASS, se realizan por turno. Se realizaron cuidados diarios habituales atendiendo al estado hemodinámico de la paciente y se realizaron los cuidados de enfermería específicos de los pacientes sedados y conectados a ventilación mecánica, como son la aspiración de secreciones, lavado y lubricación de ojos y boca y prevención de aparición de úlceras por presión, entre otros. Durante esta primera fase del ingreso, que dura aproximadamente dos días, en donde la paciente se encontraba sedada y conectada a ventilación mecánica, la mayoría de las intervenciones enfermeras van encaminadas a realizar tareas de colaboración, donde se vigila, detecta y previene la aparición de problemas potenciales relacionados con el motivo del ingreso.

Día 2. Realizados cuidados habituales de enfermería, baño en cama, cura de herida quirúrgica, episiotomía y de accesos vasculares, vigilancia de la piel y puntos de apoyo, aspiradas secreciones, lavado y lubricación ocular y limpieza de la boca, realizados cambios posturales. Sonda vesical permeable. Se inició descenso de catecolaminas, retirada paulatina de la sedación y destete de la ventilación mecánica, comenzando por el cambio de modalidad ventilatoria de controlada a asistida. Presentó diuresis escasa y necesitó ser forzada con dosis de furosemida. No presentó deposición hasta el momento. Débito por los drenajes controlados, no signos de sangrado tampoco por los apósitos. Presentó hiperglucemia y necesitó ser controlada con PM de insulina según protocolo de la unidad. Administrado tratamiento según pauta de REA.

Día 3 (Primer día postextubación). Tras buena respuesta al destete de la VM y una buena imagen radiológica del tórax, se procedió a la extubación con éxito. La paciente se presentó consciente, orientada y colaboradora (medurable a través de la escala de Glasgow, punto 3.4, anexo III). Mantuvo constantes hemodinámicas dentro de la normalidad sin aporte de catecolaminas. Buen estado de la piel y puntos de apoyo, recuperó movilidad propia en la cama (medido a través de la escala de Braden, punto 3.5, anexo III). Continuó presentando oligoanuria e hiperglucemia, ambas en tratamiento médico. Buen estado de los puntos de punción de los accesos vasculares, herida quirúrgica y débito por los drenajes controlados. El servicio de ginecología procedió a comunicar a la paciente las medidas terapéuticas adoptadas en la situación de HPP. Se realizó vendaje compresivo de ambas mamas por orden de ginecología. No deposición. Diuresis y glucemia en fase de control. Descansó bien durante la noche sin sedación y no presentó dolor (medurable a través de la escala EVA, punto 3.7, anexo III). Es a partir de este momento del proceso de recuperación donde la paciente presentó otras demandas de cuidados, propias de la enfermera. La paciente comenzó a manifestar verbalmente sus miedos o temores y su falta de habilidades o estrategias para afrontar las posible complicaciones, o al menos, aquellas que ella creía conocer por su falta

de conocimiento sobre la nueva experiencia, la histerectomía y sus implicaciones. Aproveché la buena actitud comunicativa de la paciente para indagar sobre la percepción que tiene de su proceso. En esta fase de la evolución, se utilizaron también otras escalas de valoración como la de depresión y ansiedad de Goldberg (punto 3.8, anexo III).

Día 4. (Segundo día postextubación). Realizados cuidados habituales. Cura de accesos vasculares y herida quirúrgica. No signos de sangrado. No hubo aumento del débito de los redones. Buen estado de la piel y puntos de apoyo. Eupnéica y sin secreciones. No dolor. Mejoría de la función renal y control de la glucemia. Se inició tolerancia oral resultando positiva. Presentó deposición. Este día comencé a llevar a cabo las intervenciones enfermeras para conseguir aclarar las dudas, desmitificar ideas y facilitar estrategias de afrontamiento para sobrellevar las dificultades, como parte del plan diseñado para esta intervención.

Día 5. Alta y traslado al Hospital Materno Infantil. Paciente que presentó herida abdominal y de episiotomía con buen aspecto y evolución. Presentó buena tolerancia oral a dieta normal. Duerme sin incidencias, refería sentirse descansada. Presentó buen patrón de eliminación urinaria y fecal. Buena movilidad en la cama, no deambulaba todavía pero presentó riesgo moderado de aparición de úlceras por presión (medurable a través de escala de Braden, punto 3.5, anexo III). No presentó dolor (medurable a través de la escala EVA, punto 3.7, anexo III). Se mostró contenta y comunicativa ante el alta (medurable a través de la escala de Goldberg, punto 3.8, anexo III). Fue trasladada al Materno a última hora de la tarde.

2.5. FASE DE INTERVENCIÓN:

La paciente presentó manifestaciones de dependencia o patrones disfuncionales en varios de los aspectos valorados pero dada la intencionalidad de esta intervención de enfermería se decide focalizar la actuación en la planificación y ejecución de objetivos y actividades de aquellos diagnósticos con mayor relevancia desde el punto de vista de la afectación psicoemocional, de afrontamiento y de aquellos relacionados con la falta de conocimiento que lleva a ideas erróneas dentro de su proceso de salud: la histerectomía. Se detallan a continuación:

- ✚ (00126) Conocimientos deficientes r/c mala interpretación de la información m/p verbalización del problema. (área de dependencia: conocimiento)
- ✚ (00118) Trastorno de la imagen corporal r/c la cirugía m/p verbalización de percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal y de cambios en el estilo de vida. (área de dependencia: conocimiento).
- ✚ (00065) Patrón sexual ineficaz r/c déficit de habilidades sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico m/p informe de limitaciones en las conductas sexuales. (área de dependencia: conocimiento).
- ✚ (00069) Afrontamiento ineficaz r/c incertidumbre y falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p expresiones de incapacidad para el afrontamiento. (área de dependencia: fuerza psíquica y conocimiento).
- ✚ (00148) Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante como la hospitalización y la falta de familiaridad con la experiencia ambiental. (área de dependencia: conocimiento).

Es necesario aclarar que, en el diagnóstico Trastorno de la imagen corporal y Temor confluyen la escasa proximidad familiar y el tiempo, pues en esos cuatro días de estancia en la unidad es demasiado pronto para que ella aprecie y manifieste los cambios en la imagen corporal, y en el caso del temor, la unidad no permite un adecuado acercamiento al entorno social y de apoyo de la paciente. Sin embargo, trabajando el diagnóstico Conocimientos deficientes y Afrontamiento ineficaz, se pueden abordar, indirectamente, los dos problemas mencionados en el párrafo anterior.

Diagnósticos trabajados:

NANDA	(00126) Conocimientos deficientes
Resultados NOC:	1824 y 1803. Conocimiento: cuidados en la enfermedad y proceso de la enfermedad
Indicadores del NOC	180302. Proceso de la enfermedad. 180306. Signos y síntomas de la enfermedad.

Escalas:	180314.Efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo. Ningún conocimiento(1), Conocimiento escaso(2), Conocimiento moderado(3), Conocimiento sustancial(4), Conocimiento extenso(5)
Intervención NIC	5606.Enseñanza individual
<p>Actividades</p> <p>Inicio de la actividad: Primer día de la extubación, cuando recibe la información de las medidas terapéuticas adoptadas por el equipo médico de ginecología.</p> <p>Frecuencia: diaria.</p> <p>Duración: continua.</p>	<p>-Establecer una relación empática.</p> <p>-Establecer la credibilidad del educador.</p> <p>-Determinar las necesidades de enseñanza de la paciente.</p> <p>-Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos de la paciente.</p> <p>-Valorar el nivel educativo de la paciente.</p> <p>-Valorar las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas de la paciente</p> <p>-Determinar la motivación de la paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas).</p> <p>-Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con la paciente.</p> <p>-Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.</p> <p>-Seleccionar los métodos/estrategias de enseñanza de la paciente.</p> <p>-Seleccionar los materiales educativos adecuados.</p> <p>-Corregir las malas interpretaciones de la información si procede.</p> <p>-Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</p>
Intervención NIC	5618.Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
<p>Actividades</p> <p>Inicio de la actividad: Primer día de la extubación, cuando recibe la información de las medidas terapéuticas adoptadas por el equipo médico de ginecología.</p> <p>Frecuencia: diaria.</p> <p>Duración: continua.</p>	<p>-Informar a la paciente acerca de dónde y cuándo tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, si procede.</p> <p>-Informar a la paciente acerca de la duración del procedimiento/tratamiento.</p> <p>-Informar a la paciente de quién va a realizar el procedimiento/tratamiento.</p> <p>-Reforzar la confianza de la paciente con el personal involucrado, si es el caso.</p> <p>-Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.</p> <p>-Explicar el procedimiento/tratamiento.</p> <p>-Obtener el consentimiento informado de la paciente para la realización del procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro, si procede.</p> <p>-Enseñar a la paciente cómo cooperar durante el procedimiento/tratamiento.</p> <p>-Presentación del personal involucrado en la realización del procedimiento/tratamiento.</p> <p>-Proporcionar información sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Corregir las expectativas irreales del procedimiento/tratamiento. -Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
Intervención NIC	5602.Enseñanza: proceso de la enfermedad.
Actividades Inicio de la actividad: Primer día de la extubación, cuando recibe la información de las medidas terapéuticas adoptadas por el equipo médico de ginecología. Frecuencia: diaria. Duración: continua.	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. -Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso. -Revisar el conocimiento de la paciente sobre su estado. -Reconocer el conocimiento de la paciente sobre su estado. -Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. -Identificar la etiología posible, si procede. -Proporcionar información a la paciente acerca de la enfermedad, si procede. -Identificar cambios en el estado físico de la paciente. -Evitar las promesas tranquilizadoras vacías. -Dar seguridad sobre el estado del paciente, si procede. -Comentar los cambios en el estilo de vida que pueda ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. -Describir las posibles complicaciones crónicas, si procede. -Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

NANDA	(00069) Afrontamiento ineficaz
Resultados NOC	1300. Aceptación: estado de salud.
Indicadores del NOC Escalas:	130002.Renuncia al concepto previo de salud. 130017.Se adapta al cambio en el estado de salud. 130007.Expresa sentimientos sobre el estado de salud. 130009.Búsqueda de información. Nunca demostrado(1), Raramente demostrado(2), A veces demostrado(3), Frecuentemente demostrado(4), Siempre demostrado(5).
Intervención NIC	5270. Apoyo emocional
Actividades Inicio de la actividad: Primer día de la extubación, cuando recibe la información de las medidas terapéuticas adoptadas por el equipo	<ul style="list-style-type: none"> -Comentar la experiencia emocional con la paciente. -Explorar con la paciente qué ha desencadenado las emociones. -Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. -Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. -Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. -Animar a la paciente a que exprese dichos sentimientos.

<p>médico de ginecología. Frecuencia: diaria. Duración: continua.</p>	<p>-Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza. -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias de la paciente. -Facilitar la identificación por parte de la paciente de esquemas de respuestas habituales a los miedos. -Proporcionar ayuda a la paciente en la toma de decisiones.</p>
Resultados NOC	1302. Afrontamiento de problemas.
<p>Indicadores del NOC</p> <p>130205.Verbaliza aceptación de la situación. 130221.Busca información acreditada sobre el tratamiento. 130201.Identifica patrones de superación eficaces. 130218.Refiere aumento del bienestar psicológico.</p> <p>Escalas:</p>	<p>Nunca demostrado(1), Raramente demostrado(2), A veces demostrado(3), Frecuentemente demostrado(4), Siempre demostrado(5).</p>
Intervenciones NIC	5240. Asesoramiento.
<p>Actividades</p> <p>Inicio de la actividad: Primer día de la extubación, cuando recibe la información de las medidas terapéuticas adoptadas por el equipo médico de ginecología. Frecuencia: diaria. Duración: continua.</p>	<p>-Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. -Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede. -Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones. -Pedirle a la paciente que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que sucede. -Ayudar a la paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema. -Ayudar a la paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos. -Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.</p>
Resultados NOC	1305. Modificación psicosocial.
<p>Indicadores del NOC</p> <p>130505.Expresiones de optimismo sobre el presente. 130508.Identificación de múltiples estrategias de superación. 130513.Expresiones de apoyo social adecuados.</p> <p>Escalas:</p>	<p>Nunca demostrado(1), Raramente demostrado(2), A veces demostrado(3), Frecuentemente demostrado(4), Siempre demostrado(5).</p>
Intervención NIC	5230. Aumentar el afrontamiento.
<p>Actividades</p> <p>Inicio de la actividad: Primer día de la</p>	<p>-Valorar el impacto de la situación vital de la paciente en los papeles y relaciones.</p>

<p>extubación, cuando recibe la información de las medidas terapéuticas adoptadas por el equipo médico de ginecología.</p> <p>Frecuencia: diaria.</p> <p>Duración: continua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. -Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación. -Ayudar a la paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. -Proporcionar a la paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería. -Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. -Ayudar a la paciente a identificar las fuentes disponibles y los sistemas de apoyo para que le ayuden al cumplimiento de sus objetivos. -Instruir a la paciente en el uso de técnicas de relajación. -Ayudar a la paciente a clarificar los conceptos y conocimientos equivocados.
<p>Intervención NIC</p>	<p>5210. Guía de anticipación.</p>
<p>Actividades</p> <p>Inicio de la actividad: Primer día de la extubación, cuando recibe la información de las medidas terapéuticas adoptadas por el equipo médico de ginecología.</p> <p>Frecuencia: diaria.</p> <p>Duración: continua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ayudar a la paciente a identificar la posible aparición de crisis en desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar. -Enseñar acerca del desarrollo y comportamiento normal si procede. -Determinar los métodos de resolución de problemas habituales de la paciente. -Ayudar a la paciente a decidir la forma de solucionar el problema. -Ayudar a la paciente a identificar los recursos y opciones disponibles. -Sugerir libros/literatura para que la paciente los lea.
<p>Resultados NOC</p>	<p>0906. Toma de decisiones.</p>
<p>Indicadores del NOC</p> <p>Escalas:</p>	<p>090601. Identifica información relevante.</p> <p>090602. Identifica alternativas.</p> <p>090603. Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa.</p> <p>Gravemente comprometido(1), Sustancialmente comprometido(2), Moderadamente comprometido(3), Levemente comprometido(4), No comprometido(5).</p>
<p>Intervención NIC</p>	<p>5250. Apoyo en toma de decisiones.</p>
<p>Actividades</p> <p>Inicio de la actividad: Primer día de la extubación, cuando recibe la información de las</p>	<p>-Determinar si hay diferencias entre el punto de vista de la paciente y el punto de vista de los cuidadores sanitarios sobre la condición de la</p>

<p>medidas terapéuticas adoptadas por el equipo médico de ginecología.</p> <p>Frecuencia: diaria.</p> <p>Duración: continua.</p>	<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ayudar a la paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. -Informar a la paciente de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. -Ayudar a la paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. -Proporcionar la información solicitada por la paciente.
--	--

2.6. FASE DE EVALUACIÓN:

La fase de evaluación de la intervención enfermera tiene lugar en dos momentos diferentes de la evolución clínica de la paciente. La primera etapa que se evalúa es al inicio de la propia intervención, en el primer día postextubación, y la segunda etapa a evaluar corresponde con el final de la intervención llevada a cabo, es decir el tercer día postextubación y prealta de la unidad.

El uso de una relación de empatía eficaz y una entrevista sistematizada junto con un ambiente adecuado facilitaron conocer las áreas de dependencia de la paciente, sus patrones disfuncionales y guiar, así, los objetivos y actividades.

La paciente mostró una actitud colaboradora y participativa en todo momento desde que se despierta y se conecta con la información del exterior. Desde ese momento, preguntó las cosas que no entendía y manifestó sus dificultades para afrontar las consecuencias de la noticia que había recibido. A lo largo del primer día, tras recibir la información, se mostró con actitud positiva. Parecía no haber entendido la totalidad de la información ni de las consecuencias de la histerectomía. Aproveché ese momento para indagar cuáles eran los conocimientos previos que tenía sobre su proceso. Demostró poseer concepciones erróneas respecto a la posibilidad de sentirse “vacía como mujer”, temor por la ausencia de una vida sexual en pareja satisfactoria e incluso obvió las repercusiones físicas como la menopausia temprana y la presencia de otros malestares como incontinencia urinaria y otros relacionados con los aspectos biomecánicos. Se evaluó su nivel basal de ansiedad y depresión del que parte para reevaluarlo posteriormente en el momento de prealta a su planta del Hospital Materno Infantil, dos días después, mediante la escala de Goldberg (punto 3.8, anexo III).

Durante el segundo día postextubación, tras la recepción de la información, se pusieron en práctica las actividades planificadas. En este momento, la paciente se presentó con una actitud ligeramente menos participativa. Le pesaba mucho el hecho de estar ingresada lejos de su hijo y no conocerlo aún. La visita de sus familiares se convierte en una vía de escape, es el momento en el que consigue vincularse con su bebé, a través de las fotos y vídeos que le trae su marido y esto hace que, cuando su familia se va, ella lllore porque se siente impotente por no estar con su hijo.

En el día del alta y traslado al Hospital Materno Infantil, se mostró muy contenta y positiva, tenía muchas ganas de irse para estar con su bebé, manifestó que, tras conocer cómo afectaría la histerectomía a su cuerpo, se sentía con ánimos y fuerza para sobrellevarlo, le preocupaba más las relaciones sexuales con su pareja pero reconoció manejar la información para adquirir habilidades que le condujeran a una vida sexual placentera. Manifestó verbalmente que la función de una mujer hoy por hoy no es únicamente traer hijos al mundo, y que es un error considerarse “vacía” por no tener útero. Ella se sentía útil por muchas cosas que hace en su día a día. Priorizaba el hecho de estar viva y sana a poder volver a tener otro hijo de forma biológica.

La paciente fue dada de alta por el servicio de anestesia y fue trasladada al Hospital Materno Infantil habiendo demostrado alcanzar los siguientes resultados:

NANDA: (00126) Conocimientos deficientes	Al inicio de la intervención (Día 1 postextubación)	Al final de la intervención (Día 3 postextubación)
NOC: 1824 y 1803. Conocimiento: cuidados en la enfermedad y proceso de la enfermedad	2	4
ESCALA: Ningún conocimiento(1), Conocimiento escaso(2), Conocimiento moderado(3), Conocimiento sustancial(4), Conocimiento extenso(5).		

NANDA: (00069). Afrontamiento ineficaz	Al inicio de la intervención (Día 1 postextubación)	Al final de la intervención (Día 4 postextubación)
NOC: 1300. Aceptación: estado de salud	3	5
NOC: 1302. Afrontamiento de problemas	2	5
NOC: 1305. Modificación psicosocial: cambio de vida	2	5
ESCALA: Nunca demostrado(1), Raramente demostrado(2), A veces demostrado(3), Frecuentemente demostrado(4), Siempre demostrado(5).		
NOC: 0906. Toma de decisiones	2	5
ESCALA: Gravemente comprometido(1), Sustancialmente comprometido(2), Moderadamente comprometido(3), Levemente comprometido(4), No comprometido(5).		

3. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN.

Procediendo a la valoración de los resultados obtenidos en relación a las áreas trabajadas durante la intervención enfermera, tanto al inicio como al final de la intervención, atendiendo a las escalas de valoración para cada resultado NOC, los resultados nos indican:

Área trabajada: Conocimiento: Comparando los resultados valorados en los dos tiempos en los que se divide la intervención se puede observar que, en general, la paciente presentaba un déficit de conocimientos en cuanto al proceso de su enfermedad y por lo tanto se hacía necesaria la puesta en práctica de un plan de actividades que ayudara a la paciente a conocer y tratar sus necesidades particulares basado en un grado aceptable de comprensión de la información transmitida por el personal que la trata. Tras esta intervención, se objetivó un buen grado de satisfacción en el alcance de los objetivos diseñados para esta intervención, pues la paciente demostró, a través de los indicadores elegidos, haber alcanzado un nivel de conocimiento sustancial.

La paciente se va de alta siendo capaz de reconocer aquellas concepciones erróneas que tenía sobre la función de las mujeres histerectomizadas, reconoció que los conocimientos adquiridos durante esta intervención le han ayudado a entender el proceso de histerectomización, a reconocer los signos y síntomas de la enfermedad y a entender la importancia del efecto psicosocial de la enfermedad sobre ella misma. También fue capaz de entender la importancia que tiene su red social de apoyo en su pronta recuperación.

Área trabajada: Afrontamiento emocional: En cuanto al segundo diagnóstico trabajado en esta intervención, se puede observar también, que al inicio de la misma, la paciente mostró un bajo nivel de estrategias que le permitiera afrontar su

nuevo proceso de salud-enfermedad, fue necesario que tras la manifestación de sus temores, ansiedades, dudas y concepciones erróneas, iniciase acciones personales que le ayudaran a controlar la nueva situación a la que a de hacer frente. Demostró respuestas adaptativas y mejoró la capacidad para tomar decisiones fundamentadas en una base de conocimiento adecuada. Tras la consecución de las actividades, la paciente demostró de forma satisfactoria, a través de los indicadores elegidos, haber alcanzado los objetivos planteados.

La paciente se va de alta habiendo aprendido a utilizar las herramientas proporcionadas, como son las técnicas de respiración profunda o de visualización para disminuir la ansiedad. Manifestó interés por la búsqueda de una información relevante que le ayudase a manejar su proceso. Reconoció las diferentes alternativas que existen en su medio para buscar estrategias de afrontamiento. Se va de alta renunciando al concepto previo de salud y habiendo realizado expresiones de optimismo sobre el presente.

La importancia de poner en práctica esta intervención enfermera deriva en que si no la hubiésemos llevado a cabo junto con la paciente y ella no entendiera la importancia de la información y el papel fundamental que su pareja, como red de apoyo social, desempeña en estos momentos, la paciente se hubiese ido de alta con concepciones erróneas de su proceso de salud-enfermedad, además de que se hubiese encontrado de golpe con numerosos signos y síntomas desconocidos para ella, como una menopausia temprana, de los que nadie le informó y finalmente, se vería en un aprieto para resolver de forma efectiva situaciones de su vida cotidiana como son sus relaciones sexuales o su rol dentro de la familia y la sociedad.

Las limitaciones encontradas y posibles sesgos de la intervención llevada a cabo son por un lado el corto periodo de tiempo en el que se realiza el abordaje de la intervención enfermera, ya que su estancia en la REA se ve limitada por criterios médicos de estabilidad hemodinámica. Otra limitación es la falta de seguimiento tras el traslado de la unidad al hospital Materno Infantil y su posterior alta a domicilio, pese a que sería interesante la posibilidad de creación de un sistema de organización tal, que permita poner en conocimiento de su enfermera de zona, todas las intervenciones puestas en marcha por enfermería en este momento de su proceso de vida, para que la atención comunitaria pudiera fomentar su continuidad en el día a día de la paciente. Y finalmente el escaso contacto familiar en la unidad y la poca disponibilidad para trabajar con ellos las actividades que fomenten una red social de apoyo adecuadas.

Aunque también hay que aclarar que resulta un punto positivo en el abordaje de la paciente el hecho de que el saber que la estancia en la unidad es corta lleva implícito, al menos en este caso, una motivación latente por sentirse recuperada de forma rápida para poder reencontrarse con su hijo, es decir, el personal de la unidad utiliza como elemento motivador la relación que existe entre una pronta recuperación y el reencuentro con su hijo.

De forma general, el proceso de enfermería se ha desarrollado de forma satisfactoria para las partes, consiguiéndose los objetivos planteados sobre todo porque la paciente así lo ha manifestado verbalmente. Conseguir los objetivos que, como profesional de la enfermería, se plantean no es tarea fácil, pero siempre resulta un aliciente para sentir que se cumple la función propia dentro de la Enfermería.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Tras la experiencia con esta intervención enfermera parece quedar demostrado la cierta correspondencia entre el proceso de histerectomización y las repercusiones que aparecen a nivel físico y psíquico, puesto que la paciente previa a la posesión de una información adecuada ya manifestó sus temores, miedos y sus pensamientos mitificados. Con respecto a las repercusiones físicas, todo parece indicar que la relación entre la escasa preocupación por ellos y el tiempo en el que estos síntomas se manifiestan están íntimamente ligados, es decir, parece no estar preocupada primero por desconocimiento de los mismos y segundo porque no nota ningún síntoma por el momento, salvo por uno, como se argumenta en la bibliografía revisada en el marco teórico, la disfunción sexual.

Queda demostrado también, mediante los indicadores de los NOC de cada diagnóstico NANDA y sus escalas para medirlos, y mediante la consecución de los propios objetivos establecidos para cada NOC, así como las expresiones verbalizadas por la paciente tanto de las dudas, al principio del proceso, como de la satisfacción expresada cuando alcanza los conocimientos y estrategias de afrontamiento, tal y como se argumenta en este trabajo, que la presencia de un nivel de inteligencia emocional que aporte estrategias de afrontamiento positivas facilita la pronta resolución de los problemas a los que la paciente debe enfrentarse, de la misma forma, como defienden autores nombrados anteriormente, la presencia de una red social de apoyo, que incluya una pareja comprometida y que maneje la información acerca del proceso de la paciente y adquiera habilidades adecuadas para que ambos puedan afrontar los posibles impedimentos que

aparezcan en el momento de retomar una vida sexual activa, son factores decisivos en la efectividad de esta intervención. Sin olvidar mencionar las limitaciones que, las características propias de la unidad como son la duración de la estancia media de los pacientes y las restricciones de las visitas en la misma, son factores que no han facilitado un desarrollo más completo de todos los diagnósticos planteados para este proceso de atención de enfermería. Estos diagnósticos de enfermería que no se han podido trabajar, constituyen una herramienta de trabajo que facilitan la continuidad de los cuidados de la paciente en las distintas unidades de cuidados. Sería interesante la existencia de un registro o formulario de seguimiento del proceso enfermero, que permita a la enfermera de dichas unidades utilizar esta valiosa información. De esta forma se proporcionaría una atención de enfermería continuada con información útil y fiable durante todo el proceso enfermero. Las unidades de hospitalización del Complejo Hospitalario Materno-Insular, ya realizan un informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta (ICCE), donde el personal de enfermería deja reflejado los problemas del paciente al ingreso y los diagnósticos de enfermería, según la nomenclatura de la NANDA, que han quedado sin resolver al alta y que sirve de instrumento imprescindible para la continuidad de los cuidados entre la atención especializada y atención primaria.

5. CONCLUSIÓN.

Las conclusiones generales son las siguientes:

1. Se ha elaborado una intervención enfermera realizando una valoración de la paciente de forma sistematizada y continua, planificando y evaluando los cuidados de enfermería necesarios para satisfacer las necesidades de la paciente afecta de HPP por atonía uterina a la que se le practica una histerectomía, teniendo en cuenta también a su familia y entorno.
2. Se ha identificado las necesidades de cuidados de la paciente, así como los patrones disfuncionales, según la herramienta de valoración empleada, atendiendo, en un primer momento a situaciones más prioritarias, debido al estado hemodinámico de la paciente, para atender, después, a las necesidades de mejora de conocimientos, adquisición de estrategias de afrontamiento y otros recursos de control de ansiedad y miedos, manifestados por ella misma.
3. Se planifica con ella la priorización de los aspectos a tratar, ya que por las características de la unidad, reservada a la consecución de los objetivos más prioritarios en lo que a su estado de salud se refiere, impide disponer de un tiempo de estancia mayor, lo que hubiera permitido trabajar otros problemas de enfermería detectados en la fase diagnóstica.
4. La paciente, con su gran capacidad comunicativa y su actitud positiva, ha facilitado en todo momento la transmisión y entendimiento de la información, lo que ha permitido que se le haya podido instruir en el manejo de estrategias de afrontamiento, permitiendo que pueda desarrollarse con el máximo de independencia. Ha manifestado verbalmente sentir como necesaria la adquisición de ciertas habilidades de control del temor y estrategias de afrontamiento eficaz, como queda demostrado en las tablas de los indicadores de los resultados obtenidos.

Se ejecuta junto con la paciente las actividades planteadas para esta intervención y se evalúa de forma continua los resultados obtenidos a través de las diferentes escalas, observándose cómo la paciente alcanza de forma satisfactoria los objetivos planteados para cada diagnóstico, en las áreas trabajadas.

Bibliografía

1. Prichard JA, Baldwin RM, Dickey JC, Wiggig K. Blood volume change in pregnancy and the puerperium II. Red blood cell loss and changes in apparent blood volume during and following vaginal delivery caesarean section and caesarean section plus total hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1962;(84): 1271-82.
2. Combs C, Murphy E, Laros R. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1991;(77): 69-76.
3. SCOG Clinical Practice Guidelines. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *J Soc Obstet Can* 2000;(22): 271-81.
4. OMS. Reducir la mortalidad materna. En Declaración común de la OMS/ FNUP/ Unicef/ Banco Mundial; 1999.
5. De Miguel JR. Mortalidad Materna en el periodo 1995-1997: resultados de una encuesta hospitalaria. *Prog Obstet Ginecol*.2002; 45: 525-34.
6. Sancha M, Cabrillo E, Magdaleno F. Retención de placenta. Hemorragia del alumbramiento. Inversión uterina. En: Cabero L, editor. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Reproducción humana*. Madrid: ED. Panamericana; 2003. p. 807-11.
7. Mercier F, Van de Velde M. Major Obstetric Hemorrhage. *Anesthesiology Clinic* 2008;(26): 53-66.
8. Protocolo SEGO. Patología del alumbramiento y del postparto inmediato. SEGO. [Internet].; 2006 [fecha de acceso 2013 Abril 4. Disponible en: [HYPERLINK "http://www.prosego.es"](http://www.prosego.es)
9. Kane T, El-Kady A, Saleh S, Hage M, Stanback J, Potter L. Maternal Mortality in Giza, Egypt: magnitude, cuses and prevention. *Stud Fam Plann* 1992;(23): 45-57.
10. Protocolo SEGO. Hemorragia postparto precoz. Programa Obstetricia y Ginecología. 2008; 8(51): 497-505.
11. Vargas-Mendoza J, López Serrano A. Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. *Rev Centr Regi Inves Psicol*. 2010; 4(1): 5-10.
12. Pamela Cerda C, Patricia Pino C, M.Teresa Urrutia S. Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Rev chil obstet ginecol* 2006; 3(71): 216-221.
13. Luque Guerrero C. Valoración de los trastornos ansiosos-depresivos en las mujeres histerectomizadas.[Tesis Doctoral]. Malaga: Universidad de Málaga, Dep.Bioquímica Clínica y Biología Molecular; 2004.
14. Warwick W. Órganos reproductores femeninos. En *Gray Anatomía*. Edimburgo: Churchill Livingstone; 1992. p. 1562-1572.
15. Pérez Milán F, Bayón Álvarez E, Álvarez Colomo C. Bases fisiológicas de la contracción uterina. En González de Zárate J. *Curso de analgesia en la asistencia clínica al parto*. Valladolid: Comisión de formación continuada; 2005. p. 61-72.
16. Prendiville W, Elbourne D, McDonalds S. Active vs expectant management of the third stage of labour: En: Neilson JP, Crowther CA, Hodnett Ed, Hofmeyr GJ, Keise MJNC, editores. *Pregnancy and Childbith Module of The Cochrane Database os Systematic Reviews* [actualización 5 diciembre de 1996]. Disponible en : The Cochrane Collaboration issue 1. Oxford: Update softwarw; 1997. Updated quarterly.
17. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *Br J Obstet Gynaecol*. 2001; 322: 1089-1094.
18. Adell A, Araujo A. Protocolo manejo multidisciplinario de la hemorragia obstétrica masiva. Protocolo. Hospital Donostia.Servicio Vasco de Salud, Servicio Ginecología; 2011.
19. Lemus Bacalandro O. Atención de enfermería en el puerperio. Puerperio patológico. En Socarrás Ibáñez N, Pérez Medina M, Leonard Castilla A, Alfonso Arenas N, Suárez Fuentes R, Lemus Bacalandro O. *Enfermería Ginecoobstétrica*. La Habana: Pueblo Nuevo, La Habana; 2009. p. 50-62.
20. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping* New York: Springer; 1984.
21. Mayer J, Salovery P. What is emotional intelligence? En Salovery P, Slyter D. *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. New York: Basic Books; 1997. p. 3-31.
22. Mayer J, Caruso D, Salovery P. Selecting a measure of emotional intelligence. The case for ability scales. En Parker , editor. *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assesment and aplication at home, school and in the work place.*: Jossey-Bass; 2000.
23. Freudenthaler H, Neubauer A. Models of emotional intelligence. En Schultz R, Roberts R, editors. *Emotional intelligence: An international handbook*. Cambridge: MA:Hogrofe; 2005. p. 31-50.

24. Lazarus R, Lazarus B. *Passion and reason: Making sense of our emotions* New York: Oxford University Press; 1994.
25. Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo Cortés D. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Rev colom obstet ginecol* 2005; 3(53) : 15-19.
26. Well C, Wilson-Barnett J. Self-concept, social support and hysterectomy. *Int J Nurs Stud.* 1983; 2(20): 97-107.
27. Cánovas M, Moix J, Cos R, Foradada C. Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía. *Clinica y salud* 2001;(12): 71-89.
28. Farrel S, Keisser K. Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000;(95): 1045-1051.
29. Scriven A, Tucker C. The quality and management of written information presented to women undergoing hysterectomy. *J Clin Nurs* 1997; 2(6): 107-113.
30. Helström L, Sorbom D, Bachstrom T. Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2001;(74): 142-146.
31. Jawor M, Dinter A, Marek K, Dudek D, Wojtys A, Sproch A. Anxiety-depressive disorder in woman after hysterectomy. *Psychiat Pol* 2001; 5(35): 771-778.
32. Luis Rodrigo M, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez M. *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.* 2ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
33. Gordon M. *Diagnósticos enfermeros. Proceso y aplicación.* 3ª ed. Barcelona: Mosby-Doyma; 1996.
34. Heather T, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vasallo B. *NANDA international. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación.* 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2009.
35. Orem D. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica.* Barcelona: Masson; 1997.
36. Moorhead S, Johnson M, Swanson E, Maas M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).* 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
37. Bulechek G, Butcher H, MacCloskey J. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* 5ª ed. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2008.