

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 124 -2023-GRL-GRS-L/30.50

Punchana, 16 de 06 del 2023

Visto, el expediente N°11402/22 derivado por la Dirección General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, conteniendo el Oficio N°746-2022-GRL-GRS-L/30.50.17, de fecha 16 de noviembre del 2022, generado por la Jefa del Departamento de Enfermería, el mismo que contiene el INFORME TÉCNICO N°001-2022-GRL-GRS-L/30.50.15.03 emitido por la responsable del servicio de Ginecología; solicitando aprobación del documento técnico: **"Guías de Procedimientos Básicos de Enfermería en Ginecología y Guías de Atención de Enfermería en Ginecología del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"**;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley 26842 "Ley General de Salud", establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una Adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Legislativo N°1161 se aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y establece en su artículo 12°, inciso a) Formular, proponer, implementar, ejecutar, evaluar y supervisar la política de salud sectorial relacionada a la organización y gestión de la prestación de servicios de salud, al acceso a la atención y al aseguramiento de la salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA del 05 de julio del 2021 se aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", con el objetivo de establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, con Resolución Ministerial N°302-2015-MINSA de fecha 14 de mayo de 2015, se aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", con la finalidad de contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, en respuesta a las consideraciones expuestas se elaboró el proyecto de las Guías de Atención y Procedimientos de Enfermería en Ginecología, de acuerdo a los criterios metodológicos establecidos en la NTS mencionado en el párrafo anterior;

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", aprobado con Resolución Ejecutiva Regional N°728-2015-GRL-P del 22 de Diciembre del 2015 y ratificado con Ordenanza Regional N°008-2016-GRL-CR, en el artículo 57° desarrolla las funciones del Departamento de Ginecología – Obstetricia, indica en el literal e) establecer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica gineco-obstétrica, orientada a brindar un servicio eficiente y eficaz e indica en el Artículo 60° que el Servicio de Ginecología es encargada de proponer, evaluar y ejecutar acciones y procedimientos para un manejo integral de los daños que afecten al sistema reproductivo femenino y mamas de las pacientes que acuden al Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias";

Que, mediante OFICIO N°080-2023-GRL-GRS-L/30.50.06 el equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad revisó y aprobó las "Guías de Procedimientos Básicos de Enfermería en Ginecología y Guías de Atención de Enfermería en Ginecología", y con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por el Departamento de Enfermería;

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 124 -2023-GRL-GRS-L/30.50

Punchana, 16 de 06 del 2023

Con el visado del Departamento de Enfermería, Departamento de Gineco-Obstetricia, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Asesoría Jurídica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y Sub Dirección General y en uso de las atribuciones conferidas en la en la Resolución Ejecutiva Regional N°095-2023-GRL-GR, de fecha 13 de enero del 2023, que designa al Director Ejecutivo del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el documento técnico: "Guías de Procedimientos Básicos de Enfermería en Ginecología del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" desarrolla once (11) Procedimientos Administrativos, trece (13) Procedimientos Asistenciales y veinticuatro (24) Procedimientos Especiales, en 187 folios.

Artículo 2°.- Aprobar el documento técnico: "Guías de Atención de Enfermería en Ginecología del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"; que desarrolla veintiocho (28) guías en 133 folios.

Artículo 3°.- Disponer la vigencia del documento aprobado en el artículo 1° y 2° con una vigencia de dos (02) años.

Artículo 4°.- Encargar que el Departamento de Enfermería realice la implementación de los documentos técnicos aprobados en el artículo 1°y 2°, mediante la ejecución en el servicio; así como la distribución, seguimiento y monitoreo a las instancias correspondientes.

Artículo 5°.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, proceda a la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal institucional del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

DR. CARLOS ALBERTO TELLO RAMIREZ
CMI Nº 60471 - RNE 30649
DIRECTOR GENERAL (E)



**HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"**



**GUÍAS DE ATENCION DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA**

IQUITOS- PUNCHANA

2023



COLABORADORES

1. Lic. Enf. Juana Erlita Pinedo Chirinos
2. Lic. Enf. Teresita De Jesús Casique Salas
3. Lic. Enf. Maritza Torres Hu
4. Lic. Enf. Liz Margot Jesús Sinti
5. Lic. Enf. Claudia Karina Rojas Flores
6. Lic. Enf. Claudia Paola Sandoval Souza
7. Lic. Enf. Irina Erika Bernuy Heigghen
8. Lic. Enf. Meléndez Pinedo Cristina
9. Lic. Enf. Ketty Rojas Saldaña
10. Lic. Enf. Leidy Juliana Spencer Rimachi



INTEGRANTES DEL SERVICIO

1. Lic. Enf. Juana Erlita Pinedo Chirinos
2. Lic. Enf. Teresita De Jesús Casique Salas
3. Lic. Enf. Maritza Torres Hu
4. Lic. Enf. Liz Margot Jesús Sinti
5. Lic. Enf. Claudia Karina Rojas Flores
6. Lic. Enf. Claudia Paola Sandoval Souza
7. Lic. Enf. Luisa Acosta Dávila
8. Lic. Enf. Meléndez Pinedo Cristina
9. Lic. Enf. Ketty Rojas Saldaña
10. Lic. Enf. Leidy Juliana Spencer Rimachi



INDICE

Nº	CONTENIDO	PAG.
1	PRESENTACION	6
2	Trastornos Inflamatorios De La Mama ✓	8
3	Plan De Atencion Enfermería En Mastitis ✓	12
4	Tumor Maligno De Mama ✓	20
5	Plan De Atencion Enfermería En Cáncer De Mama ✓	25
6	Tumor Benigno De La Mama ✓	28
7	Plan De Atencion Enfermería En Tumor Benigno De Mama ✓	32
8	Hemorragia Uterina Anormal ✓	37
9	Plan De Atencion Enfermería En Hemorragia Uterina Anormal ✓	42
10	Carcinoma In Situ De Cuello ✓	46
11	Plan De Atencion Enfermería En Cáncer De Cuello Uterino ✓	51
12	Fibromas Uterinos ✓	55
13	Plan De Atencion Enfermería En fibroma Uterino ✓	60
14	Histerectomía ✓	63
15	Plan De Atencion Enfermería En Histerectomía ✓	67



16	Enfermedad Pélvica Inflamatoria ✓	71
17	Plan De Atencion Enfermería En Enfermedad Pélvica Inflamatoria ✓	75
18	Prolapso Útero Vaginal ✓	79
19	Plan De Atencion Enfermería Con Prolapso Útero Vaginal ✓	83
20	Hiperémesis Gravídica ✓	86
21	Plan De Atencion Enfermería En Hiperémesis Gravídica ✓	91
22	Enfermedad De Glándula De Bartholini ✓	96
23	Plan De Atencion Enfermería En Enfermedad De La Glándula De Bartholino ✓	100
24	Aborto Espontaneo ✓	104
25	Plan De Atencion Enfermería En Aborto Espontaneo ✓	107
26	Cesárea Electiva ✓	109
27	Plan De Atencion Enfermería En Cesárea Electiva ✓	116
28	Infección De Herida Operatoria ✓	123
29	Plan De Atencion Enfermería En Herida Operatoria ✓	129
30	BIBLIOGRAFIA	132



PRESENTACION

Las Guías de Atención de Enfermería, proporcionan información necesaria para la aplicación en distintas situaciones que se presentan en los establecimientos del tercer nivel de atención de salud, permitiendo al profesional de enfermería, ahorro de esfuerzo y tiempo para revisar minuciosamente literaturas de esta manera mejorar la calidad de atención y diferenciar la actuación propia del resto del equipo, manifestando así el rol autónomo de la enfermería.

Los registros de enfermería tienen una finalidad jurídica- legal considerándose una prueba objetiva en la valoración de la enfermera respeto a su conducta y cuidados al paciente.

Es también un documento que orienta la atención de enfermería en base al proceso de atención de enfermería donde se considera problemas reales y potenciales del sujeto de atención. Esta guía no sustituye el criterio de enfermería, sino que orienta en la toma de decisiones.

La formalización y estandarización de las intervenciones permiten la unificación de criterios, disminución de tiempo de la atención y posibilidad de evaluar resultados de la actividad de enfermería en los servicios, para garantizar la calidad y eficiencia de la atención.

El servicio de Ginecología del Hospital regional de Loreto presenta la siguiente guía, que contiene el manejo de: hemorragia uterina anormal, trastornos inflamatorios de la mama, carcinoma in situ de cuello uterino, tumor maligno y benigno de la mama, prolapso vaginal, enfermedad de la glándula de bartholino, aborto espontaneo, infección de herida operatoria , síndrome premenstrual, fibromas uterino, etc. ; cada uno con sus respectivas Definición, etiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnósticos, tratamiento, complicaciones, y plan de cuidados de enfermería según el NIC, NOC.



TRANSTORNOS INFLAMATORIOS DE LAS MAMAS

“MASTITIS”

1. DEFINICIÓN.

Enfermedad inflamatoria de la mama, en general asociada con la lactancia.

La mastitis es una inflamación (hinchazón) en el seno que generalmente es causada por una infección. Con más frecuencia, afecta a las mujeres que amamantan, pero también puede afectar a otras mujeres.

2. ETIOLOGIA.

En el 98% de los casos el agente causal es *Staphylococcus aureus*. Se ha descrito con mucho menos frecuencia el *Streptococcus pyogenes* y excepcionalmente, bacilos gram negativos como *Salmonella sp.*

3. FISIOPATOLOGÍA.

Se inicia como consecuencia de la acción de un agente patógeno, o de sus toxinas, tras invadir la glándula mamaria a través del canal del pezón. La bacteria o sus componentes interactúan con el epitelio mamario generando lesiones y desencadenando el proceso inflamatorio. Además, los agentes patógenos también interactúan con las células presentes en la leche, especialmente con los macrófagos. Fruto de esta interacción, se genera la síntesis de numerosos mediadores de la inflamación, que forman parte de la patogenia del proceso.

4. MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas son:

- Dolor mamario y signos inflamatorios (calor, rubor y eritema)
- Se asocia un cuadro sistémico de intensidad variable (temperatura superior a 38,5 °C)
- Decaimiento, dolores articulares, escalofríos, náuseas (síntomas que recuerdan un cuadro gripal)
- Tensión mamaria



- Aumento de volumen de la mama en forma difusa por la retención láctea asociada
- Celulitis del tejido conectivo periglandular que puede evolucionar a la formación de abscesos

Hasta en 80% de los casos, hay dolorosas lesiones en el pezón (irritación, grietas).

5. DIAGNÓSTICO

Se establece principalmente sobre la base del cuadro clínico y el examen físico, corroborado con ayuda del laboratorio.

- La Academy of Breastfeeding Medicine y la Organización Mundial de la Salud recomiendan realizar un **cultivo de leche** en caso de mala evolución tras dos días de antibioterapia correcta, en recidivas, en mastitis de origen nosocomial, en cuadros graves o en madres alérgicas a tratamientos habituales}
- **Recuento leucocitario:** permite diferenciar entre estasis de leche, mastitis no infecciosa e infecciosa
- **Recuento de bacterias, cultivo y antibiograma:** los resultados deben interpretarse dentro del contexto clínico
- **Ecografía mamaria:** presta mayor utilidad puesto que define las características físicas de la masa en evaluación y puede sugerir su naturaleza benigna o maligna.
- **La citología por punción aspirativa,** la mayoría de las veces es exitosa en demostrar la naturaleza benigna o maligna de la lesión, sin embargo, los cambios propios de la mama lactante pueden alterar el aspecto citológico por lo cual se requiere de un citólogo con experiencia. Si es necesario llegar a una biopsia la técnica quirúrgica debe ser meticulosa, especialmente en la hemostasia. Hay que minimizar complicaciones como infección y fístulas, para lo cual resulta beneficioso suprimir la lactancia antes de efectuar el procedimiento.



6. TRATAMIENTO

Una vez iniciado el cuadro, el tratamiento debe ser enérgico, intentando evitar la abscedación. Los objetivos básicos son mejorar el vaciamiento de la mama y eliminar el germen causante.

El tratamiento de la mastitis incluye: Analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos contra *Staphylococcus aureus*, el microorganismo causal más común y tratamiento quirúrgico.

Algunos ejemplos son:

- Dicloxacilina 500 mg por vía oral cada 6 h, durante 7–10 días

En las mujeres alérgicas a la penicilina:

- Cefalexina 500 mg por vía oral cuatro veces al día o
- Clindamicina 300 mg por vía oral 3 veces al día durante 10 a 14 días
- Eritromicina 250 mg por vía oral cada 6 h con menor frecuencia.

Si la mujer no mejora y no tiene un absceso, debe considerarse la administración de:

- Vancomicina 1 g IV cada 12 hrs o de cefotetán 1 a 2 g IV cada 12 hrs, para cubrir los microorganismos resistentes.

QUIRURGICO. - Se considera que si al cabo de 3 días la mastitis no ha mejorado, es muy probable que haya progresado a un absceso y se debe suspender la lactancia.

Abscesos pequeños pueden ser susceptibles de vaciarse por punción. -En la mayoría de los casos hay que recurrir a la cirugía practicando vaciamiento del pus lavado de la cavidad y drenaje.

7. COMPLICACIONES

Retrasar el inicio del tratamiento aumenta el riesgo de complicaciones.

- Abscesos: tienen incidencia variable (0,5%- 11%)



- Recidiva: favorecida por un tratamiento inapropiado o de corta duración. Puede desarrollarse una mastitis recurrente o crónica
- Interrupción de la lactancia: debido al dolor y al malestar, la tasa de abandono de la lactancia en una mastitis es muy elevada.

8. OBJETIVO

- Brindar cuidados de enfermería en forma óptima y oportuna, según las necesidades del paciente
- Disminuir las posibles complicaciones en los pacientes

9. NIVEL DE ATENCIÓN

- Tercer Nivel de Atención

10. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes que se encuentren hospitalizados en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto con diagnóstico de Mastitis

11. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería



12. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN MASTITIS

Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
DOMINIO 2 : NUTRICION CLASE 1 Lactancia Materna Ineficaz (00104) R/C: <ul style="list-style-type: none"> • Vaciado insuficiente de los pechos en cada toma • Percepción de suministro de leche inadecuado • Incapacidad del lactante de acoplarse correctamente al pecho • Succión no sostenida del pecho • Respuesta ineficaz de succión y deglución del 	DOMINIO II :SALUD FISIOLÓGICA CLASE K :DIGESTION Y NUTRICION INDICADORES Establecimiento de la lactancia materna: Madre (1001) <ul style="list-style-type: none"> • Comodidad de la posición durante la alimentación (inadecuado) • Sostiene el pecho manteniéndolo en forma de "C" (ligeramente adecuado) • Nivel de llenado de pecho 	DOMINIO 5 : FAMILIA CLASE W: CUIDADOS DE UN NUEVO BEBE Intervención: Ayuda en la Lactancia Materna (1054) <ul style="list-style-type: none"> • Preparar a la madre para que proporcione una lactancia materna exitosa. • Observar al neonato al pecho para determinar si la posición es correcta, y si se oye la deglución. • Observar la capacidad del neonato para agarrar correctamente el pezón. • Enseñar a la madre la posición correcta que debe 				



<p>lactante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento parental inadecuado acerca de la importancia del amamantamiento • Anomalías del seno materno 	<p>previo a la lactancia (inadecuado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de líquidos por parte de la madre (inadecuado) • Utiliza el apoyo familiar (ligeramente adecuado) • Almacena la leche de forma apropiada (inadecuado) 	<p>adoptar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar cuidados de los pezones y prevención de aparición de grietas. • Animar a la madre a utilizar ambos pechos en cada toma. • Animar a la madre que no limite el tiempo de amamantar al lactante. • Enseñar a controlar la congestión de los pechos con el vaciado oportuno. 	
--	---	---	--



Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
DOMINIO 12 : CONFORT CLASE 1 : CONFORT FISICO Dolor Agudo (00132) R/C: <ul style="list-style-type: none"> • Agentes biológicos (Infección) manifestado : • Expresión facial del dolor • Desesperanza • Postura para aliviar el dolor • Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de 	DOMINIO IV : CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE Q: CONDUCTA DE SALUD INDICADORES Control del dolor (1605) <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el comienzo de dolor (siempre demostrado) • Describe el dolor(frecuentemente demostrado) • Utiliza medidas preventivas para el control del dolor (raramente demostrado) 	DOMINIO 2 : FISIOLÓGICO COMPLEJO CLASE H:CONTROL DE FARMACOS Intervención: Administración de analgésicos(2210) <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y 				



<p>dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza acerca de las características utilizando escalas estandarizadas de dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere cambios en los síntomas al personal de salud (frecuentemente demostrado) • Refiere síntomas incontrolables al profesional de salud (frecuentemente demostrado) 	<p>frecuencia del analgésico prescrito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar los signos vitales, antes y después de la administración de los agentes narcóticos con la primera dosis o si se observa signos inusuales. • Registrar el nivel del dolor utilizando una escala de dolor apropiado, antes y después de la administración de analgésicos. • Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. • Ayudar al paciente a seleccionar actividades no analgésicas que hayan 		
---	---	---	--	--



<p>aliviado el dolor en el pasado (Ejm. música, técnicas de relajación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso, según corresponda. • Instruir al paciente y a su familia sobre el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor. • Involucrar a la familia en medidas de control del dolor, tales como técnicas de aplicación de calor/frío. 		
--	--	--



Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION CLASE 2 : LESION FISICA Deterioro de la Integridad Cutánea (00046) R/C: <ul style="list-style-type: none"> • Superficie alterada de la piel • Turgencia alterada • Alteración en el color de la piel • Descamación • Piel macerada • Área localizada caliente al tacto 	DOMINIO II : SALUD FISIOLÓGICA CLASE L: INTEGRIDAD TISULAR INDICADORES Integridad tisular : Piel y Membranas mucosas (1101) <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad (gravemente comprometido) • Temperatura de la piel (sustancialmente comprometido) • Perfusión tisular (moderadamente 	DOMINIO 2 : FISIOLÓGICO COMPLEJO CLASE L: CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS Intervención: Cuidados de las heridas (3660) <ul style="list-style-type: none"> • Despegar los apósitos y esparadrapo. • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Medir el lecho de la herida, según corresponda. • Limpiar con solución salina, según corresponda. • Administrar cuidados del 				



<ul style="list-style-type: none"> • Secreciones • Absceso 	<p>comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integridad de la piel (moderadamente comprometido) • Lesiones cutáneas (moderado) • Eritema (sustancial) • Induración (sustancial) 	<p>sitio de incisión, según corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar cuidados de la ulcera cutánea, si es necesario. • Aplicar una crema adecuada a la piel/lesión, según corresponda. • Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. • Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la 	
--	--	--	--



		<p>herida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los pacientes y familiares los procedimientos de cuidados de la herida. • Enseñar al paciente y familiares los signos y síntomas de infección. • Documentar la localización, el tamaño y aspecto de la herida. 			
--	--	---	--	--	--



TUMOR MALIGNO DE MAMA (CANCER DE MAMA)

1. DEFINICIÓN.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente de la mujer en la mayoría de los países desarrollados. En el Perú ocupa el segundo lugar, después del cáncer del cuello uterino. Los índices de supervivencia para el cáncer de mama han aumentado, y el número de muertes asociadas con esta enfermedad continúa reduciéndose, en su mayor parte a causa de factores como una detección más temprana, un nuevo acercamiento personalizado al tratamiento, y una mejor comprensión de la enfermedad.

2. ETIOLOGÍA.

El cáncer de mama ocurre cuando algunas células de la mama comienzan a crecer de forma anormal. Estas células se dividen más rápidamente que las células sanas y continúan acumulándose, formando un bulto o tumor. Las células pueden diseminarse (hacer metástasis) a través de la mama a los ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo.

Más frecuentemente el cáncer de mama comienza con células en los conductos para producir leche (carcinoma ductal invasivo). El cáncer de mama quizás también comience en el tejido glandular conocido como lobulillos (carcinoma lobulillar invasivo) o en otras células o tejido dentro de la mama.

Los investigadores han identificado factores hormonales, de estilo de vida, y ambientales que pueden aumentar el riesgo de cáncer de mama. Pero no está claro por qué algunas personas que no presentan factores de riesgo desarrollan cáncer, pero otras que tienen factores de riesgo no lo hacen. Es probable que el cáncer de mama esté causado por una interacción compleja del perfil genético y el medio ambiente.

Los factores que se asocian con un aumento del riesgo de cáncer de mama incluyen: Ser mujer, Edad avanzada, Antecedentes personales de enfermedades mamarias, Antecedentes personales de cáncer de mama, Antecedentes familiares



de enfermedades mamarias, Genes hereditarios que aumentan el riesgo de cáncer de mama, Exposición a la radiación, Obesidad, Comenzar a menstruar a una edad temprana, Comenzar la menopausia a una edad más avanzada, Tener el primer hijo a una edad más avanzada, Las mujeres que nunca han estado embarazadas, Terapia con hormonas posmenopausia, Beber alcohol.

3. FISIOPATOLOGÍA.

Nuestro cuerpo está constituido por millones de células. Estas células se van renovando continuamente, conforme a una información genética contenida en sus núcleos. Sucede, en ocasiones, que la información se corrompe y el proceso de correcta renovación de las células se altera. Las células se reproducen entonces de forma defectuosa, propagando el error genético y generando células cancerosas. Estas células tienen capacidad de reproducirse sin control, llegando a formar masas o “tumores” en los distintos órganos del cuerpo, alterando los tejidos normales.

En el caso del **cáncer de mama**, estas células cancerosas se multiplican y forman tumores en el tejido de la glándula mamaria.

El cáncer de mama se origina en el epitelio de los conductos o de los lobulillos y son denominados carcinomas ductal o lobulillar, respectivamente. A su vez, cada uno de estos carcinomas puede ser in situ o infiltrante.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Entre los signos y síntomas del cáncer de mama se pueden incluir los siguientes:

- Un bulto o engrosamiento en la mama que se siente diferente del tejido que la rodea.
- Cambio de tamaño, forma o aspecto de una mama.
- Cambios en la piel que se encuentra sobre la mama, como formación de hoyuelos.
- La inversión reciente del pezón



- Descamación, desprendimiento de la piel, formación de costras y pelado del área pigmentada de la piel que rodea el pezón (areola) o la piel de la mama
- Enrojecimiento o pequeños orificios en la piel que se encuentra sobre tu mama, como la piel de una naranja.

5. DIAGNÓSTICO.

Las pruebas y los procedimientos usados para el diagnóstico del cáncer de mama incluyen:

- **Examen de mama.** Examinación de mamas y los ganglios linfáticos bajo la axila para detectar bultos u otras anomalías.
- **Mamograma.** El mamograma es una radiografía de la mama.
- **Ecografía mamaria.** La ecografía usa ondas sonoras para producir imágenes de las estructuras que están a un nivel profundo dentro del cuerpo. La ecografía puede usarse para determinar si un nuevo bulto en la mama es una masa sólida o un quiste lleno de líquido.
- **Extracción de una muestra de células de la mama para su análisis (biopsia).** Una biopsia es la única manera definitiva de diagnosticar el cáncer de mama.
- **Imágenes de la mama por resonancia magnética.** La máquina de resonancia magnética usa un imán y ondas de radio para crear imágenes del interior de la mama.

6. TRATAMIENTOS.

El médico determina las opciones para el tratamiento para cáncer de mama basándose en el tipo de cáncer, su estadio y grado, su tamaño y si las células cancerosas son susceptibles a las hormonas.

- **Cirugía para cáncer de mamas** Las operaciones usadas para tratar el cáncer de mama incluyen:



- **Extracción del cáncer de mama (tumorectomía).** Durante una tumorectomía, a la que se puede referir como cirugía que conserva la mama, o excisión local amplia, el cirujano extrae el tumor y un pequeño margen del tejido sano que lo rodea. Puede recomendarse una tumorectomía para extraer tumores más pequeños.
- **Extracción de la mama entera (mastectomía).** La mastectomía es una operación en la que se extirpa la totalidad del tejido mamario.
- **Extracción de un número limitado de ganglios linfáticos (biopsia de ganglio centinela).** Para determinar si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos.
- **Extracción de varios ganglios linfáticos (disección de ganglios linfáticos axilares).** Si se detecta cáncer en los ganglios linfáticos centinelas.
- **Extracción de ambas mamas.** Algunas mujeres con cáncer en una mama quizás opten por la extracción de la otra mama, la sana (mastectomía contralateral profiláctica) si tienen un riesgo muy alto de cáncer en la otra mama a causa de una predisposición genética o de antecedentes familiares.
- **Radioterapia:** La radioterapia utiliza haces de energía de gran potencia, como rayos X y protones, para destruir las células cancerosas.
- **Quimioterapia:** La quimioterapia usa medicamentos para destruir células que crecen rápidamente, como las células cancerosas.
- **Terapia hormonal:** La terapia hormonal, a la que probablemente sería mejor llamar terapia de bloqueo de hormonas, se utiliza para tratar el cáncer de mama susceptible a las hormonas.
- **Medicamentos de terapia dirigida:** Los tratamientos con medicamentos dirigidos atacan anomalías específicas dentro de las células cancerosas.



- **Cuidados de apoyo (paliativos):** Los cuidados paliativos son cuidados médicos especializados que se centran en brindar el alivio del dolor y de otros síntomas de una enfermedad grave.

7. COMPLICACIONES.

Pueden variar según la paciente y debido al tipo de tratamiento

- Pérdida o caída de cabello
- Infección de la sangre (sepsis)
- Náuseas y vómitos.
- Reducción de células sanguíneas como los glóbulos rojos, leucocitos e incluso las plaquetas.

8. OBJETIVO.

- Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a esta enfermedad.
- Disminuir las complicaciones del paciente.

9. NIVEL DE ATENCIÓN.

Tercer nivel de atención

10. POBLACIÓN OBJETIVO.

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes con Cáncer de mama.

11. PERSONA RESPONSABLE.

Licenciada en Enfermería.



12. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CANCER DE MAMA

Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con alteración de la sensibilidad, manifestado por destrucción de las capas de la piel.	<p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</p> <p>Temperatura tisular en el rango esperado (moderadamente comprometido)</p> <p>Sensibilidad (sustancialmente esperado)</p> <p>Piel intacta (gravemente comprometido)</p>	<p>Vigilancia de la piel (3590)</p> <p>Comprobar la temperatura de la piel</p> <p>Protección contra las infecciones (6550)</p> <p>Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo</p> <p>Cuidados del paciente encamado (0740)</p> <p>Cambiando de posición según lo indique el estado de la piel</p> <p>Colocar al paciente con una alineación corporal adecuado.</p>				



Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos manifestado por expresión facial de dolor.	Control del dolor (1605) Reconoce el comienzo del dolor (Raramente demostrado) Utiliza medidas preventivas (nunca demostrado) Refiere síntomas al profesional sanitario (frecuentemente demostrado) Reconoce los síntomas del dolor.	Manejo del dolor (1400) Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias. (Iluminación, ruidos, etc.) Fomentar periodos de descanso/ sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.				



	<p>Nivel de comodidad (2100)</p> <p>Bienestar físico (algo satisfecho)</p> <p>Control del síntoma (algo satisfecho)</p> <p>Control del dolor (moderadamente satisfecho)</p> <p>Nivel del dolor (2102)</p> <p>Dolor referido (sustancial)</p> <p>Duración de los episodios de dolor (sustancial)</p> <p>Expresiones faciales de dolor (moderado)</p>	<p>Administración de Analgésicos (2210)</p> <p>Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia</p> <p>Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.</p> <p>Técnica de Relajación (5880)</p> <p>Mantener contacto visual con el paciente.</p> <p>Favorecer una respiración lenta y profunda intencionalmente</p> <p>Sentarse y hablar con el paciente</p> <p>Utilizar la distracción si precede.</p>		
--	---	---	--	--



TUMOR BENIGNO DE LA MAMA (FIBROADENOMA DE MAMA)

1. DEFINICIÓN

Los fibroadenomas son tumores benignos (no cancerosos) de los senos comunes y compuestos por tejido glandular y de tejido estromal (conectivo) que ayuda a sostener la mama.

Son un grupo de afecciones caracterizadas por cambios en el tejido de la mama que son benignos (no cancerosos). Hay diferentes tipos de enfermedad benigna de la mama, como algunos tipos que se presentan por un aumento del número de células o por el crecimiento de células anormales en los conductos o los lóbulos de la mama.

2. FISIOPATOLOGIA

Macroscópicamente tiene forma nodular, es liso, ovoideo (el quiste era más redondo), bien delimitado, más consistente que el quiste (datos de benignidad a la palpación). Al corte se ve que es de color blanco nacarado (abundancia de mucina). Suelen ser únicos (rara vez múltiples).

Crece rápido y normalmente cuando alcanzan 2-3 cm se detienen. Existe cierto porcentaje que regresan (pero pocos).

Microscópicamente se observan dos componentes:

- Tejido epitelial. Adenoma.
- Tejido conjuntivo (fibroso). Fibroma. Suele predominar el tejido fibroso.

3. ETIOLOGIA

La causa de los fibroadenomas se desconoce. Pueden tener una relación hormonal. Con mayor frecuencia afectan a niñas que están atravesando por la pubertad y a



mujeres embarazadas. Son menos frecuentes en mujeres mayores que ya pasaron por la menopausia.

El fibroadenoma es el tumor benigno más común de las mamas. Es el tumor de mama más frecuente en mujeres de 20 a 39 años de edad, aunque pueden presentarse en mujeres de cualquier edad. Tienden a encogerse después de que una mujer ha pasado por la menopausia.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las protuberancias pueden ser cualquiera de lo siguiente: tienen bordes lisos y bien definidos. Pueden crecer, sobre todo durante el embarazo. Los fibroadenomas con frecuencia se vuelven más pequeños después de la menopausia (si una mujer no está tomando terapia hormonal).

Fácilmente movibles bajo la piel, Firmes, Indoloras o Elásticas. También esto incluye: bultos irregulares o quistes, hinchazón de la mama o incomodidad, piel enrojecida o que se vuelve más gruesa, y secreción de los pezones.

5. DIAGNOSTICO

Después de un examen físico, por lo regular se realizan uno o ambos de los siguientes exámenes:

- Ultrasonido de la mama
- Mamografía

Se puede realizar una biopsia para obtener un diagnóstico definitivo. Los diferentes tipos de biopsias incluyen:

- Escisional (extirpación de la protuberancia por un cirujano)
- Estereotáctica (biopsia de aguja utilizando una máquina parecida a una mamografía)
- Guiada con ultrasonido (biopsia de aguja utilizando un ultrasonido)



Las mujeres en sus años de adolescencia o poco después de los 20 años posiblemente no necesiten una biopsia si la protuberancia desaparece por sí sola o si esta no cambia durante un período de tiempo largo.

6. TRATAMIENTO

Si una biopsia muestra que la protuberancia es un fibroadenoma, esta puede dejarse en el lugar o extirparse. Si la protuberancia se deja en el lugar y se vigila cuidadosamente, puede ser necesario extirparlo en un momento más adelante si cambia o crece. En casos muy excepcionales, la protuberancia es cancerosa y necesitará tratamiento adicional

Algunas veces, la protuberancia se destruye sin extirparla:

- **La crioablación** destruye la protuberancia por medio de congelación. Se inserta una sonda a través de la piel, y el ultrasonido ayuda a que el médico la guíe a la masa. Se utiliza gas para congelar y destruir la protuberancia.
- **La ablación por radiofrecuencia** destruye la protuberancia utilizando la energía de alta frecuencia. El médico utiliza el ultrasonido para ayudar a enfocar el haz de energía en la masa. Estas ondas calientan el bulto y lo destruyen sin afectar los tejidos cercanos.
- **Cirugía morfológica:** en función de la localización del tumor se puede realizar una incisión concéntrica o una incisión periareolar (no deja apenas cicatriz). Cuanto más lejos del pezón será peor (colgajos muy grandes, se pueden producir hemorragias, hematomas, se dejan zonas mal vascularizadas). Extirpación de la tumoración y cierre. Recordar siempre que la incisión periareolar por muy grande que sea no deja cicatriz pero esto solo se realizará si la distancia es pequeña.

7. COMPLICACIONES

La mayoría de los fibroadenomas no afectan tu riesgo de tener cáncer de mama. Sin embargo, el riesgo de tener cáncer de mama podría aumentar ligeramente si tienes un fibroadenoma complejo o un tumor filoides.



8. COMPLICACIONES

La mayoría de los fibroadenomas no afectan tu riesgo de tener cáncer de mama. Sin embargo, el riesgo de tener cáncer de mama podría aumentar ligeramente si tienes un fibroadenoma complejo o un tumor filoides.

9. OBJETIVO:

Servir de herramienta para tratar los casos de Tumor benigno de la mama de forma oportuna y correcta a las usuarias del servicio de Ginecología del HRL con el propósito de disminuir los casos de hospitalización y evitar complicaciones de las mismas.

10. NIVEL DE ATENCION:

Nivel III

11. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes hospitalizados con Diagnostico de Tumor benigno de la mama en el servicio de Ginecología - Hospital Regional de Loreto.

12. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciadas de Enfermería



13. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN TUMOR BENIGNO DE LA MAMA

Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
00126 Conocimientos deficientes r/c información insuficiente. Conocimiento insuficiente o Conocimiento insuficiente de los recursos.	[1803] Conocimiento: Proceso de la enfermedad Características de la enfermedad. Curso habitual de la enfermedad. Conocimiento: Régimen terapéutico (181306) Régimen de medicación prescrita. Efectos esperados del tratamiento. Conocimiento: Recursos sanitarios. (180602) Cuándo contactar con un profesional sanitario. Cómo contactar con los servicios necesarios. Recursos sociales de ayuda disponible	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad: Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda. Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, según corresponda [5618] Enseñanza: procedimiento /tratamiento: Explicar el procedimiento /tratamiento. Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. [5515] Mejorar el acceso a la información sanitaria: Determinar qué sabe ya el paciente sobre su estado o riesgo de salud y relacionar la nueva información con lo que ya sabe. Evitar la jerga médica y el uso de acrónimos.				



Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
00148 Temor r/c Respuesta aprendida (p. ej. Condicionamiento, imitación de otros o identificación con ellos). Separación del sistema del soporte en una situación potencialmente estresante (p. ej. Hospitalización, procedimientos hospitalarios). e/p Aumento del estado	[1402] Autocontrol de la ansiedad Planifica estrategias de superación efectivas Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	5820. Disminución de la ansiedad Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. Terapia de relajación (6040): Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad				



<p>de alerta. Irreflexión. Informes de, aprensión, aumento de la tensión.</p>					
---	--	--	--	--	--



Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN Clase 2: Autoestima 00153 Riesgo de baja autoestima situacional Vulnerable al desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación concreta, que puede comprometer la salud. e/p Alteración de la imagen corporal	[1205] Autoestima. Nivel de confianza. [1200] Imagen corporal. Descripción de la parte corporal afectada. Adaptación a cambios en el aspecto físico. Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto Aceptación: estado de salud (1300): Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud.	[5400] Potenciación de la autoestima. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. [5220] Mejora de la imagen corporal. Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda.				



<p>Enfermedad física. Rechazo</p>		<p>Mejorar el afrontamiento (5230): Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieren a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p>				
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--



HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

1. DEFINICIÓN.

La HUA, es la condición clínica que tiene presentaciones agudas y crónicas, se caracteriza por la alteración en el volumen, frecuencia, regularidad o duración del sangrado uterino normal.

2. ETIOLOGIA.

La hemorragia uterina anormal, cuya prevalencia es del 30%, proviene de diversas etiologías que se pueden clasificar en cuatro grupos:

- Relacionadas con embarazo
- Uterinas - orgánicas
- Endocrinas
- Hematológicas.

3. FISIOPATOLOGÍA.

DUB (Sangrado Uterino Disfuncional) Anovulatorio. Si no es liberado el óvulo, no se produce progesterona y persiste el endometrio proliferativo. En el nivel hístico, un endometrio proliferativo crónico por lo general se acompaña de degradación del estroma, disminución del número de arteriolas espirales y dilatación e inestabilidad de los capilares venosos. Los vasos endometriales muestran dilatación extraordinaria y por ello la pérdida sanguínea puede ser intensa. En el nivel celular, disminuye la disponibilidad de ácido araquidónico y con ello también la producción de prostaglandinas.

Por las razones expuestas, se piensa que la pérdida sanguínea que surge con la falta de ovulación provoca alteraciones de la estructura vascular endometrial y de la concentración de prostaglandinas y es producto de una hiperreactividad endometrial a las prostaglandinas vasodilatadoras.

DUB ovulatorio. Se piensa que esta forma de DUB depende en primera instancia sólo de la dilatación vascular. Por ejemplo, las mujeres con hemorragia anovulatoria pierden sangre a un ritmo tres veces más rápido que las que tienen menstruaciones normales, pero no aumenta el número de arterias espirales, por consiguiente, en mujeres con DUB ovulatorio se piensa que los vasos que se distribuyen en el endometrio tienen menor tono y como resultado se produce una mayor pérdida sanguínea por la vasodilatación.

Se han sugerido diversas causas que desencadenan dicho cambio en el tono vascular y se ha dicho que en este fenómeno intervienen las prostaglandinas.}

4. MANIFESTACIONES CLINICAS

El sangrado se considera anormal cuando ocurre en las siguientes situaciones:

- Sangrado entre periodos
- Sangrado después de tener relaciones sexuales
- Manchas de sangre en cualquier momento del ciclo menstrual
- Sangrado más intenso o durante más días de lo normal
- Sangrado después de la menopausia
- La ausencia del periodo durante 3 – 6 meses (también es anormal)
- Dolor pélvico

Otros síntomas causados por cambios en los niveles hormonales pueden ser:

- Crecimiento excesivo de vello corporal en un patrón masculino (hirsutismo)
- Bochornos
- Cambios en el estado anímico
- Sensibilidad y resequedad de la vagina
- Cansancio o fatiga (síntoma de anemia)

5. DIAGNÓSTICO



Entre los procedimientos de diagnóstico, tenemos:

- ✓ **Exploración física:** La correcta inspección quizás deje notar que la hemorragia no sea uterina, sino vaginal, uretral, o de la vulva; o bien, por lesiones del cuello uterino. El tacto pélvico bimanual revela anomalías uterinas y pélvicas.
- ✓ **Laboratorio:** El cuadro hemático es necesario para saber el grado de anemia y si hay necesidad de transfusión, Perfil de coagulación sanguínea, Prueba de función hepática (PFH) Prueba de glucosa en ayunas, Pruebas hormonales de FSH (hormona foliculoestimulante), HL (hormona luteinizante), niveles de hormona masculina (andrógenos), prolactina y progesterona, prueba de embarazo, pruebas de la función hepática.
- ✓ **Ecografía transvaginal:** Sensibilidad de 80% a 96% y especificidad de 68% a 90%, para patologías endometriales y miometriales.
- ✓ **Biopsia endometrial:** Necesaria para el diagnóstico histopatológico en pacientes con riesgo de cáncer endometrial: mayores de 35 años, obesas, diabéticas, con anovulación crónica, con células glandulares atípicas en la citología, o con historia de ingesta de tamoxifeno
- ✓ **La cureta Pipelle:** Es la recomendada para la toma de la biopsia. -es elástica, permite la succión y es menos molesta y más efectiva que la cureta de Novack y la Vabra.
- ✓ **Histerosonografía:** Es el método a seguir, ante un hallazgo de anomalía endometrial en la ecografía transvaginal.
- ✓ **Histeroscopia:** Permite tomar la muestra endometrial bajo visión directa y también permite el tratamiento inmediato de patologías benignas. Con ella se diagnostican patologías como miomas submucosos e intramurales, pólipos, hiperplasia endometrial, cáncer localizado, etc.
- ✓ **Resonancia nuclear magnética:** Es el procedimiento de elección en el diagnóstico de adenomiosis y de alteraciones müllerianas
- ✓ **Otros procedimientos como: citologías, colposcopia, biopsias cervicales, laparoscopia, etc.,** pueden ser necesarios para el diagnóstico específico de la hemorragia uterina orgánica, acorde a la evaluación por el ginecólogo.



6. TRATAMIENTO

MANEJO MÉDICO

La elección del manejo médico dependerá del tiempo de evolución de los síntomas o factores de riesgo clínicos.

El manejo principal es de **tipo hormonal** y el uso de anticonceptivos combinados estrógeno-progestina encabeza la lista. - se usan las presentaciones:

- ✓ Orales
- ✓ Inyectables
- ✓ subdérmicas o intrauterinas que contengan medicación combinada o progestina únicamente.
- ✓ Los DIU que contienen levonorgestrel son útiles en el tratamiento del sangrado menstrual abundante y quizás constituyan la terapia más eficaz.

Estos medicamentos controlan la cantidad del sangrado y dismenorrea, y proveen protección anticonceptiva.

En cuanto al manejo **no hormonal**, los dos medicamentos usados principalmente son:

- ✓ El ácido tranexámico: con una tasa de control de sangrado entre el 26 % y el 54 %, se puede utilizar para los episodios de sangrado abundante. Este medicamento que se administra por vía oral se utiliza dos veces al día
- ✓ El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) Los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, como el ibuprofeno y los compuestos relacionados, también han demostrado reducir el sangrado menstrual excesivo en algunas mujeres.

MANEJO QUIRÚRGICO

La **Miomectomía** es una opción para el manejo de los miomas uterinos en pacientes que desean preservar la fertilidad (especialmente en las que tienen localización intracavitaria). Debe hacerse con consejo con respecto a la necesidad



de cesárea luego de haberse sometido a miomectomía, debido al riesgo de ruptura uterina.

Cuando no se busca preservar la fertilidad, la **Ablación Endometrial** es una opción a la falla terapéutica (en especial cuando se presentan hemorragias abundantes)

La **Embolización de las Arterias Uterinas** (un procedimiento intervencionista) está indicada para el manejo de los miomas cuando se manifiestan con síntomas severos (dolor, hemorragia severa, presión, o dolor pélvico crónico)

La **Histerectomía** ha sido el procedimiento quirúrgico definitivo para el manejo de la HUA, con una alta tasa de satisfacción por ser curativo. La vía de abordaje será la endoscópica, a menos que las condiciones médicas de la paciente lo contraindiquen.

7. COMPLICACIONES

- Esterilidad
- Anemia Grave, debido al sangrado abundante
- Aumento de riesgo de cáncer endometrial

8. OBJETIVO

- Brindar cuidados de enfermería en forma oportuna
- Disminuir las posibles complicaciones en los pacientes

9. NIVEL DE ATENCIÓN

Tercer Nivel de Atención

10. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes que se encuentren hospitalizados en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto con diagnóstico de Hemorragia Uterina Anormal.

11. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería



12. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatiga de los músculos respiratorios • Disnea 	<p>Estado respiratorio: Intercambio gaseoso (0402)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disnea en reposo (moderadamente comprometido) • Inquietud (moderadamente comprometido) • Cianosis (moderadamente comprometido) 	<p>Ayuda a la ventilación (3390)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía aérea permeable • Colocar al pct. de forma que se alivie la disnea • Colocar al pct. de forma que se minimice los esfuerzos respiratorios • Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios • Observar si hay fatiga muscular respiratorio • Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación • Administrar medicación adecuada contra 				



<p>el dolor para evitar la hipoventilación</p> <p>Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción médica</p> <p>Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases</p> <p>Iniciar un programa de entrenamiento de fortalecimiento y/o resistencia de los músculos respiratorios, según corresponda.</p> <p>Iniciar los esfuerzos de reanimación, según corresponda.</p>																	



Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Riesgo de Shock R/C. Sangrado Hipotermia Conocimiento inadecuado de las estrategias del manejo de hemorragias Volumen de líquidos insuficiente Presión arterial inestable	Severidad de la pérdida de sangre (0413) Perdida sanguínea visible (sustancialmente comprometido) Sangrado vaginal (sustancialmente comprometido) Hemorragia postoperatoria (sustancialmente comprometido) Disminución de la presión arterial sistólica (sustancialmente comprometido) Disminución del hematocrito	Manejo del Shock: Volumen (4258) Insertar y mantener una vía de acceso de gran calibre. Controlar la pérdida de sangre súbita, deshidratación grave o hemorragia persistente Controlar si hay signos/síntomas de shock hipovolémico (p. ej., aumento de la sed, aumento de la FC o de la resistencia vascular sistémica, oliguria, alteración del estado mental o de la respiración etc.) Evitar la pérdida de volumen sanguínea (aplicar presión en el sitio de la hemorragia) Controlar el descenso de la presión arterial sistólica a menos				



	<p>(sustancialmente comprometido)</p>	<p>de 90 mmHg o un descenso de 30 mmHg en pacientes hipertensos</p> <p>Administrar líquidos i.v. y hemoderivados calientes, si está indicado</p> <p>Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica según corresponda</p> <p>Administrar hemoderivados (concentración de hematies, plaquetas o plasma fresco congelado), según corresponda</p> <p>Realizar una gasometría arterial y controlar la oxigenación tisular</p>			
--	---------------------------------------	--	--	--	--



CARCINOMA IN SITU DE CUELLO (CANCER DE CUELLO UTERINO)

1. DEFINICIÓN.

El cáncer de cuello uterino es un tipo de cáncer que se produce en las células del cuello uterino, la parte inferior del útero que se conecta a la vagina.}

2. ETIOLOGÍA.

Varias cepas del virus del papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual, juegan un papel importante en la causa de la mayoría de tipos de cáncer de cuello uterino.

Los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino incluyen los siguientes:

- **Muchas parejas sexuales.** Cuanto mayor sea la cantidad de parejas que tienes y cuanto mayor sea la cantidad de parejas sexuales de tu pareja, mayor será tu probabilidad de contraer el virus del papiloma humano.
- **Actividad sexual a edad temprana.** Tener relaciones sexuales a una edad temprana aumenta el riesgo de contraer el virus del papiloma humano.
- **Otras infecciones de transmisión sexual (ITS).** Tener otras infecciones de transmisión sexual, como la clamidia, la gonorrea, la sífilis y el VIH/sida, aumenta el riesgo de contraer el virus del papiloma humano.
- **Sistema inmunitario debilitado.** Podrías tener más probabilidades de presentar cáncer de cuello uterino si tu sistema inmunitario está debilitado por otra afección de salud y tienes el virus del papiloma humano.
- **Tabaquismo.** El tabaquismo está asociado con el cáncer de cuello uterino de células escamosas.

3. FISIOPATOLOGÍA.

El cáncer cervical comienza cuando las células sanas del cuello uterino desarrollan cambios (mutaciones) en su ADN. El ADN de una célula contiene las instrucciones que le dicen a una célula qué hacer.



Las células sanas crecen y se multiplican a una cierta velocidad, y finalmente mueren en un momento determinado. Las mutaciones le dicen a las células que crezcan y se multipliquen fuera de control, y no mueren. Las células anormales acumuladas forman una masa (tumor). Las células cancerosas invaden los tejidos cercanos y pueden desprenderse de un tumor para diseminarse (hacer metástasis) en otras partes del cuerpo.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El cáncer de cuello uterino en un estadio temprano generalmente no produce signos ni síntomas.

- Los signos y síntomas del cáncer de cuello uterino más avanzado incluyen:
- Sangrado vaginal después de las relaciones sexuales, entre períodos o después de la menopausia
- Flujo vaginal acuoso y con sangre que puede ser abundante y tener un olor fétido
- Dolor pélvico o dolor durante las relaciones sexuales

5. DIAGNÓSTICO.

Clínico: Se sospecha por leucorrea, leucoplasias, condiloma cervical y eritroplasia.

Exámenes auxiliares: Se confirma por Papanicolaou y biopsia dirigida por colposcopia.

NIC I: Un tercio de las células tienen displasia (mitosis anormal).

NIC II: Dos tercios de las células tienen displasia (mitosis anormal).

NIC III: Todas las células tienen displasia.

6. TRATAMIENTO.

El tratamiento del cáncer de cuello de útero depende de varios factores, como el estadio del cáncer, otros problemas de salud. Puede usarse la cirugía, la radiación, la quimioterapia o una combinación de las tres.



Cirugía

En la etapa inicial, el cáncer de cuello uterino suele tratarse con cirugía. La mejor operación dependerá del tamaño del cáncer, su etapa y si decidimos considerar quedar embarazada en el futuro.

Las opciones pueden ser las siguientes:

- **Cirugía para extirpar solo el cáncer.** Es posible que pueda extirparse completamente un cáncer cervical muy pequeño con una biopsia de cono. Este procedimiento consiste en cortar un trozo de tejido cervical en forma de cono, pero dejando intacto el resto del cuello uterino. Esta opción puede hacer posible considerar quedar embarazada en el futuro.
- **Cirugía para extirpar el cuello uterino (traquelectomía).** En la etapa inicial, el cáncer de cuello uterino podría tratarse con un procedimiento de traquelectomía radical, que extirpa el cuello uterino y parte del tejido circundante. El útero permanece después de este procedimiento, por lo que puede ser posible quedar embarazada si así se desea.
- **Cirugía para extirpar el cuello uterino y el útero (histerectomía).** La mayoría de los cánceres de cuello uterino en etapa temprana se tratan con una operación de histerectomía radical, que consiste en extirpar el cuello uterino, el útero, parte de la vagina y los ganglios linfáticos cercanos. Una histerectomía puede curar el cáncer de cuello uterino en etapa temprana y evitar su recurrencia. Pero la extirpación del útero hace que sea imposible quedar embarazada.

Radiación

La radioterapia utiliza haces de energía de alta potencia, como los rayos X o los protones, para destruir las células cancerosas. La radioterapia a menudo se combina con la quimioterapia como tratamiento primario para los cánceres de cuello uterino localmente avanzados. También se puede usar después de la cirugía si hay un mayor riesgo de que el cáncer reaparezca.



Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento con medicamentos en el que se utilizan sustancias químicas para destruir las células cancerosas. Se puede administrar por vía intravenosa o en forma de pastillas. A veces se utilizan ambos métodos.

Para el cáncer de cuello uterino localmente avanzado, con frecuencia se combinan dosis bajas de quimioterapia con radioterapia, ya que la quimioterapia puede aumentar los efectos de la radiación. Se pueden recomendar dosis más altas de quimioterapia para ayudar a controlar los síntomas del cáncer muy avanzado.

Cuidados paliativos (atención compasiva)

Los cuidados paliativos consisten en atención médica especializada que se centra en proporcionar alivio del dolor y otros síntomas de una enfermedad grave. Los especialistas en cuidados paliativos trabajan junto a la familia y otros médicos a fin de proporcionar un nivel de apoyo adicional que complementa la atención continua.

Cuando los cuidados paliativos se brindan con todos los otros tratamientos adecuados, las personas con cáncer pueden sentirse mejor y vivir más tiempo. Los cuidados paliativos provienen de un equipo de médicos, personal de enfermería y otros profesionales especialmente capacitados. Los equipos de cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer y la de sus familias. Esta forma de atención se ofrece junto con los tratamientos curativos o de otro tipo que puedas estar recibiendo.

7. COMPLICACIONES.

- Infertilidad.



- Complicaciones relacionadas con la terapia: complicaciones relacionadas con las modalidades de tratamiento como la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia.
- Recurrencia del cáncer

8. OBJETIVO.

- Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a esta enfermedad.
- Disminuir las complicaciones del paciente.

9. NIVEL DE ATENCIÓN.

Tercer nivel de atención

10. POBLACIÓN OBJETIVO.

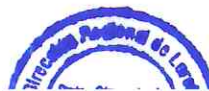
La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes con carcinoma in situ de cuello (cáncer de cuello uterino) del H.R.L.

11. PERSONA RESPONSABLE.

Licenciada en Enfermería.

12. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CANCER DE CUELLO UTERINO

Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos manifestado por expresión facial de dolor.	Control del dolor (1605) Reconoce el comienzo del dolor (Raramente demostrado) Utiliza medidas preventivas (nunca demostrado) Refiere síntomas al profesional sanitario (frecuentemente demostrado) Reconoce los síntomas del dolor.	Manejo del dolor (1400) Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias. (Iluminación, ruidos, etc.) Fomentar periodos de descanso/ sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.				



	<p>Nivel de comodidad (2100)</p> <p>Bienestar físico (algo satisfecho)</p> <p>Control del síntoma (algo satisfecho)</p> <p>Control del dolor (moderadamente satisfecho)</p> <p>Nivel del dolor (2102)</p> <p>Dolor referido (sustancial)</p> <p>Duración de los episodios de dolor (sustancial)</p> <p>Expresiones faciales de dolor (moderado)</p>	<p>Administración de Analgésicos (2210)</p> <p>Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia</p> <p>Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.</p> <p>Técnica de Relajación (5880)</p> <p>Mantener contacto visual con el paciente.</p> <p>Favorecer una respiración lenta y profunda intencionalmente</p> <p>Sentarse y hablar con el paciente</p> <p>Utilizar la distracción si precede.</p>		
--	---	---	--	--



Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
<p>Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud manifestado por expresa preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.</p>	<p>Aceptación: estado de salud (1300)</p>	<p>Mejorar el afrontamiento (5230)</p> <p>Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.</p> <p>Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.</p> <p>Disminución de la ansiedad (5820)</p> <p>Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p> <p>Asesoramiento (5240)</p> <p>Establecer una relación terapéutica</p>				



FIBROMAS UTERINOS

1. DEFINICIÓN.

Los fibromas uterinos son tumores no cancerosos del útero que a menudo aparecen durante los años fértiles. También llamados leiomiomas o miomas, los fibromas uterinos no están asociados con un mayor riesgo de cáncer uterino y casi nunca se convierten en cáncer.

2. ETIOLOGÍA.

No se conoce la causa de los fibromas uterinos, pero la investigación y la experiencia clínica apuntan a estos factores:

- **Cambios genéticos.** Muchos fibromas contienen cambios en los genes que difieren de los de las células típicas del músculo uterino.
- **Hormonas.** El estrógeno y la progesterona, dos hormonas que estimulan el desarrollo del revestimiento uterino durante cada ciclo menstrual como una preparación para el embarazo, parecen estimular el crecimiento de los fibromas.
- **Otros factores de crecimiento.** Las sustancias que ayudan al cuerpo a mantener los tejidos, como el factor de crecimiento similar a la insulina, pueden afectar el crecimiento de los fibromas.
- **Matriz extracelular.** La matriz extracelular es el material que hace que las células se peguen, como el mortero entre ladrillos. La matriz extracelular aumenta en los fibromas y los hace fibrosos. La matriz extracelular también almacena los factores de crecimiento y causa cambios biológicos en las propias células.

Los médicos creen que los fibromas uterinos se desarrollan a partir de una célula madre en el tejido muscular liso del útero (miometrio). Una sola célula se divide repetidamente y termina creando un tumor firme y gomoso distinto del tejido cercano.



Los patrones de crecimiento de los fibromas uterinos varían: pueden crecer lenta o rápidamente, o pueden permanecer del mismo tamaño. Algunos fibromas pasan por períodos de crecimiento acelerado y otros pueden encogerse por sí solos.

3. FISIOPATOLOGÍA

En la fisiopatología de los fibromas uterinos se han identificado factores genéticos, epigenéticos, de crecimiento, citocinas y componentes de la membrana extracelular que participan en la patogénesis de los leiomiomas. En el desarrollo de éstos se han identificado muchos factores de crecimiento, como la activina y miostatina y, por supuesto, los estrógenos y progesterona con sus respectivos receptores que juegan un papel decisivo en su crecimiento y desarrollo. Hace poco se demostró que la testosterona participa en el crecimiento de los fibromas uterinos. Éstos son tumores monoclonales que surgen de las capas musculares del útero (miometrio) de un solo miocito; desde el punto de vista histológico los fibromas son neoplasias benignas compuestas de tejido muscular, mezcladas con abundante cantidad de matriz extracelular. Por lo tanto, se ha establecido que los fibromas son casi siempre benignos.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Muchas mujeres que tienen fibromas no tienen ningún síntoma. En las que sí tienen, los síntomas pueden verse influenciados por la ubicación, el tamaño y número de fibromas.

En las mujeres que tienen síntomas, los signos y síntomas más comunes de los fibromas uterinos incluyen:

- Sangrado menstrual abundante
- Períodos menstruales que duran más de una semana
- Presión o dolor pélvico



- Necesidad de orinar a menudo
- Dificultad para vaciar la vejiga
- Estreñimiento
- Dolor de espalda o de piernas

En raras ocasiones, un fibroma puede causar dolor agudo cuando supera su suministro de sangre y comienza a morir.

5. DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico se establece con base en el hallazgo del aumento de tamaño del útero, movilidad, contornos irregulares a la exploración bimanual o como un hallazgo en el ultrasonido. La valoración de lo anterior y la asociación de dolor a la palpación son datos importantes que pueden orientar con respecto a la severidad del caso. Si se sospechan miomas en una paciente con menstruaciones abundantes, la evaluación de la hemoglobina sérica permitirá la identificación de la deficiencia de hierro.

Algunos tipos comunes de tecnología de imágenes son:

- El ultrasonido, que utiliza ondas de sonido para formar la imagen
- La ecografía con infusión salina, que utiliza una inyección de solución salina en el útero para ayudar a crear la imagen del ultrasonido
- Las imágenes por resonancia magnética (MRI), que utilizan imanes y ondas de radio para crear la imagen
- Los rayos X, que usan una forma de radiación electromagnética para "ver" dentro del cuerpo
- La tomografía computarizada (CT) o tomografía asistida por computadora (también llamada CAT), que examina el cuerpo con rayos X desde muchos ángulos para crear una imagen más completa.



6. TRATAMIENTO.

El objetivo del tratamiento farmacológico de los leiomiomas es aliviar los síntomas y evitar las complicaciones de la intervención quirúrgica y permitir la conservación del útero. Estas opciones siempre deben considerarse como la primera línea de tratamiento. Éste, debe individualizarse conforme a varios factores: síntomas, edad, expectativa de reproducción, contraindicaciones quirúrgicas, tiempo esperado para el inicio de la menopausia, experiencia del médico, entre otros.

Existen varios medicamentos con indicación siempre previa a la decisión quirúrgica: estrógenos y progestinas, moduladores selectivos de los receptores de progesterona, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (análogos de GnRH), moduladores de los receptores esteroides (SERMs) y terapia androgénica.

La primera línea de tratamiento es la combinación de estrógenos con progestinas. Si bien esta opción terapéutica lleva a la atrofia endometrial y a la estabilización, no disminuye el tamaño de los miomas.

7. COMPLICACIONES.

Aunque los fibromas uterinos por lo general no son peligrosos, pueden causar molestias y pueden llevar a complicaciones como una disminución de los glóbulos rojos (anemia), que causa fatiga, debido a la pérdida excesiva de sangre.

8. OBJETIVO.

- Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a esta enfermedad.
- Disminuir las complicaciones del paciente.

9. NIVEL DE ATENCIÓN.

Tercer nivel de atención



10. POBLACIÓN OBJETIVO.

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes con Fibroma uterino del Hospital Regional de Loreto.

11. PERSONA RESPONSABLE.

Licenciada en Enfermería



12. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FIBROMA UTERINO

Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Dolor agudo relacionado con agentes lesivos (físicos) manifestado por facies algícas, verbalización de dolor, acompañado de llanto.	Control del dolor (1605) Reconoce el comienzo del dolor (Raramente demostrado) Utiliza medidas preventivas (nunca demostrado) Refiere síntomas al profesional sanitario (frecuentemente demostrado) Reconoce los síntomas del dolor.	Manejo del dolor (1400) Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Controlar factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias. (Iluminación, ruidos, etc.) Fomentar periodos de descanso/ sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor. Proporcionar a la persona alivio del dolor mediante analgésicos prescritos.				



	<p>Nivel de comodidad (2100)</p> <p>Bienestar físico (algo satisfecho)</p> <p>Control del síntoma (algo satisfecho)</p> <p>Control del dolor (moderadamente satisfecho)</p> <p>Nivel del dolor (2102)</p> <p>Dolor referido (sustancial)</p> <p>Duración de los episodios de dolor (sustancial)</p> <p>Expresiones faciales de dolor (moderado)</p>	<p>Administración de Analgésicos (2210)</p> <p>Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia</p> <p>Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.</p> <p>Técnica de Relajación (5880)</p> <p>Mantener contacto visual con el paciente.</p> <p>Favorecer una respiración lenta y profunda intencionalmente</p> <p>Sentarse y hablar con el paciente</p> <p>Utilizar la distracción si precede.</p>		
--	---	---	--	--



Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Hipertermia relacionado con enfermedad manifestado por aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal	<p>Termorregulación (0800)</p> <p>Temperatura cutánea aumentado(ninguno)</p> <p>Signos vitales (0802)</p> <p>Temperatura corporal(desviación moderada del rango normal)</p>	<p>Regulación de la temperatura (3900)</p> <p>Aplicar medios físicos</p> <p>Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado</p> <p>Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente</p> <p>Favorecer ingesta nutricional y líquido adecuados.</p> <p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p> <p>Observar periódicamente el calor la temperatura y la humedad de la piel.</p> <p>Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia.</p>				



HISTERECTOMÍA

1. DEFINICIÓN:

Es la cirugía para extirpar el útero (matriz) de una mujer. El útero es un órgano muscular hueco que alimenta al feto durante el embarazo.

2. ETIOLOGÍA:

Los leiomiomas son la principal indicación para la histerectomía y representan 30% de las indicaciones en mujeres blancas y 50% en mujeres de origen afroamericano. La morbilidad asociada con la histerectomía puede sobrepasar las ventajas cuando solo existe un mioma subseroso, un mioma pediculado o un mioma submucoso, que pueden extraerse mediante laparoscopia o histeroscopia.

3. FISIOPATOLOGÍA:

Una histerectomía abdominal es un procedimiento quirúrgico donde se extirpa el útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. El útero, o el vientre, es el lugar donde crece el bebé durante el embarazo. Una histerectomía parcial solo extirpa el útero y deja el cuello uterino intacto. Una histerectomía total extirpa el útero y el cuello uterino. A veces una histerectomía incluye la extirpación de uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio, un procedimiento denominado histerectomía total con salpingooforectomía.

La histerectomía también se puede realizar a través de una incisión en la vagina (histerectomía vaginal) o mediante el enfoque quirúrgico robótico o laparoscópico, que utiliza instrumentos largos y delgados insertados a través de incisiones abdominales pequeñas.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Una histerectomía cambia de forma permanente algunos aspectos de la vida. Por ejemplo:

- Ya no tendrás períodos menstruales.
- La mayor parte del tiempo, te sentirás aliviada de los síntomas que hicieron que tu cirugía fuera necesaria.
- No podrás quedar embarazada.
- Si eres premenopáusicas, la extirpación de los ovarios junto con la histerectomía comenzará la menopausia.
- Si tienes una histerectomía antes de la menopausia y conservas tus ovarios, podrías experimentar menopausia a una edad anterior a la promedio.
- Si tienes una histerectomía parcial, el cuello uterino permanece en el sitio, por lo que aún estás en riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Debes realizar pruebas de Papanicolaou regulares para detectar cáncer de cuello uterino.

5. TRATAMIENTO:

Después de la cirugía, estarás en la sala de recuperación durante algunas horas. El equipo de atención médica hará lo siguiente:

- ✓ Te controlará para detectar si hay signos de dolor
- ✓ Te dará medicamentos para el dolor y para evitar infecciones
- ✓ Te animará para que te levantes y camines inmediatamente después de la cirugía

Una histerectomía abdominal, por lo general, requiere una estancia hospitalaria de uno o dos días, pero podría ser más. Tendrás que usar compresas higiénicas para el sangrado y la secreción vaginal. Es normal tener flujo vaginal con sangre durante varios días e incluso semanas después de una histerectomía. Sin embargo, hazle saber a tu cirujano si tienes un sangrado que sea tan espeso como el período menstrual o un sangrado que sea persistente.

La incisión abdominal cicatrizará gradualmente, pero quedará una cicatriz visible en tu abdomen. Lleva tiempo volver a ser tú misma después de una histerectomía



abdominal, alrededor de seis semanas en la mayoría de las mujeres. Durante ese tiempo:

- Descansa mucho.
- No levantes nada pesado durante seis semanas completas después de la operación.
- Mantente activa después de la cirugía, pero evita realizar actividades extenuantes durante las primeras seis semanas.
- Espera seis semanas para reanudar la actividad sexual.
- Sigue las recomendaciones del médico sobre reanudar otras actividades normales.

6. COMPLICACIONES

- Hemorragia postoperatoria severa.
- Complicaciones tromboembólicas
- Complicaciones urológicas (fístulas vesicovaginales, retención.)
- Complicaciones digestivas (retardo del tránsito intestinal)
- Hematomas no infectados.
- Infección urinaria.
- Absceso de pared.
- Fiebre inexplicada
- Infección del muñón vaginal y/o del espacio subperitoneal.

7. OBJETIVO:

Servir de herramienta para tratar los casos de histerectomía de manera más oportuna y correcta, en las Sedes de Hospitalización y Unidades Especializadas de tercer nivel.

8. NIVEL DE ATENCION:

Nivel III



9. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes hospitalizados con Diagnostico de histerectomía en el Hospital Regional de Loreto.

10. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciadas de Enfermería



11. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN HISTERECTOMIA

Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
<p>Dolor agudo (00132) r/c agentes lesivos biológicos y físicos m/p cambios en parámetros fisiológicos; la presión arterial, cambios en la frecuencia cardiaca, cambios en la frecuencia respiratoria, diaforesis, conducta expresiva, mascara facial, observación de evidencias de dolor,</p>	<p>DOMINIO: IV: Conocimiento y conducta de salud. CLASE Q: Conducta de salud RE: Control del dolor 1605 Reconoce el comienzo del dolor Refiere dolor controlado Reconoce factores causales Utiliza analgésicos de forma apropiada. Reconoce síntomas asociados al dolor.</p>	<p>CAMPO: 1: Fisiológico: Básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico. CLASE: E: Fomento de la comodidad física. CAMPO:2: Fisiológico Complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática. CLASE: H: Control de fármacos. Manejo del dolor 1400 Administración de analgésicos 2210 Administración de medicación Intravenosa 2314</p>				



informe verbal de dolor		<p>Seguir los 10 correctos}</p> <p>Saber historial médico y alergias del paciente</p> <p>Valorar respuesta ante una medicación</p> <p>Mantener vía permeable</p> <p>Documentar todo procedimiento y respuesta del paciente</p>				
-------------------------	--	--	--	--	--	--



Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
<p>Náuseas (00134)</p> <p>r/c dolor, irritación gástrica, distensión gástrica. m/p aversión a los alimentos, sensación nauseosa, informe de náuseas.</p>	<p>DOMINIO: IV. Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>CLASE: Q.- Conducta de salud.</p> <p>RE: Control de náuseas y vómitos 1618</p> <p>Reconoce el inicio de náuseas. Describe factores causales. Reconoce estímulos precipitantes. Utiliza medicaciones antieméticas según las recomendaciones. Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados</p>	<p>CAMPO: 1. Fisiológico Básico</p> <p>Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.</p> <p>CLASE: E: Fomento de la comodidad física.</p> <p>Manejo de las náuseas 1450</p> <p>Identificar factores (medicación, procedimientos, etc.) que puedan causar o contribuir a las náuseas</p> <p>Reducir o eliminar factores que contribuyan a causar las náuseas</p> <p>Administración de antieméticos si fuera necesario según indicación médica.</p>				



Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
<p>Ansiedad relacionado con intervención quirúrgica y los trastornos funcionales derivados de la cirugía.</p>	<p>Autocontrol de la ansiedad (1402). Ausencia de manifestaciones de una conducta ansiosa.</p>	<p>Disminución de la ansiedad (5820). Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si está prescrito. Escuchar con atención. Reforzar el comportamiento, si procede. Crear un ambiente que facilite la confianza. Animar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p>				



ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

1. DEFINICIÓN.

Síndrome agudo debido al ascenso de microorganismos de la vagina o el cuello del uterino al endometrio, trompas uterinas y en ocasiones a las estructuras vecinas: ovarios, peritoneo y cavidad pelviana

2. ETIOLOGIA

- Gérmenes Gram positivos
- Gérmenes Gram negativos
- Gérmenes anaerobios
- Antiguamente hasta los años 70 era por Gonococo la 1ra causa, hoy es por chlamydia en 1er mundo y polimicrobiana en 3ro

3. FISIOPATOLOGIA

Los órganos genitales femeninos internos son estériles en estado normal, haciendo excepción durante los periodos menstruales, ya que en esos momentos puede haber pequeños inóculos transitorios de algunas bacterias. La mejor barrera protectora para el endometrio y tracto genital superior contra infecciones por la flora vaginal, es por medio del canal endocervical y el moco cervical. Cuando se lesiona el canal endocervical alterando esta barrera protectora, permite la infección de diversas zonas anatómicas. Dentro de los órganos que afecta la enfermedad están el cérvix, endometrio, trompas uterinas, ovarios, paramétrios, peritoneo pélvico, y extragenital como la perihepatitis.

La competencia inmunológica intrínseca de la mujer, el estado nutricional de la misma y la alteración de los mecanismos barrera de defensa como lo es el moco cervical, favorecen el ascenso de los distintos patógenos, y determinan en gran parte la susceptibilidad a la agresión bacteriana.

La infección que se produce alcanza las trompas uterinas y genera una reacción inflamatoria, ocurriendo varios cambios como vasodilatación, destrucción del endosalpinx y



producción de exudado purulento, lo cual provoca una alteración importante en la superficie de la mucosa tubárica. Esta alteración de la mucosa es la responsable de una clínica más insidiosa y consecuencias más graves

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor abdominal
- Fiebre. y/o escalofrío
- Alteraciones urinarias
- Náuseas y vomito
- Sangrado

5. DIAGNOSTICO

- Clínico: Interrogatorio Y Evaluación médica
- Etiológico: cultivo
- Inmunológico: anticuerpos
- Radiológico: histerosalpingografía
- Ecográfico: absceso pélvico o hidrosalpinx
- Laparoscópico: pelvis congelada

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- Embarazo ectópico
- Apendicitis aguda
- Endometriosis
- Quiste de ovario
- Dolor funcional

6. TRATAMIENTO.

- A corto plazo: Eliminación de síntomas y signos
- Erradicación de patógenos
- A largo plazo: Reducción del daño tubario y sus secuelas: Infertilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico



TRATAMIENTO AMBULATORIO

- ANTIBIOTICOTERAPIA: según esquema a elegir.
- Reposo, abstinencia sexual, analgésicos.
- Antinflamatorios, retiro de DIU y uso de contraceptivos.
- Evaluación y manejo de la pareja sexual.

Criterios de hospitalización en EPI aguda:

- Sospecha de embarazo $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$, Leucocitosis >16000 , intolerancia a la vía oral, Peritonitis, Diagnóstico no aclarado, fracaso en el tratamiento ambulatorio, presencia de DIU Adolescentes.

Tratamiento quirúrgico.

- Si se sospecha absceso pélvico, Si hay abdomen agudo, shock séptico, bacteriemia persistente, falla del tratamiento conservador (48-72 horas), fiebre, peritonitis e -íleo persistente, tumoración creciente, anomalías de laboratorio persistentes, pacientes sin deseo de fertilidad.

7. COMPLICACIONES.

Un tratamiento pronto y adecuado puede ayudar a prevenir las complicaciones causadas por la EPI, tal como el daño permanente a los órganos femeninos. Sin embargo existe una serie de complicaciones que amenazan la vida de éstas pacientes; entre las que cabe mencionar: la esterilidad, embarazo ectópico, dolor pelviano crónico, síndrome Fitz-Hugh-Curtis y la mortalidad como el peor desenlace que puede generar dicha patología.

8. OBJETIVO.

- Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a esta enfermedad.
- Disminuir las complicaciones del paciente.



9. NIVEL DE ATENCIÓN.

Tercer nivel de atención

10. POBLACIÓN OBJETIVO.

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes con Enfermedad Pélvica Inflamatoria que sean Internadas en el **Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias"**.

11. PERSONA RESPONSABLE.

Licenciada en Enfermera.



12. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
DOMINIO 12: Confort (00132) CLASE 1: Confort físico Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos manifestado por expresión facial de dolor.	Control del dolor (1605) Reconoce el comienzo del dolor (Raramente demostrado) Utiliza medidas preventivas (nunca demostrado) Refiere síntomas al profesional sanitario (frecuentemente demostrado) Reconoce los síntomas del dolor. Nivel de comodidad (2100) Bienestar físico (algo satisfecho) Control del síntoma (algo satisfecho)	Manejo del dolor (1400) <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias. (Iluminación, ruidos, etc.) • Fomentar periodos de descanso/ sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor. • Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. 				



	<p>Control del dolor (moderadamente satisfecho)</p> <p>Nivel del dolor (2102)</p> <p>Dolor referido (sustancial)</p> <p>Duración de los episodios de dolor (sustancial)</p> <p>Expresiones faciales de dolor (moderado)</p>	<p>Administración de Analgésicos (2210)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. <p>Técnica de Relajación (5880)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener contacto visual con el paciente. • Favorecer una respiración lenta y profunda intencionalmente • Sentarse y hablar con el paciente • Utilizar la distracción si precede. 		
--	--	---	--	--



Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés (00146) CLASE 1: Confort físico Ansiedad relacionada a factores estresantes evidenciado preocupación.	Autocontrol de la ansiedad (1402) Monitorizar la intensidad de la ansiedad. Eliminar precursores de la ansiedad. Mantiene funcionamiento físico. Controla la respuesta del miedo.	Disminución de la ansiedad (5820) Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. Orientar sobre la importancia de tratar la enfermedad. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Crear un ambiente que facilite la confianza. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. Fomentar el sueño.				



Dx. Enf. /C.P. NANDA	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés (00069) CLASE 1: Afrontamiento Ineficaz relacionado con: falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, manifestado por: expresa incapacidad para el afrontamiento	Aceptación estado de salud (30017) Se adapta al cambio en el estado de salud Escala m: desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado Autocontrol (3102): Enfermedad crónica Controla los signos y síntomas de la enfermedad. Escala m: desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Asesoramiento (5240) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos. ✓ Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones. Terapia de actividad (4310) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. Vigilancia (6650) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente y la familia. 				



	<p>Control del dolor (moderadamente satisfecho)</p> <p>Nivel del dolor (2102)</p> <p>Dolor referido (sustancial)</p> <p>Duración de los episodios de dolor (sustancial)</p> <p>Expresiones faciales de dolor (moderado)</p>	<p>Administración de Analgésicos (2210)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. <p>Técnica de Relajación (5880)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener contacto visual con el paciente. • Favorecer una respiración lenta y profunda intencionalmente • Sentarse y hablar con el paciente • Utilizar la distracción si precede. 			
--	--	---	--	--	--



Diagnóstico de Enfermería	Resultados /indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés (00146)	Autocontrol de la ansiedad (1402) Monitorizar la intensidad de la ansiedad. Eliminar precursores de la ansiedad. Mantiene funcionamiento físico. Controla la respuesta del miedo.	Disminución de la ansiedad (5820) Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. Orientar sobre la importancia de tratar la enfermedad. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Crear un ambiente que facilite la confianza. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. Fomentar el sueño.				
CLASE 1: Confort físico						
Ansiedad relacionada a factores estresantes evidenciado preocupación.						



Dx. Enf. /C.P. NANDA	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés (00069) CLASE 1: Afrontamiento Ineficaz relacionado con: falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, manifestado por: expresa incapacidad para el afrontamiento	Aceptación estado de salud (30017) Se adapta al cambio en el estado de salud Escala m: desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado Autocontrol (3102): Enfermedad crónica Controla los signos y síntomas de la enfermedad. Escala m: desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Asesoramiento (5240) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos. ✓ Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones. Terapia de actividad (4310) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. Vigilancia (6650) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente y la familia. 				



PROLAPSO ÚTERO VAGINAL

1. DEFINICIÓN:

Se define el histerocele o prolapso uterino como el descenso del útero a través de la vagina.

2. ETIOLOGÍA:

El útero está fijado en la pelvis gracias a una serie de músculos que cuando se debilitan producen que éste caiga hacia abajo sobre la vagina debido al efecto de la gravedad produciendo diferentes síntomas.

El prolapso es secundario a aquellas todas circunstancias que lesionan las estructuras musculares y ligamentosas del suelo pélvico dando lugar al prolapso uterino en sus diferentes grados.

Las causas de debilidad de la musculatura del suelo pélvico y los factores de riesgo más comunes son:

- ✓ Partos (distócicos, instrumentales o fetos grandes)
- ✓ Sobrepeso
- ✓ Estreñimiento
- ✓ Tos crónica
- ✓ Ejercicio físico vigoroso
- ✓ Esfuerzos laborales continuos e intensos
- ✓ Envejecimiento

3. FISIOPATOLOGÍA:

El útero (matriz) normalmente se mantiene en su lugar gracias a un soporte de músculos y ligamentos. El prolapso ocurre cuando los ligamentos que soportan el útero se vuelven tan débiles que el útero no se sujeta y desciende de su posición habitual. Estos ligamentos



son: el ligamento redondo del útero, los ligamentos recto-uterinos, el ligamento ancho del útero y el ligamento útero-ovárico. Los ligamentos recto-uterinos (también llamados útero-sacos) son con mucho los más importantes para prevenir el prolapso uterino.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Los síntomas principales son los siguientes:

- ✓ Sensación de masa a nivel vaginal (síntoma más frecuente).
- ✓ Aparición a través de la vulva de una tumoración que empeora con los esfuerzos y la bipedestación.
- ✓ Hemorragias intermitentes (se asocia a heridas o úlceras en el órgano prolapsado).
- ✓ Leucorrea (secundaria a infección vaginal).
- ✓ Incontinencia urinaria.
- ✓ Molestias a la hora de tener relaciones sexuales.
- ✓ Molestias a la hora de caminar.

5. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico se realiza mediante la historia clínica y una exploración ginecológica.

Además, puede ser necesario recurrir a diferentes pruebas complementarias para un diagnóstico preciso:

- Colposcopia
- Citología
- Ecografía ginecológica
- Frotis
- Biopsia (en caso de lesiones sospechosas)
- Estudio urodinámico
- Urografía intravenosa



6. TRATAMIENTO:

Generalmente se trata de una patología benigna pero sus síntomas generan una afectación importante en la calidad de vida de las mujeres que la padecen (molestias, en la vida sexual y en la imagen de la persona).

El tratamiento ideal es la cirugía correctora, buscando recolocar el útero en su posición natural. Suele tener muy buenos resultados. Las opciones incluyen la histerectomía completa (extracción del útero y su cuello junto con las trompas y los ovarios) y otras técnicas que conservan el útero como sacrohisteropexia (suspensión del útero con una malla sintética) o la operación de Manchester.

Pero en algunos casos se puede optar por medidas conservadoras (mujeres con prolapso leve, las que desean tener más hijos, mal estado de salud y las que rechazan la cirugía).

El tratamiento conservador consiste en:

- Disminución de peso
- Disminuir actividades que aumenten el prolapso: ejercicio, levantar peso.
- Tratamiento de la tos y estreñimiento
- Ejercicios de suelo pélvico de Kegel

7. COMPLICACIONES

El prolapso uterino grave puede desplazar parte del revestimiento vaginal, lo que hace que sobresalga fuera del cuerpo. El tejido vaginal que roza la ropa puede producir llagas en la vagina (úlceras) Rara vez, las llagas pueden infectarse.

8. OBJETIVO:

Servir de herramienta para tratar los casos de prolapso útero vaginal de manera más oportuna y correcta, en las Sedes de Hospitalización y Unidades Especializadas de tercer nivel.



9. NIVEL DE ATENCIÓN.

Tercer nivel de atención

10. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes hospitalizados con Diagnostico de prolapso útero vaginal del Hospital Regional de Loreto.

11. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciadas de Enfermería



12. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROLAPSO UTERO VAGINAL

Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017) relacionado con prolapso de un órgano pélvico manifestado pérdida involuntaria de orina en ausencia de contracción del detrusor.	Continencia urinaria (0502) Reconoce la urgencia miccional. Pérdida de orina entre micciones. Micción mayor de 150 ml cada vez.	Eliminación urinaria (0503) Patrón de eliminación. Micción frecuente Incontinencia urinaria Nicturia Incontinencia funcional. Ejercicios del suelo pélvico (0560) Enseñar a la paciente a tensar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orina o defecar. Explicar a la paciente que la eficacia de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.				



Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con humedad (00047)	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)	Vigilancia de la piel (3590)				
	Hidratación.	Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje de la piel y las mucosas.				
	Sensibilidad.	Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.				
	Transpiración.	Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.				
	Integridad de la piel.	Documentar cambios en la piel y las mucosas.				
	Detección del riesgo (1908)	Identificación de riesgos (6610)				
	Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo.	Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de				
	Realiza auto exámenes a					



	<p>intervalos recomendados.</p> <p>Controla los cambios en el estado general de salud.</p> <p>Obtiene información sobre cambios en recomendaciones sanitarias.</p>	<p>riesgos.</p> <p>Identificar las estrategias de afrontamiento.</p> <p>Instruir sobre los factores de riesgos y planificar la reducción del riesgo.</p> <p>Aplicar las actividades de reducción del riesgo.</p> <p>Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.</p>		
--	--	---	--	--



HIPEREMESIS GRAVIDICA

1. DEFINICIÓN

La hiperémesis grávida se define como la aparición de vómitos y náuseas incoercibles sin causa orgánica, asociados a pérdida de peso, deshidratación, Cetosis y alteración electrolítica.

2. ETIOLOGIA

Las causas de las náuseas y vómitos del embarazo son aún desconocidas, siendo probablemente de etiología multifactorial Y los factores implicados son los siguientes:

✓ **Hormonales:**

- Se correlacionan con los niveles de HCG
- Aumento de tiroxina libre sérica en las primeras semanas de embarazo.
- Insuficiencia de la corteza suprarrenal secundaria a disminución de la producción de ACTH hipofisaria.
- Niveles elevados de estrógeno.
- Progesterona por su efecto sobre la motilidad gástrica, esofágica e intestinal.

✓ **Neurológicos:**

Mayor labilidad del SN vegetativo en enlentecimiento del vaciado gástrico, cambios en la sensibilidad subcortical del centro del vómito.

✓ **Metabólicos:**

Alteraciones del metabolismo del glucógeno hepático (su déficit matinal provocaría cetosis leve y en consecuencia náuseas y vómitos).

Reacción materna al embrión y productos de la concepción.

✓ **Psicológicos:**

Imadurez, dependencia, histeria, depresión, ansiedad y alteraciones del medio familiar y/o social del paciente



3. FISIOPATOLOGIA

No existe consenso acerca de la definición de la enfermedad, pero la mayoría de las definiciones incluyen que son náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, sin causa orgánica, asociados con pérdida de peso, deshidratación, cetosis y alteraciones electrolíticas superior al 5% del peso inicial

La elevación sérica de los niveles de hormona gonadotropina coriónica humana (β -HCG) como uno de los factores principalmente implicados³, hasta el punto de establecer una correlación entre los niveles de β -HCG y la intensidad de la emesis, razón por la cual está presente con mayor frecuencia en gestaciones múltiples.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Casi el 80 % de las gestantes presentan náuseas y vómitos durante el embarazo. La mayor parte de estas gestantes no son tributarias de exploraciones complementarias. Son pacientes que presentan 1 o 2 vómitos al día con tolerancia correcta a la ingesta, que inician sus síntomas entre la semana 6 y la semana 9 de gestación. Simplemente se van a beneficiar de tratamiento sintomático, (Anamnesis) preguntar por el inicio de los síntomas, generalmente el embarazo produce un inicio gradual de los síntomas, comenzando con anorexia y continuando con las náuseas y después los vómitos el inicio de los vómitos tras la semana 9 hace sospechar otras causas.

La clínica materna

- ✓ Pérdida de peso, Aliento fétido.
- ✓ Signos de deshidratación: sequedad de piel y mucosas, hipotensión, taquicardia, aumento del hematocrito y de la urea, oliguria.
- ✓ Alcalosis metabólica: hiponatremia, hipocalcemia, hipocloremia, cetosis.
- ✓ En situaciones extremas, las gestantes pueden llegar a presentar: encefalopatía, Ictericia, hipertermia, insuficiencia hepatorrea, confusión, letargo y coma.



- ✓ Saliva mucho más de lo normal.
- ✓ Mareos, debilidad, dolores de cabeza o desmayos.
- ✓ Estreñimiento

La clínica fetal

- Crecimiento intrauterino retardado (CIR).
- Prematuridad

5. DIAGNOSTICO

- ✓ Mediante una adecuada anamnesis, exploración física se puede llegar a un diagnóstico adecuado.
- ✓ Es necesario diferenciar la hiperémesis gravídica de otras patologías como la pancreatitis, pielonefritis, apendicitis y otros trastornos metabólicos por lo que ante la sospecha se solicitan los siguientes exámenes de laboratorio: cetonas en orina, nitrógeno ureico, creatinina, enzimas hepáticas, electrolitos, amilasa y pruebas de función tiroidea.
- ✓ Alteraciones analíticas:
 - Biometría (hemoconcentración).
 - Alteraciones electrolíticas: (hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia y alcalosis metabólica).
 - Alteración del perfil hepático (elevación leve de GOT y GPT < 300U/L, y Bilirrubina < 4 mg/dl).
 - Alteración del perfil tiroideo (aumento de la T4 y la TSH).

6. TRATAMIENTO

1. Ambulatorio

a) Medidas higiénico-dietéticas

- Comidas frecuentes y en pequeña cantidad e interrumpir la ingesta antes de saciarse.
- Dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasas y proteínas.
- Evitar alimentos líquidos y calientes.
- Evitar condimentos
- Apoyo psicológico, reposo y relajación



b) Fármacos antieméticos

Los antieméticos disminuyen la incidencia de las náuseas y suelen tener como principal efecto secundario la somnolencia. Los fármacos más utilizados son: Doxilamina + Piridoxina (CaribanR): es un antiestamínico bloqueante del receptor H1. La administración de este medicamento no evidencia efectos sobre los vómitos, solo para las náuseas.

Metoclopramida (PrimperanR): Es un antagonista dopaminérgico, que bloquea el receptor de la dopamina y deprime el centro del vómito.

Ondansetrón (Zofrán R): es un antagonista de la serotonina.

2. Hospitalario

a) Criterios de ingreso

- ✓ Intolerancia oral
- ✓ Mal estado general: diuresis escasa, taquicardia, fiebre.
- ✓ Alteraciones en la analítica que requieren reposición electrolítica.

b) Controles durante el ingreso

- ✓ Constantes por turno.
- ✓ Peso cada 24 horas.
- ✓ Diuresis cada 24 horas.
- ✓ Balance hídrico.

c) Medidas a seguir y tratamiento

- ✓ Reposo, prohibición de visitas.
- ✓ Dieta absoluta.
- ✓ Sueroterapia: 2000-3000 cc/24h de suero glucosalino.
- ✓ Reposición de electrolitos; añadiremos entre 60-90 mEq de ClK al día.
- ✓ Si la paciente tolera la vía oral, se realizará la comida en pequeñas tomas.
- ✓ Agentes antieméticos
- ✓ Corticoterapia.



7. COMPLICACIONES

Si no se trata adecuadamente puede transformarse en una enfermedad grave, causando múltiples complicaciones como:

- ✓ Úlceras estomacales
- ✓ Trastornos hepáticos
- ✓ Pérdida de peso severa
- ✓ Depresión
- ✓ Colecistopatía

8. OBJETIVO.

- ✓ Brindar una atención de enfermería con calidad y calidez
- ✓ Ejecutar cuidados de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a esta enfermedad.
- ✓ Disminuir las complicaciones del paciente.

9. NIVEL DE ATENCIÓN.

Tercer nivel de atención

10. POBLACIÓN OBJETIVO.

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes con Diagnóstico de Hiperémesis Gravídica del servicio de Ginecología del H.R.L.

11. PERSONA RESPONSABLE.

Licenciada en enfermería.



12. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HIPEREMESIS GRAVÍDICA

Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Náuseas r/c trastornos bioquímicos (embarazo) e/p expresión verbal y episodios de vómitos (00134)	Control de náuseas y vómitos (1618). Reconoce el inicio de náuseas Describe factores causales Utiliza medidas preventivas Utiliza medicación antiemética según las recomendaciones Severidad de las náuseas y vómito. (2109) Frecuencia e intensidad de las náuseas Frecuencia e intensidad de los vómitos Secreción excesiva de saliva Pérdida de peso Dolor gástrico Desequilibrio electrolítico.	Manejo de las náuseas (1450) ACTIVIDADES: Administrar alimentos fríos, sin olor ni color, según convenga. Animar a que se ingiera pequeñas cantidades de comidas. Asegurarse que se han administrado los antieméticos. Controlar el contenido nutricional. Evaluar el impacto de las náuseas sobre el estilo de vida. Utilizar una higiene bucal frecuente.				



Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Manejo del vómito (1570). ACTIVIDADES: Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos. Controlar los efectos del control de vómito. Empezar con líquidos transparentes. Fomentar el descanso. Utilizar higiene bucal. Utilizar suplementos nutritivos						
Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c pérdidas excesivas a través de los	(0601) Equilibrio hídrico Funciones vitales Peso corporal estable Función renal Ascitis	(4120) Manejo de líquidos Administrar líquidos IV si procede. Consultar con el médico si los signos y síntomas de deshidratación empeora. Controlar la ingesta de alimentos y				



vómitos(00028)	<p>líquidos.</p> <p>Monitorizar el estado nutricional.</p> <p>Pesar a diario y controlar la evolución.</p> <p>Vigilar el estado de hidratación.</p> <p>(2000) Manejo de electrolitos</p> <p>Mantener un acceso I.V permeable</p> <p>Mantener un registro adecuado de entradas y salidas</p> <p>Mantener una solución intravenosa que contenga electrolitos a flujo constante, según corresponda</p> <p>Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.</p>
----------------	---



Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Fatiga r/c embarazo, deprivación del sueño(00093)	(0006) Energía psicomotora Muestra concentración Sigue el régimen de medicación Sigue el régimen terapéutico Muestra capacidad para realizar tareas diarias	0180) Manejo de la energía Ayudar a identificar las preferencias de la paciente. Ayudar al paciente a elegir actividades que reconstruyan su resistencia. Ayudar a la paciente a programas periodos de descanso. Determinar las limitaciones físicas de la paciente. Favorecer el reposo. Favorecer la actividad física. (0200) Fomento del ejercicio Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios.				



<p>Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicio en su rutina semanal</p> <p>Incluir a la familia de la paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicio.</p> <p>Instruir a la paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud.</p> <p>Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos de la paciente.</p>																	



ENFERMEDAD DE LA GLANDULA DE BARTHOLINI DE BARTHOLINO

1. DEFINICIÓN.

La glándula de Bartholin (vulvovaginales o vestibulares mayores) son del tamaño de una almendra, localizadas a ambos lados de la vagina, debajo de la mucosa. Cada glándula drena mediante un conducto excretor que desemboca entre el labio menor y el himen. Pero en ocasiones puede producirse una bartolinitis que es la inflamación de una o ambas glándulas de Bartholino.

2. ETIOLOGÍA.

Las bacterias que con frecuencia producen la infección usualmente se encuentran en la piel, la infección por la bacteria *Escherichia coli* es común, pero también puede ser causada por estafilococos y estreptococos.

3. FISIOPATOLOGÍA.

La bartolinitis se produce por la obstrucción de la salida de una -o ambas- glándulas de Bartolino como consecuencia de una infección bacteriana en la entrada de la vagina. Las bacterias ingresan al vestíbulo vulvar, pasan a los conductos produciendo la inflamación. La infección puede propagarse desde los conductos y llegar a la glándula. Como consecuencia de ello, la entrada se inflama, pega e impide que las glándulas se vacíen. Por lo tanto, la secreción se almacena ahí, con lo que se convierte en caldo de cultivo ideal para los patógenos. El tejido puede supurar y desarrollar un absceso (absceso de Bartolino).

Al obstruirse el pequeño orificio por donde sale el líquido secretado por la glándula, ese líquido sigue siendo producido pero al no tener salida se va acumulando y se produce un aumento del tamaño de la glándula, lo que se conoce como quiste de Bartolino. Comienza pues a formarse un bulto redondo, en el borde de la vagina. El quiste puede tener un tamaño variable. Puede tener el tamaño de una lenteja, pero puede ir creciendo hasta alcanzar el tamaño de una naranja, aunque lo más frecuente es que alcance el tamaño de una nuez.



En algunos casos el tejido puede supurar y formarse un absceso, el que puede requerir de una intervención quirúrgica.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- ✓ Hinchazón y enrojecimiento
- ✓ Dolor al sentarse o caminar
- ✓ Fiebre, en personas con baja inmunidad
- ✓ Dolor durante la relación sexual
- ✓ Secreción vaginal
- ✓ Presión vaginal
- ✓ En algunas ocasiones (pocas), fiebre.

5. DIAGNÓSTICO.

- ✓ El diagnóstico de la bartolinitis es clínico, por la visualización y palpación de una masa en la parte posterior de la vulva.
- ✓ Es aconsejable realizar un **cultivo de exudado** de la glándula (del material que drena), para detectar si hay bacterias que producen infección.
- ✓ Se puede realizar una **analítica de sangre** en caso de abscesos o quistes complicados. Se recomienda el estudio de enfermedades de transmisión sexual que pueden estar relacionadas.
- ✓ En mujeres mayores de 40 años, en las que se sospeche que puede haber una lesión maligna, se realiza una **toma de biopsia**, una muestra de tejido, para analizarlo y detectar posibles complicaciones como lesiones tumorales malignas (adenocarcinoma).

6. TRATAMIENTOS.

- ✓ **MEDIDAS DE CUIDADOS PERSONALES:** Los baños en agua tibia 4 veces al día, durante varios días pueden aliviar la molestia. También puede ayudar a que el absceso se abra y drene por sí solo. Sin embargo, la abertura



generalmente es muy pequeña y se cierra de forma rápida. Por lo tanto, el absceso a menudo reaparece.

- ✓ **DRENADO DEL ABSCESO:** Una pequeña incisión quirúrgica puede drenar por completo el absceso. Esto proporciona alivio de los síntomas y una recuperación muy rápida.
 - El procedimiento puede hacerse bajo anestesia local en el consultorio del proveedor.
 - Se hace una incisión de 1 a 2 cm. en sitio del absceso. Se irriga la cavidad con solución salina. Se puede introducir un catéter (sonda) y dejarlo puesto durante 4 a 6 semanas. Esto es para permitir que el drenado del absceso continúe mientras el área cicatriza. No es necesario suturar.
 - Tomar baños de asiento en agua tibia 1 a 2 días después de esto. No puede tener relaciones sexuales hasta que el catéter se retire.
 - Administración de antibióticos si hay pus u otros signos de infección.

- ✓ **MARSUPIALIZACIÓN:** Las mujeres también se pueden tratar con una cirugía menor llamada marsupialización.
 - El procedimiento implica la creación de una abertura elíptica a lo largo del quiste para ayudar a que la glándula drene. Se extirpa el absceso. El proveedor coloca los puntos de sutura en los bordes del quiste.
 - El procedimiento algunas veces se puede hacer en una clínica con medicamento para anestésiar el área. En otros casos, puede ser necesario que se haga en el hospital con anestesia general para que usted esté dormida y sin dolor.
 - Tomar baños de asiento en agua tibia 1 a 2 días después de esto. No tener relaciones sexuales durante 4 semanas después de la cirugía.
 - Tomar medicamentos orales para el dolor después del procedimiento.



✓ **ESCISIÓN:** Es la extirpación completa de la glándula si los abscesos siguen reapareciendo.

- El procedimiento involucra la extracción quirúrgica de la pared completa del quiste.
- Generalmente se realiza en un hospital, bajo anestesia.
- No puede tener relaciones sexuales durante 4 semanas después de la cirugía.

7. COMPLICACIONES.

- ✓ Aparición de una fístula, que es un conducto anómalo que comunica con otro sitio diferente la glándula con el exterior y por donde drenan las secreciones y pus del quiste o absceso de la glándula de Bartolino.
- ✓ Complicaciones derivadas del tratamiento quirúrgico, como sangrados, infecciones, etc
- ✓ Infección concomitante en el tracto urinario o en la vagina.
- ✓ Reparación del quiste o absceso tras el tratamiento.

8. OBJETIVO.

- ✓ Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a esta enfermedad.
- ✓ Disminuir las complicaciones del paciente.

9. NIVEL DE ATENCIÓN.

Tercer nivel de atención

10. POBLACIÓN OBJETIVO.

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes con enfermedad de la glándula de Bartholino del Hospital Regional de Loreto.

11. PERSONA RESPONSABLE.

Licenciada de Enfermería.



12. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ENFERMEDAD DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO

Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución		Evaluación
			M	T N	
Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos manifestado por expresión facial de dolor.	Control del dolor (1605) Reconoce el comienzo del dolor (Raramente demostrado) Utiliza medidas preventivas (nunca demostrado) Refiere síntomas al profesional sanitario (frecuentemente demostrado) Reconoce los síntomas del dolor.	Manejo del dolor (1400) Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias. (Iluminación, ruidos, etc.) Fomentar periodos de descanso/ sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.			



Nivel de comodidad (2100)	Administración de Analgésicos (2210)
Bienestar físico (algo satisfecho)	Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia
Control del síntoma (algo satisfecho)	Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.
Control del dolor (moderadamente satisfecho)	Técnica de Relajación (5880) Mantener contacto visual con el paciente. Favorecer una respiración lenta y profunda intencionalmente
Nivel del dolor (2102) Dolor referido (sustancial) Duración de los episodios de dolor (sustancial) Expresiones faciales de dolor (moderado)	Sentarse y hablar con el paciente Utilizar la distracción si precede.



Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores	Intervenciones/actividades	Ejecución		Evaluación
			M	T	
<p>Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud manifestado por expresa preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.</p>	<p>NOC</p> <p>Aceptación: estado de salud (1300)</p>	<p>NIC</p> <p>Mejorar el afrontamiento (5230)</p> <p>Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.</p> <p>Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.</p> <p>Disminución de la ansiedad (5820)</p> <p>Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p>			



		<p>Asesoramiento (5240)</p> <p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>Demostrar empatía, calidez y sinceridad.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.</p>			
--	--	---	--	--	--



ABORTO ESPONTÁNEO

1. DEFINICIÓN.

Es la pérdida espontánea de un feto antes de alcanzar el periodo de viabilidad (20 semanas) del embarazo o hasta los 500 grs de peso. Un aborto espontáneo es un suceso que ocurre naturalmente, conocido también como aborto involuntario.

2. ETIOLOGÍA.

Aunque no es completamente clara la causa de los abortos espontáneos, las razones más comunes son:

- Factores genéticos: Estos incluyen anomalías cromosómicas como una trisomía, poliploidía, monosomía, aberraciones cromosómicas estructurales, etc.
- Trastornos endocrinos y metabólicos: Defectos de la fase lútea, anomalías de la tiroides, diabetes mellitus, etc.
- Infecciones: Rubéola, citomegalovirus, VIH, micoplasma, clamidia, etc.
- Anomalías anatómicas: Estas incluyen enfermedades y anomalías de los órganos genitales internos, como incompetencia cervical, malformaciones congénitas del útero (bicorne o septado), fibromas submucosos, adherencias intrauterinas (síndrome de Asherman).
- Trastornos inmunes: síndrome antifosfolípidos, usualmente son los responsables de generar abortos en el segundo trimestre.
- Otros factores: Estos pueden incluir factores emocionales o algunos que causen estrés, ciertos medicamentos, cafeína, alcohol, tabaco cocaína, etc.

3. FISIOPATOLOGÍA.

Variable según edad gestacional. Puede ocurrir días o semanas antes de la muerte del embrión o feto. Hemorragia en decidua basal que lleva a hemorragia vaginal e infiltración leucocitaria (la que también se produce por cambios necróticos). Se produce desprendimiento de pared uterina, en forma total o

parcial. Se estimula contracción uterina y se generan cambios en cuello uterino, lo que lleva a la expulsión del embrión o feto.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Los signos y síntomas de un aborto espontáneo podrían incluir lo siguiente:

- ✓ Manchado o sangrado vaginal.
- ✓ Dolor o calambre en el abdomen o en la región lumbar.
- ✓ Líquido o tejido que sale de la vagina.

5. DIAGNÓSTICO.

a) Clínico:

Dolor pélvico, sangrado vaginal, existencia o no de cambios cervicales o rotura de membranas ovulares.

b) Exámenes auxiliares:

La ecografía transvaginal o pélvica nos permite ver viabilidad de embrión o feto y signos de aborto como saco gestacional irregular, presencia de coágulos retroplacentarios, presencia de restos ovulares.

6. TRATAMIENTO.

Según diagnóstico específico:

Amenaza de Aborto (o Síntomas de Aborto): Reposo absoluto, observación por 48 horas o hasta cese sangrado y abstinencia sexual por 7-10 días; pueden ser útiles los antiespasmódicos para manejo sintomático.

Aborto Retenido: En menos de 12 semanas: Misoprostol intravaginal (800 mcg dosis única o 400 mcg cada 4 horas hasta completar 4 dosis) con o sin AMEU (Aspiración manual endouterina). En más de 12 semanas: Misoprostol y Dilatación cervical (Lamicell, Oxitocina); esperar expulsión de contenido intrauterino y luego realizar legrado. Considerar opción quirúrgica evaluando caso a caso. Profilaxis anti-D.



Aborto Incompleto: Menores de 12 semanas, no complicados, se produce al AMEU) previa dilatación cervical, o expulsión con administración de misoprostol, si existiera indicación. Profilaxis anti-D si madre es Rh(-).

Aborto Completo: Conducta expectante, control con B-HCG para descartar aborto incompleto o embarazo ectópico. Apoyo psicológico a la pareja.

Aborto Inevitable: Hospitalizar, reanimar en caso necesario; analgesia o anestesia. Resto del manejo según causa específica. Profilaxis anti-D.

7. COMPLICACIONES.

- ✓ Hemorragia.
- ✓ Shock hipovolémico.
- ✓ Shock séptico.
- ✓ Perforación uterina.
- ✓ Desgarros de cérvix.
- ✓ Aborto séptico.

8. OBJETIVO:

Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a la fisiopatología que se asocia a esta enfermedad.

9. NIVEL DE ATENCIÓN:

III Nivel de atención.

10. POBLACIÓN OBJETIVO:

La presente guía se aplicará a todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de aborto espontáneo.

11. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada de Enfermería



12. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ABORTO ESPONTANEO.

Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Dolor agudo relacionado con hemorragia vaginal manifestado por verbalización del dolor y aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial.	<p>Control del dolor (1605)</p> <p>Reconoce factores causales.</p> <p>Utiliza analgésicos de forma apropiada.</p> <p>Refiere dolor controlado.</p> <p>Nivel del dolor (2102)</p> <p>Dolor referido.</p> <p>Expresiones orales de dolor.</p> <p>Cambio de la frecuencia cardíaca.</p> <p>Cambio de la presión arterial.</p>	<p>Manejo del dolor (1400)</p> <p>Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</p> <p>Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.</p> <p>Notificar al médico si las medidas no tienen éxito.</p>				



Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Duelo inadaptado relacionado con alteración emocional excesiva manifestado por no aceptación de una muerte.	<p>Resolución de la aflicción (1304)</p> <p>Expresa sentimientos sobre la pérdida.</p> <p>Verbaliza la aceptación de la pérdida.</p> <p>Refiere ausencia de angustia somática.</p> <p>Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)</p> <p>Expresiones de sentimientos permitidas.</p> <p>Expresiones de apoyo social adecuado.</p> <p>Mantenimiento de la autoestima.</p>	<p>Aumentar el afrontamiento (5230)</p> <p>Evaluar la capacidad de la usuaria y su pareja para tomar decisiones.</p> <p>Disponer de un ambiente de aceptación.</p> <p>Ayudar a la pareja a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.</p>				



CESÁREA ELECTIVA

1. DEFINICIÓN.

Es aquella intervención programada que se realiza antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.

2. ETIOLOGÍA

Alguna de las razones por las que se puede hacer una cesárea son: Problemas de salud de la madre: existe una infección activa por herpes, la madre tiene una enfermedad grave, como una cardiopatía, miomas uterinos, VIH o se ha sometido a una cesárea o cirugía uterina previamente.

3. PREPARACIÓN PREOPERATORIA PARA CESAREA

Obtención del consentimiento informado por escrito: La paciente autoriza el procedimiento asumiendo los riesgos propios de la cirugía.

Visita pre anestésica: Las mujeres susceptibles de realización de cesárea electiva deben realizar visita preoperatoria con el equipo de anestesiología. En caso de patología materna esta visita deberá realizarse entre 2^a semana 30 y 34 de gestación y en el resto entre las semanas 36-39. Se dispondrá de analítica realizada en el tercer trimestre que incluya: hemoglobina basal o hematocrito, recuento de plaquetas y pruebas de coagulación. Los objetivos de esta visita son:

- ✓ Identificar factores de riesgo anestésico.
- ✓ Valorar la vía aérea.
- ✓ Evaluar el tratamiento habitual.
- ✓ Prescribir una adecuada premedicación.
- ✓ Informar a la gestante del procedimiento anestésico y cuidados anestésicos periparto.
- ✓ Obtener el consentimiento informado anestésico.



- **Medidas preoperatorias a la admisión de la paciente:**

- ✓ Monitorización fetal: auscultación FCF o RCTG fetal 20 minutos previa a la entrada a quirófano de la paciente
- ✓ Comprobar AYUNO de 8 horas.
- ✓ Colocación de VÍA VENOSA PERIFÉRICA.
- ✓ Verificar si existe indicación de RESERVA DE SANGRE y verificar si se ha tomado prueba cruzada

- **Presentación fetal y localización placentaria:**

La ecografía para conocer la estática fetal y la localización placentaria es recomendable en situaciones especiales como placenta previa, situación transversa, presentación podálica, gestaciones múltiples, útero polimiomatoso y siempre que se considere oportuno.

- **Profilaxis antibiótica:**

La profilaxis antibiótica reduce significativamente la incidencia de fiebre postoperatoria, endometritis, infección de herida quirúrgica e infección del tracto urinario. El parto por cesárea, especialmente si ésta es urgente o en curso de parto, incrementa el riesgo de endometritis x 10. Es por ello que se recomienda la profilaxis antibiótica sistemática, ya que reduce del riesgo de endometritis en un 60-70%.

Se realizará sistemáticamente profilaxis antibiótica endovenosa con una dosis única de cefalosporina de primera generación (Cefazolina 2 g ev si > 80 Kg y Cefazolina 1g ev si P<80 Kg), 60 min antes de la incisión quirúrgica. En caso de cirugía prolongada (> de 4 horas) o pérdida hemática > 1.500ml se repetirá dosis de profilaxis antibiótica.

Si existe alergia a la penicilina: Clindamicina 900 mg ev + Gentamicina 240 mg ev (en caso de IMC>35 ajusta a Gentamicina a 5 mg/Kg).

Si indicación de cesárea y amniorrexis confirmada se recomienda añadir a la profilaxis antibiótica Azitromicina 500 mg ev.

En caso de profilaxis antibiótica intraparto por SGB positivo o sospecha de corioamnionitis se recomienda añadir Azitromicina 500 mg ev y no será necesaria la administración de Cefazolina si la última dosis se ha colocado en las 4 horas previas a la realización de la Cesárea



- **Rasurado zona incisión quirúrgica:**

No existe evidencia que el rasurado se deb realizar de forma sistemática y sí puede aumentar el riesgo de infección de la herida. En caso de ser necesario un rasurado, es preferible recortar que afeitar. El recorte del vello debe realizarse antes de la cirugía mediante máquina eléctrica quirúrgica, con cabezales de un solo uso, siempre fuera de quirófano (en urgencias o Sala de Hospitalización) intentando no lesionar la piel.

4. INDICACIONES POSTERIORES A LA CESÁREA

- ✓ Cumplir indicaciones médicas
- ✓ Régimen NPO por 8 horas, luego dieta liviana.
- ✓ Hidratación parenteral con cristaloides (1 litro).
- ✓ Oxitocina (10-20 UI) infusión continua en 500 ml.
- ✓ Analgesia AINES vía endovenosa las primeras 24 horas y vía oral desde el segundo día del post operatorio
- ✓ Retiro de sonda vesical primeras 12-24 horas
- ✓ Balance hídrico estricto las primeras 12 horas
- ✓ Completar las tres dosis de antibióticos profilácticos 8.
- ✓ Toma y registro de funciones vitales: cada 15 minutos número 4, cada 30 minutos número 2 y luego cada hora hasta estabilizarse
- ✓ La herida operatoria se descubre a las 24 horas para cambiar el parche quirúrgico por uno impermeable que permita a la paciente ducharse
- ✓ Deambulación precoz-asistida luego de 12 horas post intervención
- ✓ Vigilar y reportar: hemorragia, vómito, Fiebre, dolor excesivo. visión borrosa, alteración de funciones vitales, Oliguria
- ✓ Vigilar apósitos de herida operatoria: signos de flogosis
- ✓ En caso de complicaciones activar claves obstétricas: rojo, azul o amarillo
- ✓ Orientar sobre:
 - La importancia de la lactancia materna exclusiva.



- Apego precoz, según condición materna y del recién nacido.
- Registrar intervenciones de enfermería.
- Al momento del alta brindar charlas y recomendaciones

5. COMPLICACIONES

La cesárea es una buena solución a algunos problemas del embarazo/parto, pero posee complicaciones propias del procedimiento que justifican comentar que no es la primera opción para el parto, sino que es una alternativa para las ocasiones en que el parto vaginal no es posible o es de mayor riesgo. En términos generales, el riesgo de mortalidad y morbilidad, materno y fetal, es mayor en la cesárea que en el parto vaginal. Entre las complicaciones de la cesárea mencionamos las más frecuentes:

- ✓ Quirúrgicas: lesiones vasculares, del tracto urinario o intestino
- ✓ Infecciosas: infección de la herida operatoria (3-5%), mayor frecuencia de endometritis puerperal (comparado al parto vaginal)
- ✓ Hemorrágicas: mayor frecuencia de inercia uterina y hemorragia post parto
- ✓ Tromboembólicas: mayor frecuencia de enfermedad tromboembólica
- ✓ Fetales: riesgo de lesión quirúrgica fetal, mayor frecuencia de taquipnea transitoria
- ✓ Obstétricas: riesgo de rotura uterina en un siguiente embarazo, aumento del riesgo de placenta previa y acretismo placentario

6. TRATAMIENTO

ACCIONES SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

- ✓ **PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:** Promoción/ prevención:
Orientar al paciente y familia sobre:
 - Procedimiento a realizar.
 - Toma de exámenes de laboratorio indicados.



- Importancia de aceptar la cesárea, según condición materno-fetal.
 - Orientar que si la anestesia es raquídea debe permanecer por lo menos 12 horas sin moverse, sin respaldo, sin almohada y no conversar para evitar complicaciones posteriores.
 - Proporcionar apoyo emocional para que sienta seguridad y evite preocupación y temores.
 - Dar consejería de planificación familiar. Lactancia materna exclusiva.
 - Orientar al control puerperal antes de los 7 días con bebe, a la UCSF más cercana.
- ✓ **SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN:** Atención al paciente, diagnóstico y tratamiento
- Hospitalización de la paciente
 - Admisión la paciente
 - Toma y registro de funciones vitales
 - Monitoreo obstétrico
 - Realizar cuidados preoperatorios según indicación médica
 - Registrar intervenciones de enfermería.
 - Explicar a paciente sobre el procedimiento.
 - Trasladar a paciente previa coordinación a sala de operaciones
 - Preparar ingreso a sala de operaciones y realizar intervención según protocolo de atención
 - Realizar cuidados post operatorios según indicación médica
- ✓ **TERCER NIVEL DE ATENCIÓN:** Recuperación/Rehabilitación
- Orientar sobre signos de alarma: Sangrado de herida operatoria, Salida de secreción por la herida operatoria, Fiebre, dolor y endurecimiento de mamas, palidez, cefalea, mareos y visión borrosa.
 - Brindar recomendaciones en mantener dieta normal e ingesta líquidos
 - Orientar en realizar cuidados a la herida operatoria e identificar signos de flogosis



- Orientar sobre la importancia la consejería de planificación familiar.
- Lactancia materna exclusiva y beneficios de esta
- Orientar en cuidados y signos de alarma al recién nacido
- Continuar con tratamiento indicado por médico(a).
- Orientar a la familia sobre la importancia del apoyo emocional y espiritual
- Concientizar al padre a que participe en los cuidados del RN.
- Orientar a asistir a controles subsecuentes.
- Notificar al centro de salud más cercano, para seguimiento de la puérpera y RN.
- Entregar referencia y retorno.

7. COMPLICACIONES

Complicaciones intraoperatorias

Las complicaciones intraoperatorias importantes afectan aproximadamente el 1-2 % de todas las cesáreas. Las principales son:

- Hemorragia: son las más severas. Pueden ser por complicaciones de la incisión sobre el útero, por el lecho placentario, por atonía uterina (no contracción adecuada del útero después de la extracción fetal y de la placenta) o por problemas asociados a la placentación (acretismo placentario –invasión inadecuada de la placenta en el útero- y placenta previa –placenta inserta en el segmento uterino inferior-). No obstante, el riesgo de transfusión asociado a cesárea, en general, es bajo.
- Viscerales: lesiones del tracto urinario (vejiga –más frecuente- o uréter), sobretodo en pacientes con cesáreas previas, e intestinales (muy raras).

Complicaciones postoperatorias

Abarca las infecciones, enfermedad tromboembólica, e íleo (interrupción del tránsito intestinal), así como las complicaciones que se desarrollan a largo plazo.

La más frecuente es la *infección*, ya que la cesárea presenta entre 5-20 más riesgo de infección que el parto vaginal, especialmente aquellas cesáreas urgentes, en pacientes obesas, hemorragia abundante y con enfermedades asociadas. Entre



ellas encontramos endometritis (infección del endometrio), infección de la herida quirúrgica y la infección urinaria, entre otras mucho más raras.

La administración de antibióticos antes o durante la intervención se ha demostrado de utilidad para la disminución en la incidencia de infección.

Respecto a la enfermedad tromboembólica, poco frecuente, es causa importante de mortalidad materna, por lo que en función del riesgo, se instaura tratamiento profiláctico con heparinas de bajo peso molecular.

Las complicaciones relacionadas con la cesárea que aparecen a largo plazo son difíciles de cuantificar e identificar, pero se considera aquellas que condicionan en un embarazo posterior alteraciones de la placentación, rotura uterina, dehiscencia de la cicatriz...

Por tanto, aunque la cesárea es una intervención segura, no deja de ser una cirugía mayor con sus complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, por lo que se deben de realizar aquellas cesáreas necesarias, con una indicación meditada y respaldada, valorando los beneficios materno-fetales.

8. OBJETIVO.

- ✓ Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a esta enfermedad.
- ✓ Disminuir las complicaciones del paciente.

9. NIVEL DE ATENCIÓN.

Tercer nivel de atención

10. POBLACIÓN OBJETIVO.

La presente guía de intervención se aplicará a todas las pacientes con Diagnóstico de Cesárea Electiva del servicio de Ginecología-H.R.L.

11. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería.



12. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CESAREA ELECTIVA

Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Dolor agudo r/c agentes lesivo físico expresión facial de dolor.	<p>Control del dolor (1605)</p> <p>Reconoce el comienzo del dolor (Raramente demostrado)</p> <p>Utiliza medidas preventivas (nunca demostrado)</p> <p>Refiere síntomas al profesional sanitario (frecuentemente demostrado)</p> <p>Reconoce los síntomas del dolor.</p>	<p>Manejo del dolor (1400) Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p> <p>Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias. (Iluminación, ruidos, etc.)</p> <p>Fomentar periodos de descanso/ sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor.</p> <p>Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</p>				



Nivel de comodidad (2100)	Administración de Analgésicos (2210)
Bienestar físico (algo satisfecho)	ACTIVIDADES
Control del sintoma (algo satisfecho)	Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia
Control del dolor (moderadamente satisfecho)	Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.
Nivel del dolor (2102)	Técnica de Relajación (5880)
Dolor referido (sustancial)	ACTIVIDADES
Duración de los episodios de dolor (sustancial)	Mantener contacto visual con el paciente.
Expresiones faciales de dolor (moderado)	Favorecer una respiración lenta y profunda intencionalmente
	Sentarse y hablar con el paciente Utilizar la distracción si precede.



Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/C OGNICIÓN Clase 4. Cognición: Disposición para mejorar conocimientos r/c conocimientos deficientes e/p manifiesta interés por aprendizaje. (00161)	Conocimiento: salud materna en el puerperio (1818): Grado de conocimiento transmitido sobre la salud materna en el periodo después del nacimiento del bebé. Conocimiento: cuidados del lactante (1819): Grado de conocimiento transmitido sobre la asistencia del niño desde el nacimiento hasta 1 año de edad. Conocimiento: lactancia materna	Cuidados del postparto (6930): Control y seguimiento de la paciente que ha dado a luz recientemente. ACTIVIDADES Observar si hay signos de infección. Poner al bebé en el pecho para estimular la producción de oxitocina. Instruir a la paciente sobre los cuidados de la incisión de la cesárea. Ayuda en la lactancia materna (1054): Preparación de la nueva madre para que dé el pecho a su bebé. ACTIVIDADES: Enseñar a la madre a observar cómo mama				



	<p>(1800): Grado de conocimiento transmitido sobre la lactancia y la alimentación del lactante durante la lactancia materna.</p>	<p>el bebé.</p> <p>Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.</p> <p>Animar a la madre a que pida ayuda en los primeros intentos de cuidados, para que pueda conseguir dar el pecho de ocho a diez veces cada veinticuatro horas.</p> <p>Escucha activa (4920): Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>Mostrar interés en el paciente.</p> <p>Establecer el propósito de la interacción.</p> <p>Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntar y retroalimentación.</p>		
--	---	--	--	--



Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (00004)	Conocimiento: control de la infección (1842)	Control de infecciones (3660). Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos ACTIVIDADES Realizar el lavado de manos antes y después de cualquier procedimiento Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la piel donde se encuentre la vía periférica y herida operatoria Cambiar y realizar la curación correspondiente de los sitios de las vías invasivas y dispositivos según protocolos.				
		Cuidados de la heridas (3660): Prevención de complicaciones de las heridas y				



	<p>Control del riesgo (1902):</p> <p>Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.</p>	<p>estimulación de la curación de las mismas.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas</p> <p>Anotar las características de las heridas</p> <p>Limpiar con jabón antibacteriano, si precisa</p> <p>Cuidado del punto de incisión (3449):</p> <p>limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencias o evisceración.</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.</p> <p>Enseñar al paciente y/o familiar a cuidar la incisión incluyendo la observación de signos</p>		
--	--	---	--	--



	<p>Curación de la herida: por primera intención (1102):</p> <p>Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.</p>	<p>y síntomas de infección.</p> <p>Protección contra las infecciones (6550):</p> <p>Prevención y detección precoz de infección.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>Inspeccionar cualquier estado de incisión/herida quirúrgica.</p> <p>Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</p> <p>Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</p>		
<p>Detección del riesgo (1908):</p> <p>Acciones personales para identificar las amenazas contra la salud personal.</p>				



INFECCION DE HERIDA OPERATORIA

1. DEFINICION

La infección es el resultado dinámico de los procesos de presentación y crecimiento de gérmenes, dentro de los tejidos, así como sus consecuencias fisiopatológicas. Las infecciones quirúrgicas son aquellas que requieren tratamiento quirúrgico o resultan del mismo.

Se denomina infecciones quirúrgicas a todas aquellas que se originan por gérmenes bacterianos y/o por los hongos como consecuencia de un acto quirúrgico, presentándose la patología infecciosa en el periodo inmediato o mediato a la intervención.

2 ETIOLOGIA

Los cocos Gram positivos (fundamentalmente estafilococos y estreptococos) precedentes del paciente son los principales patógenos causantes de infección, siendo *Staphylococcus aureus*, el microorganismo más frecuente. En cirugía abdominal y cuando la incisión se realiza en axila y periné, la presencia de bacilos Gram negativos. En el periné, además aumenta el aislamiento de anaerobios.

Factores de riesgo que intervienen en la génesis de una infección.

a) Factores Endógenos:

- Edad: algunos estudios demuestran que el anciano tiene entre 2 y 5 veces más probabilidad de padecer una infección.
- Enfermedad preexistente: de acuerdo a valoración ASA.
- Diabetes: mayor incidencia de complicaciones postoperatorias.
- Obesidad: se incrementa en caso de obesidad mórbida, por la necesidad de incisiones más amplias.



- Duración de la hospitalización: preoperatoria.
- Operaciones abdominales
- Lesiones malignas
- Infecciones en sitios remotos
- Desnutrición
- Tabaquismo

b) Factores exógenos

- Duración de la operación
- Perforación en los guantes.
- Procedimientos de urgencia.
- Contaminación por el aire

3. FISIOPATOLOGIA

Una vez los gérmenes han alcanzado el interior de los tejidos se producirá una respuesta defensiva local. Del resultado entre la agresión y la respuesta fisiológica dependerá el establecimiento de una infección, la resolución de la misma o, en el peor de los casos, su generalización. Este conjunto de fenómenos que se desarrollan en esta fase precoz de la infección pueden considerarse una triple respuesta: vascular intersticial y celular.

A. CLASIFICACION DE LAS HERIDAS

- Heridas limpias: Cirugías que se realizan en condiciones estériles, no tiene propensión a infectarse, se cierran por unión primaria y generalmente no se deja drenaje, usualmente no se viola la técnica aséptica durante el procedimiento. El procedimiento no se realiza en la cavidad oro faríngeo, tracto respiratorio, alimentario o genitourinario.
- Heridas limpias-contaminadas: estas incluyen las apendicetomías y las operaciones vaginales, así como las heridas normalmente limpias que se contaminan por la entrada en una víscera que ocasiona una mínima salida de



su contenido. Esta herida operatoria tiene la flora habitual sin contaminación inusual.

- Heridas contaminadas: Incluyen heridas traumáticas recientes, heridas penetrantes y operaciones en las que se viola la técnica aséptica (como el masaje cardiaco abierto de urgencias)
- Heridas sucias e infectadas: son las que han estado muy contaminadas o clínicamente infectadas antes de la operación, incluyen vísceras perforadas, abscesos o heridas traumáticas en las que se ha retenido desvitalizado o material extraño.

B. CLASIFICACION DE LAS INFECCIONES DE HERIDA QUIRURGICA

Se pueden dividir dependiendo de la capa de tejido involucrado en superficial, profunda y de órganos. Desde 1992 el Centro para el Control Y Prevención de las Enfermedades de Atlanta junto con la Sociedad del Hospital Epidemiológico de América y la Sociedad de Infecciones Quirúrgicas crearon una división, cada una con criterios, diagnósticos específicos

- La infección incisional superficial: está comprendida desde la epidermis al tejido celular subcutáneo, en la cual el paciente puede presentar drenaje purulento, con o sin confirmación del laboratorio, partir de la incisión superficial, microorganismos aislados a partir de un cultivo o algún signo de infección como dolor, tumefacción, enrojecimiento y calor.
- La herida profunda: involucra fascia o musculo relacionados con la incisión y el paciente presenta un drenaje purulento de la incisión, pero no del órgano/espacio, puede haber dehiscencia espontanea de la incisión o incisión abierta por un cirujano cuando existe alguna de los siguientes signos o síntomas: fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, dolor localizado tumefacción, puede incluir herida profunda, un absceso u otra evidencia encontrada durante el examen directo.



- La herida órgano/espacio anatómico: la cual involucra, cualquier parte de la anatomía (órgano espacio) diferente a la incisión, que ha sido abierto o manipulado durante una operación que produzca drenaje purulento a partir del drenaje dejado en el órgano/ espacio, o que se haya recuperado un organismo por cultivo o un absceso u otra evidencia de infección que compromete el órgano o espacio durante el examen directo, por examen directo, por examen histopatológico o evaluación radiológica.

4. SINTOMATOLOGIA:

- Las infecciones en las heridas aparecen en el 5^{to} y 10^{mo}.
- La fiebre es el primer signo.
- Dolor, inflamación, edema o tumefacción localizada.
- Abscesos localizados.

5. DIAGNOSTICO.

El diagnóstico se basa mediante las manifestaciones clínicas, la exploración de la herida y en la recogida de muestras microbiológicas

- Clínica.
- Analítica: leucocitos con neutrofilia.
- Estudio del exudado: tinción Gram, cultivo y antibiograma.
- Hemocultivo: sepsis
- Rx, ecografía y TAC: abscesos profundos.

El diagnóstico etiológico puede apoyarse en gran medida en las pruebas de imagen, pero en la mayoría de los casos la anamnesis, la exploración física y la analítica de urgencias, las cuales suelen ser suficientes para el diagnóstico de sospecha y así iniciar tratamiento

Exámenes que se realizan:

- ✓ Examen de heces.



- ✓ Examen de orina.
- ✓ Examen de glicemia,
- ✓ Examen de urea.
- ✓ Cultivo de exudados o secreciones.
- ✓ Hemocultivo.
- ✓ UR
- ✓ Rx.
- ✓ Ecografía y TAC: abscesos profundos.

6. TRATAMIENTO.

- ✓ Clínico; a la presencia de pus, quitar los puntos, abrir la herida, sacar la colección purulenta, lavara bien con suero fisiológico, remover el tejido muerto y dejar un drenaje.
- ✓ Administración de antibióticos; en infecciones invasivas.
- ✓ Drenaje amplio de las colecciones purulentas localizadas.
- ✓ Medidas higiénicas y dietéticas.
- ✓ Restitución de déficit proteico y vitamínicos.
- ✓ Medicación antinómica.
- ✓ Terapéutica orientada y específica, según la localización de la infección.
- ✓ Tratamiento de shock si está presente.

7. COMPLICACIONES.

- ✓ Toxicidad: la cual amenaza la viabilidad y funciones de otros tejidos y órganos, otro signo de sepsis, es la insuficiencia respiratoria.
- ✓ Bacteriana: la diseminación de bacterias en sangre a sitios cada vez más peligrosos que ponen en peligro la vida.

8. OBJETIVO.

- ✓ Brindar cuidados de enfermería de una manera óptima y oportuna.
- ✓ Disminuir las complicaciones del paciente.



9. NIVEL DE ATENCIÓN.

Tercer nivel.

10. POBLACION OBJETIVO.

La presente guía de intervenciones se aplicara a todos los pacientes con infección de la herida operatoria.

11. PERSONA RESPONSABLE.

Licenciada en Enfermería.



12. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN INFECCION DE HERIDA OPERATORIA.

Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
(00132) Dolor agudo r/c lesivos biológicos manifestado por expresión facial de dolor.	Control del dolor (1605) Reconoce los factores causales. Utiliza medidas de alivio analgésica. Refiere los síntomas al profesional de la salud con frecuencia. Reconoce	Manejo del dolor (1400) Dar al paciente los cuidados analgésicos correspondientes. Controlar los factores ambientales, que puedan influir en una respuesta negativa del paciente (iluminación, ruidos, ventilación) Fomentar periodos de descanso adecuado, que faciliten el alivio del dolor Proporcionar alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. Administración de Analgésicos (2210) Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea				



Diagnóstico de Enfermería	Resultados/indicadores NOC	Intervenciones/actividades NIC	Ejecución			Evaluación
			M	T	N	
Riesgo del desequilibrio de la temperatura corporal R/C infección M/P temperatura de 39.5°C.	Termorregulación (0008) temperatura cutánea, en el rango esperado. Temperatura corporal dentro de los límites de normalidad ausencia de cambio de coloración. Hidratación adecuada Ausencia de fiebre. Capacidad de transpiración	Regulación de la temperatura (3900) Toma de funciones vitales Revisar la temperatura, en los intervalos de tiempo indicado Observar color y temperatura de la piel. Administración de medicamentos indicados según indicación médica. Administrar medicamentos antipiréticos.				



BIBLIOGRAFIA

1. Aeped.es/default/files/mastitis_puesta_al_dia.pdf.
2. American Cancer Society. Fibroadenomas del seno. 2019
3. Carvajal J. Manual de Ginecología y Obstetricia VII Edición. Chile. 2017
4. Comité de lactancia materna. Asociación española de pediatría (AEP).
5. Complicaciones post-operatoprias Drs. Luis Del Aguila Hoyos, Eugenio Vargas Carbajal, Héctor Angulo Espinoza
6. De la Fuente E. Displasias mamarias y tumores benignos de la mama.
7. Diagnóstico de enfermería. Definiciones y clasificación 2015/2017
8. Dochterman JM, Bulecheck G. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). Séptima Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2018
9. ectomy/about/pac-2038455
10. González-Merlo J. Dismenorrea, tensión premenstrual, frigidez, vaginismo, dolor pelviano, síndrome de congestión pelviana. En: González Merlo J. Ginecología. 7ª ed. Barcelona: Masson; 1997. p.208-218.
11. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-una-paciente-con-cancer-de-mama-en-tratamiento-con-quimioterapia/>
12. Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento
13. J. Lombardía y M.L. Fernández Pérez. Guía Práctica en Ginecología y Obstetricia. Madrid: JANSSEN-CILAG; 2001. p. 91-105
14. Manual de Obstetricia y Ginecología. Dr. Jorge A Carvajal y Dra Constanza Ralph T. Octava Edición. 2017.
15. Mark D. Pearlman y Judith E. Tintinalli. Emergency Care of the Woman. New York: McGraw- Hill; 1998. p. 503-511.
16. Medline plus. Biblioteca Nacional de Medicina Fibroadenoma de mama. EE.UU. 2019. <https://medlineplus.gov/spanish/>
17. Ministerio de Salud Pública. Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica. Primera Edición Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



18. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas y Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud, Unidad Nacional de Enfermería. Guías de atención de enfermería en ginecoobstetricia y perinatología. San Salvador. 2019
19. Moorhead S, Johnson M, Maas. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Sexta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2018
20. Msdmanuals.com/es-pe/profesional/ginecología-y-obstetricia/atención-postparto-y-trastornos-asociados/mastitis.
21. Quan M. Diagnosis of acute pelvic pain. J Fam Pract 35:422, 1992.
22. RICHA Saxena MBBS MD (2014). Manual en Obstetricia y Ginecología
23. Santalla MS. López-Criado, MD. Ruiz, J. Fernández-Parra, JL. Gallo, F. Montoya
24. Síndrome de tensión pre-menstrual observada en usuarias del ambulatorio municipal de la salud de la mujer. Enferm. glob. vol.13 no.35 Murcia jul. 2014
25. Síndrome premenstrual Jesús Santisteban Palomino*
26. Sleege. Dolor pélvico crónico. In: Emergency care of the women. Mc Graw-Hill Interamericana. Philadelphia 1998.
27. Sociedad americana del cáncer.
28. Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Undécima Edición. Barcelona. Elsevier.2018-2020
29. Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. Undécima Edición. Barcelona. Elsevier.2018-2020
30. Te Linde. Ginecología quirúrgica. Panamericana. 7ª ed. p.501-507.
31. Usandizaga J.A. Algias pélvicas. En: Cabero Roura L. Patología dolorosa en la mujer. 1ª ed. Madrid: Luzan; 2000. p. 63-76.
32. VÁSQUEZ VÁSQUEZ, Javier (2011) Manual de Ginecología y Obstetricia
33. Vicente Salvatierra Mateu. Dolor pelviano crónico en Protocolos asistenciales en ginecología y obstetricia. Protocolo nº 59.

