Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

División de Estudios de Posgrado

Especialidad en Enfermería

Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado en Pacientes Postoperadas de Histerectomía Abdominal

Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado
que para obtener el grado de

Especialista en Enfermería Quirúrgica

Presenta

L.E. Lenin García Ramírez

Directora

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Codirectora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Revisora

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Morelia Michoacán **diciembre 2025**

Directivos

M.E. Renato Hernández Campos

_____

Director

M.E. Guadalupe Ortiz Mendoza

_____

Secretaria Académica

L.E Saraí Arzate Carranza

_____

Secretaria Administrativa

Mesa sinodal

ME. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

_____

Presidenta

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

_____

Primera vocal

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

_____

Segundo vocal

Dra. Azucena Lizalde Hernández

_____

Tercer vocal

M.E. Josué Vargas Peña

_____

Cuarto vocal

Dedicatoria

Dedico este trabajo a todas las personas que me acompañaron por este largo proceso y creyeron en mi incluso cuando por instantes pensé en dejarlo de hacer, este trabajo es tan suyo como mío: a mi familia, por su apoyo, sus palabras de aliento y hacerme sentir que nunca estaría solo en este camino.

A mis amigos, por recordarme que siempre hay que avanzar hacia adelante que existe un motivo para superarnos. Y a mí mismo por no rendirme a pesar de las adversidades y el cansancio.

Agradecimientos

Agradezco a la facultad de enfermería, por brindarme una formación integral no solo en lo académico, sino también en lo humano.

A mi asesora de tesis la **Dra. María Magdalena Lozano Zuñiga**

Agradezco a los docentes, personal administrativo y equipo clínico por contribuir a mi formación, así como a mis compañeros de generación por su apoyo, compañerismo y los momentos compartidos durante esta etapa.

Resumen

Introducción. La histerectomía, extirpación del útero por condiciones como miomas o cáncer, requiere cuidados de enfermería especializados en el periodo perioperatorio. Una atención personalizada, con educación y apoyo emocional, es clave para prevenir complicaciones, promover la recuperación y garantizar el bienestar integral de la paciente. **Objetivo**. Realizar un plan de cuidados estandarizado para brindar un cuidado de calidad en el peri-operatorio de mujeres intervenidas de histerectomía abdominal. **Metodología.** Se empleó una metodología de revisión bibliográfica en la cual se inició definiendo el objetivo que son los cuidados en el peri-operatorio de pacientes histerectomizadas utilizando las bases de datos Scielo, Redalyc, Medline plus, Dialnet, Medigraphie, se analizaron artículos que tuvieran datos de inclusión usando palabras claves como histerectomía, cuidados en el postoperatorio, histerectomía abdominal, complicaciones de la histerectomía. Resultado**.** En la búsqueda se seleccionaron 13 artículos que complican con criterios de inclusión de los cuales 6 artículos tuvieran datos relevantes para elegir los diagnósticos esto se llevó a cabo ponderando los diagnósticos que se presentaron con mayor frecuencia en dichos artículos se utilizó las taxonomías NANDA, NIC Y NOC para la elaboración y priorización de los diagnósticos. **Conclusión.** Las actividades y acciones de enfermería brindadas en una forma oportuna disminuyen los riesgos y complicaciones que puede retrasar o emporare el estado de salud de las pacientes al igual que ayudan a una pronta recuperación e integración a sus actividades y estilo de vida.

Palabras clave: histerectomía, cuidados en el postoperatorio, histerectomía abdominal (HA), complicaciones de la histerectomía, plan de cuidados en pacientes de histerectomía.

Abstract

Introduction. Hysterectomy, the removal of the uterus due to conditions such as fibroids or cancer, requires specialized nursing care during the perioperative period. Personalized care, including education and emotional support, is essential to prevent complications, promote recovery, and ensure the patient's overall well-being. **Objective**. To develop a standardized care plan to ensure high-quality perioperative care for women undergoing abdominal hysterectomy. **Methodology**. A bibliographic review was conducted using databases (SciELO, Redalyc, Medline Plus, Dialnet, Medigraphie). Articles were selected using keywords: hysterectomy, postoperative care, abdominal hysterectomy, hysterectomy complications. Thirteen articles met inclusion criteria; six provided relevant data for identifying nursing diagnoses, which were prioritized based on frequency and classified using NANDA-I, NIC, and NOC taxonomies. **Result**. Timely nursing interventions reduce risks and complications that may delay recovery and improve patients' prompt rehabilitation and reintegration into daily life.

Conclusion. Standardized nursing care enhances outcomes in abdominal hysterectomy patients.

Keywords: hysterectomy, postoperative care, abdominal hysterectomy (AH), hysterectomy complications, care plan for hysterectomy patients.

Índice

Directivos i

Mesa sinodal ii

Dedicatoria iii

Agradecimientos iv

Resumen v

Abstract vi

Índice de tablas 1

I. Introducción 2

II. Planteamiento del problema 4

III. Justificación 6

IV. Objetivos 9

4.1. Objetivo general 9

4.2. Objetivos especifico 9

V. Marco Teórico 10

5.1. Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado (PLACE) 10

5.1.1. Antecedentes del PLACE 10

5.2. Definición del PLACE 12

5.3. Etapas del PLACE 13

5.3.1 Determinación del problema 13

5.3.2. Construcción del diagnóstico de enfermería. 14

5.3.3. Selección de resultados 14

5.3.4. Selección de intervenciones de enfermería 15

5.4. Histerectomía 16

5.4.1. Definición 16

5.4.2. Etiología 17

5.4.3. Consideraciones anatómicas y fisiopatológicas 17

5.4.4. Manifestaciones clínicas asociadas a la indicación 18

5.4.5. Diagnóstico 20
5.4.6. Tratamiento 21
5.4.7. Complicaciones de la histerectomía 23
VI. Metodología 26
6.1. Matriz de priorización de diagnósticos. 30
6.2. Consideraciones éticas y legales. 32
6.3. Aspectos de bioseguridad en las pacientes postoperadas de histerectomía abdominal. 33
VII. Resultados 35
VIII. Conclusión 44
IX. Recomendaciones 46
X. Referencias 48
XI. Apéndices 54
Apéndice 1. Aprobación del Proceso por el Comité de Investigación, Ética en Investigación y bioseguridad 54

Índice de tablas

Tabla 1. Búsqueda y revisión de artículos 26

Tabla 2. Artículos seleccionados 28

Tabla 3. Etiquetas diagnósticas 30

Tabla 4. Priorización de etiquetas diagnosticas 31

Tabla 5. Plan de cuidados estandarizado para personas con nauséas 35

Tabla 6. Plan de cuidados estandarizado para personas con riesgo de aspiracion. 38

Tabla 7. Plan de cuidados estandarizado para personas con dolor 40

Tabla 8. Plan de cuidados estandarizado para personas con riesgo de infeccion 42

Tabla 9. Plan de cuidados estandarizado para personas con retraso en la recuperacion quirurgica 37

I. Introducción

La histerectomía abdominal es una intervención quirúrgica frecuente dentro de la práctica ginecológica, que consiste en la extirpación total o parcial del útero. Se realiza, generalmente, ante condiciones que comprometen la salud o ponen en riesgo la vida de la paciente —ya sea por causas obstétricas (como hemorragias incontrolables postparto o placenta acreta) o ginecológicas (como miomatosis sintomática refractaria, cáncer ginecológico, prolapso uterino severo, entre otras).

Este procedimiento, aunque resolutivo, implica cambios físicos y emocionales significativos para la mujer. Por ello, es fundamental que reciba una atención centrada en sus necesidades reales: una adecuada preparación preoperatoria, acompañamiento durante la hospitalización y seguimiento en el postoperatorio inmediato y mediato. En este contexto, el rol del enfermero quirúrgico especialista no se limita al soporte técnico, sino que incluye la educación, el acompañamiento emocional y la detección temprana de posibles complicaciones —todos ellos pilares para una recuperación segura y satisfactoria.

Los planes de cuidados de enfermería constituyen una herramienta clínica esencial para sistematizar la asistencia, garantizar la continuidad del cuidado y promover la recuperación integral de la paciente. Más allá de protocolos rígidos, se trata de estrategias flexibles y basadas en la evidencia actual, orientadas a identificar las respuestas humanas reales ante la cirugía, priorizar intervenciones y evaluar resultados concretos. En el caso de la histerectomía abdominal, esto implica abordar no solo las necesidades fisiológicas —como el control del dolor, la prevención de infecciones o la movilización temprana—, sino también las dimensiones psicológicas y sociales que influyen directamente en la adaptación postquirúrgica.

Este plan de cuidados pretende ser un referente práctico para el equipo de enfermería que atiende a mujeres en el postoperatorio de histerectomía abdominal, especialmente durante su estancia en sala de recuperación y en hospitalización. Está elaborado con base en la

experiencia clínica, guías de práctica actualizadas y el modelo de Virginia Henderson, priorizando la autonomía funcional de la paciente y su reincorporación gradual a las actividades cotidianas. El objetivo general, junto con los objetivos específicos, guiará la implementación de intervenciones concretas, medibles y centradas en el bienestar integral de la usuaria.

II. Planteamiento del problema

La histerectomía abdominal, por su carácter invasivo y la magnitud del abordaje quirúrgico, representa un desafío clínico relevante en el entorno perioperatorio. Las pacientes sometidas a esta intervención presentan con frecuencia una serie de respuestas humanas predecibles que, en ausencia de intervenciones oportunas y coordinadas, pueden evolucionar hacia complicaciones evitables. Entre las más comunes se encuentran: dolor agudo no controlado, riesgo elevado de infección del sitio quirúrgico, estasis intestinal prolongada, náuseas y vómitos relacionados con la anestesia y el uso de opioides, alteraciones en la mecánica respiratoria por limitación de la expansión torácica, ansiedad asociada al impacto corporal y emocional de la cirugía, y dificultades en el autocuidado —particularmente cuando no se ha brindado preparación psicoeducativa previa.

Estas respuestas no actúan de forma aislada. El dolor inadecuadamente manejado limita la movilización temprana, favoreciendo atelectasias y trombosis venosa profunda; la inmovilidad y los analgésicos opioides perpetúan el ileo paralítico; la ansiedad y la fatiga posquirúrgica interfieren con la comprensión y adherencia a las indicaciones de alta. En conjunto, contribuyen a la prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria, incrementan la probabilidad de readmisiones tempranas y afectan negativamente la percepción subjetiva de recuperación, retrasando la reincorporación a actividades laborales, familiares y sociales.

En múltiples entornos asistenciales, la atención postoperatoria tiende a desarrollarse de manera fragmentada: el control del dolor se asocia únicamente a la prescripción médica; la educación para el autocuidado se pospone hasta el momento del egreso; la valoración de la herida quirúrgica y los drenajes se realiza sin criterios estandarizados; y el acompañamiento emocional —esencial en una intervención que implica pérdida de función reproductiva y cambios en la imagen corporal— suele no integrarse de forma sistemática en el plan de cuidados.

Esta dispersión en la práctica no refleja necesariamente negligencia, sino la ausencia de una guía clínica consensuada, específica para esta población quirúrgica, que articule intervenciones de enfermería en el tiempo y según las fases del postoperatorio.

La evidencia actual sustenta que una atención de enfermería estructurada —basada en vigilancia clínica continua, manejo multimodal del dolor, movilización progresiva iniciada en las primeras horas, cuidado atraumático de la herida, estrategias para estimular el retorno del tránsito intestinal y comunicación terapéutica centrada en las preocupaciones de la paciente— reduce significativamente la incidencia de complicaciones y mejora los indicadores de recuperación (Potter et al., 2021; Alfaro-Lefevre, 2020). Asimismo, la adopción de marcos estandarizados como NANDA-I (diagnósticos), NIC (intervenciones) y NOC (resultados) aporta rigor metodológico, facilita la comunicación interprofesional y permite la medición objetiva de metas: horas hasta deambulación, escala de dolor ≤3, ausencia de signos inflamatorios en herida, primeras deposiciones espontáneas, nivel de ansiedad reportado, entre otros.

Ante este contexto, se justifica la elaboración e implementación de un Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado para pacientes postoperadas de histerectomía abdominal, entendido no como una lista rígida de tareas, sino como una herramienta dinámica, basada en evidencia, con secuenciación temporal y adaptabilidad al curso clínico individual.

¿De qué manera la implementación de un Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado —estructurado según las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC— influye en la disminución de complicaciones prevenibles y en la aceleración de la recuperación funcional de mujeres sometidas a histerectomía abdominal?

III. Justificación

La histerectomía abdominal constituye uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el ámbito ginecológico y obstétrico a nivel global. Puede realizarse de forma total, subtotal o con anexos, según la indicación clínica. Sus causas se agrupan principalmente en dos categorías: obstétricas —como hemorragia posparto refractaria, rotura uterina o placenta acreta— y ginecológicas —como miomatosis sintomática no controlable, neoplasias malignas, prolapso severo o endometriosis profunda—. En muchos casos, se ejecuta como medida de rescate tras el fracaso de terapias conservadoras; en otros, como intervención de emergencia ante situaciones que amenazan la vida de la paciente.

A nivel mundial, la histerectomía obstétrica —especialmente en contextos de recursos limitados— sigue siendo un indicador crítico de calidad en la atención materna. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se registran alrededor de 50 000 muertes maternas anuales atribuibles, en parte, a complicaciones evitables durante el puerperio inmediato, muchas de las cuales requieren histerectomía como última opción (OMS, 2023). En México, la incidencia reportada oscila entre 5 y 15 casos por cada 1 000 partos, con factores de riesgo bien documentados: antecedente de cesárea previa, sobredistensión uterina, trabajo de parto prolongado y uso inadecuado de uterotónicos (Vega & Bautista, 2017; Aguilar et al., 2012). Además, se ha observado un incremento progresivo en la tasa de histerectomías en los últimos años, correlacionado con el aumento global de las cesáreas electivas y repetidas (Aguilar et al., 2012).

Más allá de la técnica quirúrgica, la morbilidad posoperatoria sigue siendo un desafío en la práctica clínica. El dolor agudo, las náuseas postanestésicas, la ileo paralítico, la infección del sitio quirúrgico y las complicaciones tromboembólicas representan eventos frecuentes que, aunque prevenibles, persisten en entornos donde el cuidado postoperatorio no se rige por criterios uniformes. Estas complicaciones no solo incrementan la carga asistencial y los costos

hospitalarios, sino que afectan directamente la percepción de bienestar y la capacidad funcional de la paciente durante su recuperación.

En este escenario, la enfermería adquiere un rol determinante. Al ser el profesional con mayor continuidad en la atención —desde la preparación preoperatoria hasta el seguimiento en hospitalización—, su intervención directa influye en la detección temprana de desviaciones del curso clínico esperado, en la adherencia al plan terapéutico y en la experiencia global de la usuaria. No obstante, la ausencia de protocolos estandarizados conduce, con frecuencia, a prácticas heterogéneas, dependientes de la experiencia individual y no siempre alineadas con la evidencia más actualizada.

La implementación de un Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado (PCE) para pacientes postoperadas de histerectomía abdominal responde a una necesidad clínica, institucional y ética. Desde el punto de vista clínico, su uso permite articular diagnósticos reales (NANDA-I), intervenciones validadas (NIC) y metas medibles (NOC), garantizando que las acciones de enfermería sean oportunas, coherentes y centradas en resultados —como tiempo hasta la primera deambulación, control efectivo del dolor, ausencia de infección y satisfacción con el cuidado recibido—.

Desde la perspectiva institucional, un PCE estandarizado mejora la eficiencia operativa: reduce la variabilidad en la práctica, disminuye la duración de la estancia hospitalaria promedio, previene readmisiones y optimiza el uso de recursos humanos y materiales. Asimismo, facilita la coordinación entre áreas (quirófano, recuperación, hospitalización), contribuyendo a una transición segura y sin discontinuidades.

En el ámbito social, favorece la recuperación integral de la mujer, reconociendo no solo sus necesidades fisiológicas, sino también las implicaciones psicológicas y socioafectivas de la

pérdida uterina. Esto se traduce en una reincorporación más temprana y satisfactoria a sus roles familiares, laborales y comunitarios.

Finalmente, desde el desarrollo profesional, la sistematización del cuidado fortalece la identidad disciplinar de la enfermería como ciencia y arte. Promueve el uso del juicio clínico, la toma de decisiones basada en evidencia y la evaluación continua de la práctica, elementos esenciales para la acreditación de servicios y la formación de nuevos profesionales.

En consecuencia, la elaboración y puesta en marcha de un Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado para pacientes sometidas a histerectomía abdominal no constituye un ejercicio teórico, sino una estrategia funcional, viable y con impacto demostrable en la calidad y seguridad de la atención.

IV. Objetivos

4.1. Objetivo general

Estructurar un Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado para mujeres en el período perioperatorio de histerectomía abdominal, fundamentado en una revisión narrativa de la evidencia científica disponible y en el marco conceptual de las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC.

4.2. Objetivos especifico

4.2.1. Identificar y priorizar los diagnósticos de enfermería más prevalentes en pacientes sometidas a histerectomía abdominal, clasificados como reales, de riesgo y de promoción de la salud, según los criterios diagnósticos de la taxonomía NANDA-I (2024–2026).

4.2.2. Seleccionar los resultados de enfermería pertinentes y medibles para cada diagnóstico identificado, utilizando la taxonomía NOC como referencia para la evaluación del estado de salud y la evolución esperada en el postoperatorio inmediato y mediato.

4.2.3. Definir intervenciones de enfermería basadas en evidencia, estandarizadas y aplicables en el contexto hospitalario, conforme a la taxonomía NIC, con enfoque en la prevención de complicaciones y la promoción de la recuperación funcional.

4.2.4. Elaborar un plan de cuidados de enfermería, secuenciado por fases del postoperatorio, dirigido a optimizar la atención en el área de recuperación postanestésica y durante la estancia hospitalaria, garantizando continuidad, seguridad y centrado en la experiencia de la paciente.

V. Marco Teórico

5.1. Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado (PLACE)

El Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado (PLACE) constituye un instrumento metodológico que guía la práctica clínica mediante la sistematización del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Su finalidad es identificar, priorizar y abordar las respuestas humanas reales o potenciales ante situaciones de salud, no limitándose exclusivamente a contextos de enfermedad, sino integrando también dimensiones de promoción, prevención y rehabilitación (Secretaría de Salud de Jalisco, s.f.).

5.1.1. Antecedentes del PLACE

La atención enfermera, entendida como cuidado intencional a personas en situación de vulnerabilidad, ha existido desde los orígenes de las sociedades humanas. Sin embargo, su reconocimiento como disciplina profesional con fundamentos científicos se inicia en la segunda mitad del siglo XIX, con los aportes pioneros de Florence Nightingale, quien sentó las bases de la enfermería moderna al evidenciar el impacto de factores ambientales y de cuidado en la prevención de infecciones y la recuperación de los pacientes (Morales & Morales, 2007).

Durante décadas, la práctica de enfermería se desarrolló de manera subordinada al diagnóstico médico, con intervenciones guiadas principalmente por la experiencia empírica o la intuición clínica. Esta dependencia limitaba el desarrollo autónomo del juicio profesional y dificultaba la evaluación objetiva de los resultados del cuidado. Fue en este contexto que emergió la necesidad de estructurar un proceso específico de enfermería, capaz de sustentar decisiones clínicas independientes, promover el pensamiento crítico y garantizar la individualización y holismo del cuidado (Morales & Morales, 2007).

El primer esbozo formal de un proceso de enfermería se atribuye a Lydia Hall en 1955, quien describió la actuación de la enfermera como un proceso, aunque sin una sistematización

explícita de sus fases. Posteriormente, en la década de 1960, autoras como Johnson, Orlando y Wiedenbach propusieron modelos con tres etapas fundamentales: valoración, planificación y ejecución. Ya en los años setenta, Yura y Walsh incorporaron la evaluación como cuarta fase, reconociendo la necesidad de medir los resultados obtenidos; poco después, Roy, Mundinger y Jauronen integraron formalmente el diagnóstico de enfermería como etapa central, consolidando así las cinco fases del proceso: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (González-Castillo & Monroy-Rojas, 2016).

Este desarrollo teórico y metodológico condujo a la búsqueda de herramientas que permitieran estandarizar la práctica, asegurar la continuidad del cuidado y facilitar la comunicación interprofesional. En México, la Dirección de Enfermería, en coordinación con la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), emitió el Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados Estandarizados (PLACE), con el propósito de guiar la sistematización del cuidado, fortalecer la seguridad del paciente y promover la investigación en enfermería sobre las respuestas humanas y la eficacia de las intervenciones (Posos & Jiménez, 2012).

El PLACE se fundamenta en dos pilares metodológicos: el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y las taxonomías estandarizadas NANDA-I (diagnósticos), NIC (intervenciones) y NOC (resultados). Su integración permite homogeneizar el lenguaje profesional, facilitar la documentación clínica, evaluar objetivamente los resultados del cuidado y contribuir a la institucionalización de una cultura de calidad y seguridad en los servicios de salud.

Así, el PLACE no representa únicamente un formato documental, sino una estrategia para consolidar la identidad científica de la enfermería, al articular la evidencia, la experiencia clínica y los valores de la persona en un marco de práctica consistente, reproducible y centrado en resultados.

5.2. Definición del PLACE

Según el Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados Estandarizados (PLACE), emitido por la Secretaría de Salud (2011), el PLACE se define como un instrumento metodológico destinado a documentar y comunicar de manera estructurada la situación de salud de la persona, los resultados esperados, las estrategias e intervenciones de enfermería planificadas, y la evolución clínica derivada de su aplicación.

Este instrumento permite sistematizar la práctica, garantizar la continuidad del cuidado entre turnos y disciplinas, y facilitar la evaluación objetiva de los resultados. Atendiendo a su grado de personalización y soporte técnico, se reconocen cuatro modalidades principales:

- PLACE individualizado. Diseñado para un paciente específico, con base en su valoración clínica única. Incluye diagnósticos, metas e intervenciones ajustadas a sus necesidades particulares. Su elaboración demanda mayor tiempo, pero ofrece el máximo nivel de personalización.
- PLACE estandarizado. Protocolo predefinido, basado en evidencia, dirigido a poblaciones con condiciones clínicas predecibles (por ejemplo, postoperatorio de histerectomía abdominal). Está orientado a prevenir complicaciones comunes, estandarizar prácticas seguras y optimizar recursos, sin sacrificar la posibilidad de ajustes clínicos.
- PLACE estandarizado con modificaciones. Versión híbrida que combina elementos preestablecidos con opciones abiertas para adaptar diagnósticos, metas o intervenciones según la evolución individual del paciente. Representa un equilibrio entre eficiencia y personalización.
- PLACE computarizado. Soporte digital del plan de cuidados, integrado en sistemas de historia clínica electrónica. Requiere previamente la carga de planes estandarizados validados y debe permitir, idealmente, la individualización en tiempo real, el seguimiento de metas y la generación de indicadores de desempeño.

La elección del tipo de PLACE depende del contexto asistencial, la complejidad del caso y los recursos disponibles, pero en todos los casos debe sustentarse en el juicio clínico, la evidencia científica y el respeto a la autonomía y particularidad de la persona.

5.3. Etapas del PLACE

La elaboración de un Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado (PLACE) se sustenta en una metodología estructurada, compuesta por cuatro etapas secuenciales: determinación del problema, formulación del diagnóstico, planificación de intervenciones y evaluación de resultados. Este enfoque garantiza que el plan responda a necesidades reales, se base en evidencia y permita su seguimiento y mejora continua, tal como se establece en el Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados Estandarizados (Secretaría de Salud, 2011).

5.3.1 Determinación del problema

Esta etapa constituye el punto de partida del PLACE y tiene como finalidad identificar la condición clínica, proceso vital o situación de riesgo prioritaria para la que se desarrollará el plan. La selección se orienta según criterios epidemiológicos, operativos y de seguridad del paciente, tales como:

- Alta frecuencia de ingresos, egresos o consultas asociadas a una condición específica (por ejemplo, histerectomía abdominal);
- Impacto en la morbilidad prevenible, especialmente en relación con eventos adversos como infecciones del sitio quirúrgico, trombosis venosa profunda o ileo postoperatorio;
- Inclusión de la condición en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), lo que refuerza su relevancia para la atención integral y la equidad en salud;
- Prioridades institucionales derivadas de indicadores de calidad, quejas de usuarios o auditorías clínicas.

La determinación del problema no se limita al ámbito individual, sino que puede extenderse al nivel familiar o comunitario cuando las necesidades de cuidado comparten patrones predecibles y requieren estrategias estandarizadas. En todos los casos, debe fundamentarse en datos objetivos —epidemiológicos, clínicos o de gestión— que justifiquen la pertinencia y el impacto potencial del PLACE.

5.3.2. Construcción del diagnóstico de enfermería.

En esta etapa por lo tanto se identifica las respuestas humanas que puede presentar la persona ante un problema que afecte su salud, proceso vital o manejo terapéutico que puede ser de tipo fisiológico, de percepción de sentimientos y de conducta por consiguiente se sitúa en la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Secretaria de Salud, 2011).

La construcción del diagnóstico requiere diferenciar claramente entre:

- Diagnósticos reales: presencia de signos y síntomas definitorios (ej. Dolor agudo);
- Diagnósticos de riesgo: vulnerabilidad ante una complicación predecible, sin manifestaciones actuales (ej. Riesgo de infección);
- Diagnósticos de promoción de la salud: disposición para mejorar el bienestar (ej. Disposición para mejorar el autocuidado).

Esta etapa constituye la base del juicio clínico independiente de la enfermería y orienta todas las intervenciones posteriores.

5.3.3. Selección de resultados

Los resultados de enfermería corresponden a los cambios observables en el estado, comportamiento o percepción de la persona, familia o comunidad, como consecuencia de las intervenciones realizadas. Para su selección, se utiliza la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification), que proporciona indicadores estandarizados y escalas de medición objetiva.

La búsqueda de resultados puede realizarse mediante distintas estrategias:

a) Relación directa NOC–NANDA-I (recomendada);

b) Exploración por dominios y clases de la taxonomía NOC;

c) Filtrado por área clínica o especialidad (p. ej., quirúrgica, obstétrica);

d) Vinculación con los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

El Lineamiento PLACE (Secretaría de Salud, 2011) recomienda priorizar la estrategia NOC–NANDA-I, ya que permite vincular directamente cada diagnóstico con los resultados esperados más probables y validados empíricamente. Esto asegura coherencia lógica entre el problema identificado y la meta establecida.

5.3.4. Selección de intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería son acciones terapéuticas, educativas, de apoyo o de gestión, ejecutadas bajo el criterio clínico del profesional, con el propósito de alcanzar los resultados definidos. Para su selección, se emplea la taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification), que describe más de 550 intervenciones con definiciones, actividades y niveles de evidencia.

Las estrategias de búsqueda incluyen:

a) Navegación por dominios y clases de NIC;
b) Relación directa NIC–NANDA-I (estrategia recomendada);
c) Filtrado por especialidad clínica (p. ej., cuidados perioperatorios).

Según el Lineamiento PLACE (Secretaría de Salud, 2011), se sugiere utilizar la relación NIC–NANDA-I: a partir del diagnóstico formulado, se identifican las intervenciones asociadas en la clasificación NIC —ya sea por índice alfabético o mediante tablas de vinculación validadas—. Las intervenciones seleccionadas deben ajustarse al contexto clínico, a los recursos disponibles

y, fundamentalmente, a las preferencias y valores de la paciente, garantizando su participación informada y consentimiento en el plan de cuidados.

5.4. Histerectomía

5.4.1. Definición

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación total o parcial del útero. Dependiendo de la indicación clínica —benigna o maligna—, puede incluir la remoción adicional de estructuras adyacentes, tales como los anexos (trompas de Falopio y ovarios) y tejido de soporte pélvico.

Existen tres modalidades principales, definidas por el grado de resección:

- Histerectomía total (o completa): extirpación del cuerpo uterino y el cuello uterino. Es la técnica más frecuente en cirugía benigna.
- Histerectomía subtotal (o supracervical): resección del cuerpo uterino, preservando el cuello uterino. Se considera en casos seleccionados, con previa evaluación citológica normal y consentimiento informado.
- Histerectomía radical: extirpación del útero, cuello uterino, porción superior de la vagina y tejidos parametrales, generalmente indicada en neoplasias ginecológicas (p. ej., cáncer cervical en estadios tempranos) (MedlinePlus, 2022).

El abordaje quirúrgico puede ser abdominal (vía transabdominal abierta o laparoscópica), vaginal o asistido por laparoscopia, siendo el abdominal el más utilizado en contextos de urgencia, úteros voluminosos o sospecha de malignidad.

Es importante señalar que, independientemente del tipo, la histerectomía representa una intervención mayor con implicaciones fisiológicas, hormonales —cuando se realiza ooforectomía concomitante— y psicoemocionales, que deben abordarse de manera integral en el plan de cuidados perioperatorio.

5.4.2. Etiología

La histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas mayores más frecuentes en ginecología, ocupando el tercer lugar entre los procedimientos quirúrgicos generales en mujeres y el segundo en cirugía mayor no obstétrica (Aragón et al., 2011). Anualmente se realizan más de 600 000 histerectomías en América del Norte (Aragón et al., 2011), y en entornos como el latinoamericano, el mioma uterino constituye el diagnóstico preoperatorio en aproximadamente el 85 % de los casos (Urgelles et al., 2021).

Las indicaciones se agrupan en benignas y malignas u obstétricas de emergencia:

1. **Benignas**

- Miomatosis uterina sintomática (sangrado, dolor, compresión);
- Sangrado uterino anormal refractario a tratamiento médico u hormonal;
- Prolapso de órganos pélvicos grado III-IV (Reelkar & Reelkar, 2021);
- Endometriosis profunda con afectación uterina o anexial refractaria;
- Dismenorrea incapacitante no controlable (Shrestha et al., 2019).

2. **Obstétricas de emergencia (histerectomía periparto):**

- Rotura uterina no reparable;
- Acretismo/ percretismo placentario con hemorragia masiva;
- Atonía uterina refractaria a uterotónicos y compresión (Ponce & Zapata, 2021);
- Inercia uterina postparto con fallo multiorgánico inminente (Gallardo & Brener, 2022)).

5.4.3. Consideraciones anatómicas y fisiopatológicas

El útero es un órgano muscular hueco compuesto por cuerpo y cuello, separados por el istmo. Su pared está constituida por tres capas: endometrio (mucosa funcional), miometrio (músculo liso organizado en tres planos) y perimetrio (hoja peritoneal visceral). Las trompas de

Falopio (≈12 cm) conectan la cavidad uterina con la pelvis, y los ovarios, situados en las fosas ováricas, están fijados al útero mediante los ligamentos útero-ováricos (Parrondo et al., 2009

La vía abdominal se considera la técnica de elección cuando:

- El útero pesa >280 g o mide >12 cm longitudinalmente;
- Existe limitación anatómica para abordaje vaginal (vagina estrecha, útero inmóvil);
- Hay sospecha o diagnóstico de malignidad, endometriosis profunda o adherencias pélvicas;
- Se requiere cirugía anexial concomitante (Mariño, 2011).

Aunque eficaz, es un procedimiento invasivo, con mayor pérdida sanguínea, dolor postoperatorio intenso y recuperación más prolongada que las vías vaginal o laparoscópica (Aragón et al., 2011).

5.4.4. Manifestaciones clínicas asociadas a la indicación

La indicación de histerectomía se fundamenta en la presencia de síntomas ginecológicos persistentes, incapacitantes y refractarios a estrategias conservadoras (farmacológicas, hormonales o intervencionistas mínimamente invasivas). Los cuadros clínicos más frecuentemente asociados incluyen:

- Sangrado uterino anormal (SUA): síntoma predominante, presente en 52–62 % de los casos que derivan en histerectomía (Barik et al., 2025)*;
- Dolor pélvico crónico o dismenorrea incapacitante, segunda causa más común (Shrestha et al., 2019);
- Masa abdominal palpable o sensación de presión/bulto, generalmente secundaria a miomatosis sintomática (Kl et al., 2016);
- Prolapso uterino grado III–IV, especialmente en mujeres multíparas o mayores de 50 años (Reelkar & Reelkar, 2021);

- Síntomas compresivos urinarios o digestivos (polacuria, disuria, constipación) e infecciones recurrentes del tracto urinario, menos frecuentes pero significativos en calidad de vida (Shrestha et al., 2019).

En mujeres no gestantes, el SUA constituye la principal indicación quirúrgica. Según los criterios del Sistema PALM-COEIN (Munro et al., 2011), se consideran alteraciones del patrón menstrual los siguientes parámetros:

- Ciclos con intervalo <24 o >38 días;
- Sangrado infrecuente (<3 episodios en 90 días);
- Sangrado frecuente (>5 episodios en 90 días);
- Volumen menstrual >80 mL por ciclo (menorragia);
- Sangrado prolongado (>7 días, y especialmente >14 días);
- Sangrado escaso o impredecible (Yagüe et al., 2023).

Una causa frecuente de SUA es la miomatosis uterina, cuyo crecimiento está mediado por estrógenos y progesterona. Su prevalencia oscila entre 20 % y 35 % en mujeres en edad reproductiva —aumentando hasta 70–80 % al final de esta etapa— (Grilli et al., 2022). Aunque muchos miomas son asintomáticos, su ubicación (submucoso > intramural > subseroso), tamaño y número determinan la aparición de SUA, dolor pélvico o compresión, con impacto demostrable en la calidad de vida.

En el contexto obstétrico, la histerectomía se realiza como último recurso ante hemorragia postparto (HPP) refractaria. La atonía uterina es la causa más frecuente, responsable del 80–90 % de las HPP (Ponce & Zapata, 2021). Factores de riesgo incluyen: gestación múltiple, macrosomía fetal, polihidramnios, parto prolongado y antecedente de atonía previa.

Los signos y síntomas de la atonía uterina con compromiso hemodinámico se estratifican según la gravedad:

- Leve, con presión arterial de >100 / 60 mmHg y con síntomas de taquicardia, ansiedad y sudoración leve.
- Moderado, 90 – 70/60-50 mmHg con palidez, oliguria y debilidad.
- Severa, > 70/50 mmHg con síntomas de confusión, anuria, disnea, shock, fallo multiorgánico (Ponce et al., 2021).

La detección temprana de estos signos es crítica para la activación oportuna del protocolo de HPP y la toma de decisiones quirúrgicas.

5.4.5. Diagnóstico

El diagnóstico que fundamenta la indicación de histerectomía se establece mediante una valoración integral, que incluye:

- Historia clínica detallada: patrón menstrual, características del sangrado, duración y severidad del dolor, respuesta a tratamientos previos, antecedentes obstétricos y quirúrgicos;
- Examen físico ginecológico: evaluación del tamaño, forma y movilidad uterina, presencia de prolapso, dolor a la palpación, signos de infección o masa anexial;
- Estudios complementarios:
    - Citología cervical y prueba para VPH, como parte del tamizaje oncológico;
    - Ultrasonido pélvico transvaginal, primera línea para caracterizar masas uterinas, espesor endometrial y flujo vascular;
    - Biopsia endometrial o histeroscopia diagnóstica, en casos de sangrado anormal posmenopáusico, endometrio grueso (>4–5 mm) o sospecha de hiperplasia/lesión maligna (Rimbach, 2018; Shanmukhi & Sree, 2023).

La documentación rigurosa de estos elementos es esencial para garantizar la pertinencia de la intervención, minimizar riesgos y cumplir con estándares de seguridad clínica (NOM-005-SSA3-2010).

En el contexto obstétrico de emergencia, el diagnóstico de hemorragia postparto (HPP) es predominantemente clínico. Se define como pérdida sanguínea ≥500 mL tras parto vaginal o ≥1000 mL tras cesárea, acompañada de signos de inestabilidad hemodinámica (taquicardia, hipotensión, palidez). El hallazgo clave es un útero hipotónico, globuloso y blando a la palpación, en ausencia de laceraciones vaginales, cervicales o uterinas evidentes (Gómez et al., 2021).

Por otro lado, en condiciones como la miomatosis uterina, la mayoría de los leiomiomas son asintomáticos y se detectan de forma incidental durante la exploración física o el ultrasonido. Sin embargo, entre el 20 % y el 50 % de las pacientes desarrollan síntomas, cuya presencia y gravedad dependen del número, tamaño y localización de los miomas (submucosos > intramurales > subserosos). Los síntomas más frecuentes incluyen: sangrado uterino anormal, dismenorrea, sensación de peso o plenitud abdominal, síntomas compresivos urinarios (polacuria, retención) o rectales (constipación), e infertilidad secundaria (Coscia & Chillik, 2018).

5.4.6. Tratamiento

La histerectomía abdominal se considera una medida definitiva y de rescate en dos escenarios clínicos principales:

1. Hemorragia obstétrica refractaria, cuando han fracasado las estrategias conservadoras (administración de uterotónicos, compresión uterina, balón intrauterino, ligadura de vasos hipogástricos);
2. Enfermedades benignas del útero o anexos que no responden a tratamiento médico, hormonal o mínimamente invasivo, y que comprometen la calidad de vida o la salud de la paciente (González & Parra, 2021).

Descripción técnica resumida: histerectomía abdominal total

Tras confirmar la indicación y estabilizar al paciente (cuando aplica), se inicia la preparación preoperatoria estándar:

- Colocación de sonda vesical de Foley;
- Antisepsia de región abdominal y perineal con solución iodada o clorhexidina alcohólica;
- Cubrimiento con campos estériles y compresas impermeables.

La técnica quirúrgica se desarrolla en las siguientes etapas:

1. **Abordaje abdominal:**

- Incisión transversa (Pfannenstiel) o vertical infraumbilical, según urgencia y tamaño uterino;
- Apertura por planos anatómicos (piel, tejido subcutáneo, fascia, músculo, peritoneo), con hemostasia cuidadosa;
- Inserción de retractor autoestático (ej. Balfour o Bookwalter).

2. **Exploración y movilización:**

- Evaluación de cavidad pélvica y abdominal;
- Fijación del útero con pinza de tenazón (tirabuzón) y tracción cefálica para exposición.

3. **Despegue vesicouterino:**

- Incisión arciforme del peritoneo vesicouterino, 2 cm por encima del reflejo vesical y 2 cm medial a los ligamentos redondos;
- Disección roma (con dedo o espátula) para despegar la vejiga del segmento uterino inferior y cuello, visualizando y preservando ambos uréteres en su trayecto hacia el trígono.

4. **Sección de ligamentos y vasos:**

- Apertura de los ligamentos anchos (de posterior a anterior) y del pliegue entre ligamento redondo y útero-ovárico;
- Identificación, esqueletización y pinzamiento (con pinzas de Kocher curvas) de:
    - Arterias uterinas;
    - Ligamentos redondos;
    - Ligamentos úterosacros;
    - Estructuras anexiales (cuando se incluye salpingooforectomía);
- Ligadura y sección de cada estructura con sutura absorbible (ej. Vicryl® 0 o 1).

5. Transecta cervical y cierre:

- Pinzamiento, ligadura y sección de arterias cervicovaginales y ligamentos cardinales;
- Resección del cuello uterino a nivel del orificio interno;
- Cierre del muñón vaginal con sutura continua absorbible;
- Lavado peritoneal, hemostasia final y cierre estratificado de la pared abdominal.

La identificación temprana y preservación de los uréteres constituye un paso crítico para prevenir lesiones, cuya incidencia, aunque baja (0.5–2 %), puede tener consecuencias graves (fístula urétero-vaginal, pérdida renal) (ACOG, 2020).

5.4.7. Complicaciones de la histerectomía

La incidencia de complicaciones postoperatorias varía entre 5 % y 26 %, dependiendo de factores relacionados con la paciente (edad avanzada, obesidad, diabetes mellitus, trastornos de coagulación, inmunosupresión), la complejidad quirúrgica (tamaño uterino, adherencias previas, cirugía de rescate) y la calidad de los cuidados perioperatorios (profilaxis antibiótica y tromboprofilaxis, movilización temprana, control del dolor) (Villón, 2021).

Las complicaciones se clasifican en médicas y quirúrgicas, y pueden manifestarse en el postoperatorio inmediato (0–48 h), mediato (3–7 días) o tardío (>7 días). Las más frecuentes

incluyen: Las complicaciones se clasifican en médicas y quirúrgicas, y pueden manifestarse en el postoperatorio inmediato (0–48 h), mediato (3–7 días) o tardío (>7 días). Las más frecuentes incluyen:

1. **Complicaciones infecciosas**

- Infección del sitio quirúrgico (ISQ);
- Infección del tracto urinario (ITU);
- Absceso de cúpula vaginal o pelviano.

2. **Complicaciones tromboembólicas**

- Trombosis venosa profunda (TVP);
- Embolia pulmonar (EP).

3. **Complicaciones digestivas**

- Íleo paralítico (más frecuente);
- Obstrucción intestinal (por adherencias o estenosis).

4. **Complicaciones urológicas**

- Lesión ureteral o vesical (durante la disección);
- Retención urinaria aguda;
- Formación de fístulas (ureterovaginal, vesicovaginal).

5. **Otros eventos comunes**

- Hemorragia postoperatoria (por ligadura inadecuada o coagulopatía);
- Dolor agudo no controlado;
- Náuseas y vómito posoperatorios (NVPO);
- Fiebre sin foco infeccioso (respuesta inflamatoria al trauma).

La detección temprana de signos de alarma —taquicardia persistente, fiebre >38 °C, dolor abdominal creciente, distensión abdominal, oliguria, sangrado vaginal abundante, disuria o escape urinario— requiere vigilancia estrecha por parte del equipo de enfermería, con registro

sistemático y notificación oportuna al equipo médico. La participación multidisciplinaria (cirugía, anestesiología, enfermería, nutrición) es fundamental para la prevención, diagnóstico precoz y manejo integral de estas complicaciones (Villón, 2021).

VI. Metodología

En el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica en la cual se inició definiendo el objetivo; que son los cuidados en el peri-operatorio de pacientes histerectomizadas.

Seguidamente se realizó una búsqueda bibliográfica a partir del método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) en la base de datos Biblioteca Virtual En Salud (BVS) y Google Académico, los resultados, proporcionaron artículos de revistas científicas, de otras bases de datos y de portales bibliográficos como: Scielo, Redalyc, Medline plus, Dialnet, Medigraphie, para identificar y elaborar los diagnósticos de enfermería. Para este proceso estandarizado de enfermería se usaron palabras claves como: histerectomía, cuidados en el postoperatorio de histerectomía abdominal, complicaciones de la histerectomía, plan de cuidados en pacientes de histerectomía, usando operador boleano AND (ver tabla 1).

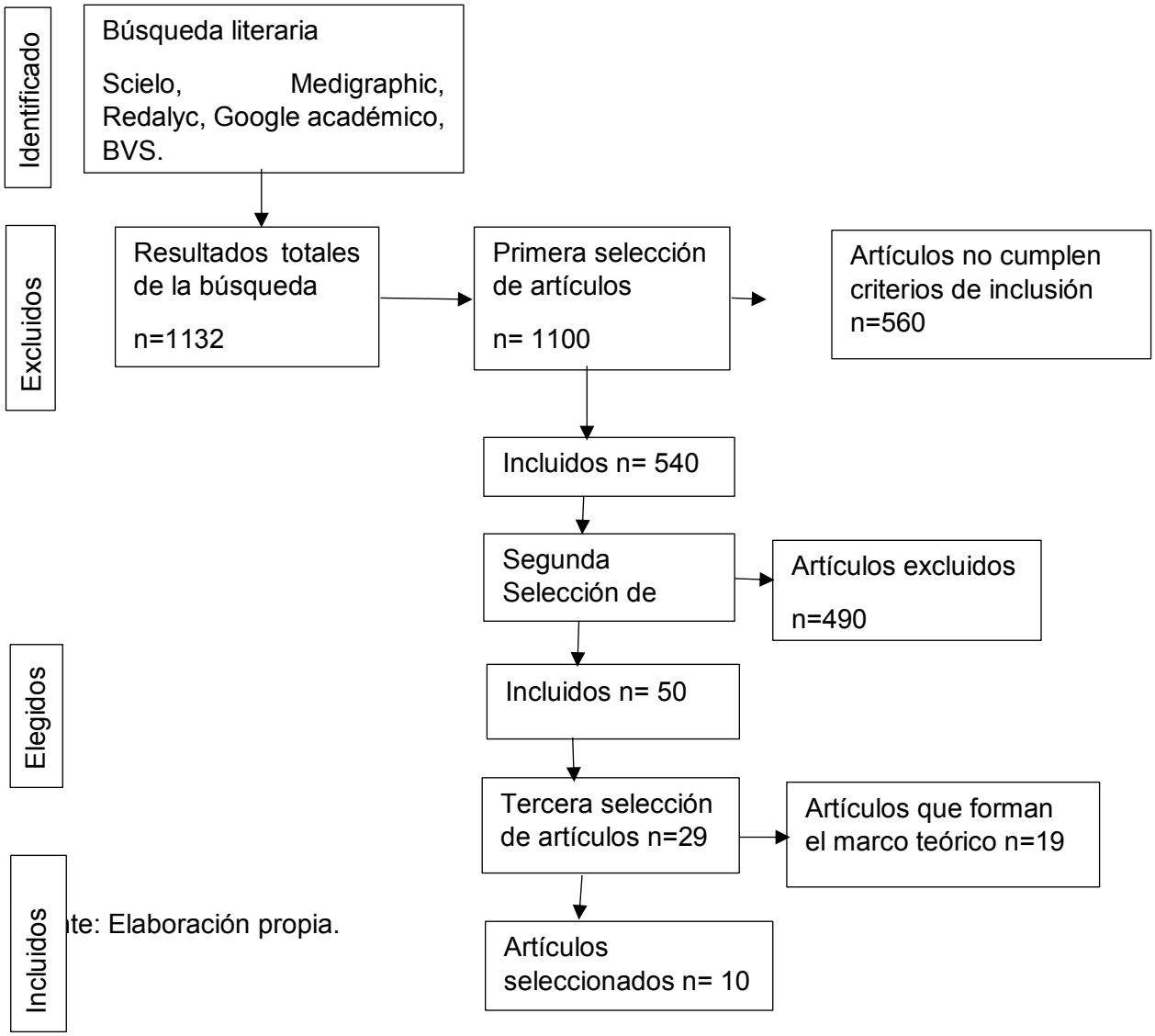
Tabla 1. *Búsqueda y revisión de artículos*

Nombre de la base de datos	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Palabras clave o descriptores
Scielo	259	2	Histerectomía abdominal.
Medigraphic	50	2	Histerectomía abdominal. Cuidados de histerectomía. Complicaciones de la histerectomía.
Google académico	283	5	Complicaciones de histerectomía abdominal.
Redalyc	540	1	Histerectomía abdominal total. Complicaciones de la histerectomía abdominal.
Total	1132	10	

Para la estrategia de búsqueda en las bases de datos, se emplearon palabras clave específicas, como “histerectomía”, lo que resultó en 1,132 artículos. Posteriormente, se realizó una búsqueda adicional utilizando palabras clave más específicas, tales como “cuidados en el

postoperatorio de histerectomía abdominal", con el fin de obtener información más precisa y significativa. Se utilizó el operador booleano "AND" para incluir únicamente aquellos artículos que abordaran la histerectomía abdominal. Para refinar aún más la búsqueda, se incorporaron palabras clave adicionales, como "(complicaciones de la histerectomía) AND (plan de cuidados en pacientes de histerectomía)". Tras revisar los resúmenes, se descartaron los artículos que no se centraran en los cuidados en el postoperatorio de histerectomía abdominal, resultando en 29 artículos que forman parte del marco teórico y 10 que se utilizaron para la elaboración de etiquetas diagnósticas (ver Figura 1).

Ilustración 1. Búsqueda y revisión de artículos



te: Elaboración propia.

Continuando con la revisión de los 10 artículos que cumplen con los criterios de inclusión para la elaboración de este plan de cuidados estandarizado de los cuales dos son de Scielo, uno de Redalyc, dos de medigraphic, y cinco de google académico, se describen en la tabla 2.

Tabla 2. *Artículos seleccionados*

Base de datos	Nombre de la revista	Título del artículo	Autores	Conectores boleanos	Resultado
Scielo	Revista cubana de anestesiología y reanimación	Implementación del protocolo de recuperación acelerada en la Histerectomía abdominal	Soria et al., 2021	Histerectomía AND cuidado en el postoperatorio.	Nauseas. Dolor agudo. Retraso en la recuperación
Scielo	Revista Cubana de Cirugía	Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: Revisión sistémica y meta análisis	Aragón et al., 2011	Histerectomía abdominal	Dolor agudo. Retraso en la recuperación. Riesgo de infección en la herida quirúrgica. Riesgo de infección. Riesgo de sangrado.
Redalyc	Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia	Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson.	Carpio & Garniqude, 2009	Histerectomía abdominal AND complicaciones	Dolor agudo. Retraso en la recuperación. Riesgo de infección en la herida quirúrgica. Riesgo de infección.
Google Académico	Revista Científica de Enfermería	Intervención de enfermería en el período Posoperatorio de pacientes sometida a Histerectomía Abdominal total.	Palacios, 2013	Cuidados en el postoperatorio AND de histerectomía abdominal	Dolor agudo. Retraso en la recuperación. Riesgo de infección.

Base de datos	Nombre de la revista	Título del artículo	Autores	Conectores boleanos	Resultado
Google Académico	Repositorio Universitario Nacional del Callao.	Cuidados de enfermería en pacientes postoperados de histerectomía en el servicio de cirugía del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima-2020.		Plan de cuidados en AND pacientes de histerectomía.	Nausea. Dolor agudo. Riesgo de infección. Ansiedad. Deterioro de la eliminación urinaria.
Medigraphic	Revista Médica de la Universidad Autónoma de Sinaloa.	Comparación de la morbilidad operatoria entre la histerectomía laparoscópica y abdominal.	Morgan et al., 2019	Complicaciones AND de la histerectomía abdominal	Dolor agudo. Retraso en la recuperación. Riesgo de infección en herida quirúrgica.
Medigraphic	Archivos de investigación materno infantil.	Complicaciones de la histerectomía total, abdominal ginecológica por patología benigna.	Hollman & Rodríguez, 2014	Complicaciones AND de la histerectomía abdominal	Dolor agudo. Riesgo de infección de herida quirúrgica. Riesgo de infección.
Google Académico	Repositorio Institucional Universidad Peruana de los Andes.	Proceso de atención de enfermería en paciente post operada de histerectomía abdominal por miomatosis uterina en Clínica San Marcos, Breña 2022.	Bazan, 2022	Plan de cuidados AND pacientes de histerectomía	Dolor agudo. Retraso en la recuperación. Riesgo de infección de herida quirúrgica. Riesgo de infección.
Google Académico	Repositorio Digital Universidad Uniandes.	Cuidados de enfermería en prevención de complicaciones postoperatorias	Barrera, 2023	Cuidados de enfermería AND en histerectomía	Dolor agudo. Retraso en la recuperación.

Base de datos	Nombre de la revista	Título del artículo	Autores	Conectores boleanos	Resultado
		en histerectomía			Riesgo de infección.
Google Académico	Repositorio Institucional Universidad Autónoma de San Luis Potosí.	Proceso de atención de enfermería para paciente sometida a histerectomía abdominal abierta en el postoperatorio inmediato.	Cerino, 2018	Plan de cuidados en pacientes AND de histerectomía	Nauseas. Dolor agudo. Riesgo de infección. Ansiedad.

6.1. Matriz de priorización de diagnósticos.

En la revisión de los artículos se identificaron ocho etiquetas diagnósticas que comprometen la salud de las pacientes en el periodo postoperatorio, presentándose en la tabla 3. Con base a esto se seleccionan los diagnósticos y ponderando los que se presentaran con mayor frecuencia y asignando la clasificación 2 y aquellas con menor frecuencia la clasificación 1. Para realizar un análisis de cuál sería el prioritario y sucesores en dichos artículos, presentándose en la tabla 4.

Tabla 3. *Etiquetas diagnósticas*

Autor	ET 1	ET 2	ET 3	ET 4	ET 5	ET 6
Soria et al., 2021	Nauseas	Dolor agudo	Retraso en la recuperación			
Aragón et al., 2011	Dolor agudo	Retraso en la recuperación	Riesgo de infección en herida	Riesgo de infección	Riesgo de sangrado	
Carpio & Garniqude, 2009	Dolor agudo.	Retraso en la recuperación.	Riesgo de infección en herida	Riesgo de infección		
Palacios, 2013	Dolor agudo	Retraso en la recuperación	Riesgo de infección			
Roque, 2020	Nauseas	Dolor agudo	Riesgo de Infección	Ansiedad	Deterioro de la eliminación urinaria	

Autor	ET 1	ET 2	ET 3	ET 4	ET 5	ET 6
Morgan et al., 2019	Dolor agudo.	Retraso en la recuperación.	Riesgo de infección en herida quirúrgica			
Hollman & Rodríguez, 2014	Dolor agudo	Riesgo de infección en la herida	Riesgo de infección			
Bazan., 2022	Dolor agudo	Retraso en la recuperación.	Riesgo de infección en herida quirúrgica	Patrón sexual ineficaz.		
Barrera, 2023	Dolor agudo	Riesgo de infección en herida quirúrgica	Riesgo de infección	Patrón sexual ineficaz.	Ansiedad	Riesgo de aspiración.
Cerino, 2018	Dolor agudo	Retraso en la recuperación	Riesgo de infección	Ansiedad	Riesgo de aspiración	

Nota: ET= Etiqueta Diagnóstica. Se muestran los diagnósticos presentados con frecuencia en los artículos revisados

Tabla 4. *Priorización de etiquetas diagnosticas*

Etiquetas	Prioridad
Dolor agudo	**2**
Retraso en la recuperación	
Riesgo de infección de herida quirúrgica	
Nauseas	
Riesgo de infección	
Riesgo de sangrado	**1**
Ansiedad	
Deterioro de la eliminación urinaria	

Una vez identificados los objetivos, se detallan los diagnósticos de enfermería que incluyen etiquetas diagnosticas establecidas en la taxonomía y clasificación de la NANDA. Se establecen objetivos con apoyo de la clasificación de resultados NOC, además se determinan los indicadores de cada resultado con la escala de evaluación diana. Enseguida se revisa la clasificación de las intervenciones de enfermería NIC; para la elaboración de los diagnósticos, definir y medir los resultados que se esperan de las intervenciones de enfermería. Tabla 5.

6.2. Consideraciones éticas y legales.

El proceso de enfermería estandarizado no implica el cuisdado personalizado, su fundamento ético surge de la práctica de enfermería que se encuentra enfocada en el cuidado humanizado al servicio de la sociedad por lo tanto se encuentra arraigado a principios éticos y códigos internacionales fundamentales que garantizan una atención digna segura y eficaz aplicando criterios no discriminatorios a todas las personas que reciban una atención por parte de los profesionales de enfermería, dentro de las normativas éticas destacan:

- Declaración universal de los derechos humanos: que los individuos y las instituciones, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, aseguren medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación.
- Código de ética de la organización mundial de la salud: establece las normas de conducta y los valores fundamentales para su personal, promoviendo la confianza, la transparencia y el respeto.
- Código deontológico del cie para la profesión de enfermería: ofrece orientación ética en relación con los roles, deberes, responsabilidades, conductas, juicio profesional y relaciones con los pacientes.
- Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México: el personal de Enfermería tiene el compromiso de observar normas legales y éticas para brindar sus cuidados.

En caso de ser aplicado el Plan de Cuidados de Enfermería se llenará y firmará un consentimiento informado el cual se encuentra en los apéndices.

6.3. Aspectos de bioseguridad en las pacientes postoperadas de histerectomía abdominal.

En todo proceso estandarizado es importante precisar que se requiere apego al marco normativo que rige todo lo relacionado al cuidado de las personas.

Para dar cumplimiento con los criterios de bioseguridad se propone en el presente plan de cuidados estandarizado las siguientes Normas oficiales mexicanas (NOM) buscando asegurar la calidad y seguridad de la atención a las usuarias, promoviendo estándares comunes de cuidado y fomentando a la mejora continua.

Para dar la actuación ética en la atención a personas sanas o enfermas también se tiene un marco regulatorio que es la ley general de salud, así como la norma oficial mexicana con lo que se pretende asegurar la calidad y seguridad de la atención a las usuarias, promoviendo estándares comunes de cuidado y fomentando a la mejora continua. Se destaca lo que a continuación se describe.

Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. NOM-014-SSA2-1994, que aborda la histerectomía, o la extirpación quirúrgica del útero, es la NOM-014-SSA2-1994. Esta norma se enfoca en la prevención, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino y de mama en atención primaria, y dentro de sus especificaciones se incluye la definición y procedimientos relacionados con la histerectomía. Es importante destacar que esta norma se centra principalmente en el cáncer cérvico uterino, y aunque incluye la histerectomía como parte del tratamiento, no es su único objetivo. La NOM-014-SSA2-1994 busca establecer criterios para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

En el manejo de expediente clínico Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, donde nos dice que el “expediente clínico” es un conjunto de información confidencial de un paciente,

que requiere orden y claridad en los registros y notas que lo conforman. La NOM-004-SSA3-2012 lo define como al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Las características de la infraestructura física, instalaciones, mobiliario y equipamiento con que cuentan los hospitales y consultorios para la atención médica especializada a los que se refiere esta norma, NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; se constituyen en elementos básicos para que los prestadores de servicios para la atención médica de los sectores público, social y privado puedan ofrecer a los usuarios calidad, seguridad y eficiencia, ya que, a través del aseguramiento de estas acciones, la autoridad sanitaria puede garantizar el derecho a la protección de la salud.

Los avances tecnológicos en la medicina, así como la evolución y el mejoramiento de las técnicas anestésicas y quirúrgicas, han propiciado que la práctica de la cirugía mayor ambulatoria se lleve a cabo con mayor frecuencia para la atención de un gran número de patologías, la norma oficial mexicana NOM-026-SSA3-2012, para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria; nos menciona que mediante este tipo de procedimientos quirúrgicos, es posible alcanzar los resultados terapéuticos esperados y garantizar que la recuperación del paciente se logre con los más altos estándares de calidad y seguridad, sin la necesidad de llevar a cabo la hospitalización del mismo.

VII. Resultados

El cuidado de enfermería en el postoperatorio de la histerectomía abdominal requiere un abordaje sistemático y basado en la evidencia, que garantice la seguridad, el bienestar y la pronta recuperación de las pacientes. En este contexto, los planes de cuidados de enfermería estandarizados se convierten en herramientas fundamentales para guiar la práctica clínica, ya que permiten identificar los principales problemas de salud, establecer objetivos claros y seleccionar intervenciones efectivas y homogéneas.

La aplicación de estos planes, sustentados en las taxonomías NANDA, NIC y NOC, facilita la planificación, ejecución y evaluación continua, promoviendo un cuidado integral, de calidad y centrada en las necesidades individuales de cada paciente. Ver tabla 5.

Tabla 5. *Plan de cuidados estandarizado para personas con náuseas*

<table>
<tr><td colspan="4">Náuseas relacionado con exposición a toxinas, sabor nocivo, ansiedad, temor, estímulos sensoriales desagradables, evidenciado por aversión a la comida, sensación de atragantamiento, incremento de la salivación, incremento en la deglución, sabor agrio.

Definición: sensación subjetiva y desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.</td></tr>
<tr><td>Dominio: 12 confort</td><td colspan="3">Clase: 1 confort físico</td></tr>
<tr><th>Diagnóstico de Enfermería</th><th>Criterio de resultado (NOC)</th><th>Indicador</th><th>Escala de medición</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Etiqueta (problema) (P)
00134 Náuseas
Factores relacionados (causa) (E)
Exposición a toxinas.
Sabor agrio.
Ansiedad.
Temor.</td><td rowspan="3">2107 Severidad de las náuseas y vómitos.</td><td>210701 Frecuencia de las náuseas.</td><td rowspan="3">1. Grave.
2. Sustancial.
3. Moderado.
4. Leve.
5. Ninguno.</td></tr>
<tr><td>210702 Intensidad de las náuseas.</td></tr>
<tr><td></td></tr>
</table>

Estímulos sensoriales desagradables. Características definitorias (signos y síntomas) Sabor agrio21. Sensación de atragantamiento. Aversión a la comida. Incremento de la deglución. Incremento en la salivación.		210703 Angustia por las náuseas.	

1. Intervención (NIC):

Manejo de las náuseas 1450

Actividades

- Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado una escala visual análoga, las escalas descriptivas de Duke y el índice de Rhode de náuseas y vómitos.
- Obtener los antecedentes pre-terapéuticos completos.
- Identificar los factores (por ejemplo, medicación y procedimiento) que puede causar o contribuir a las náuseas.
- Asegurarse de que se ha administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible (exceptuando el caso de náuseas relacionadas con el embarazo).
- Animar al paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas.
- Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas.
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenen las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y desconocimiento).

2. Intervención (NIC):

Cuidados postanestesia 2870

Actividades

- Administrar antieméticos según la prescripción.
- Controlar la calidad y numero de respiraciones.
- Ponerse en contacto con el anestesiólogo cuando proceda.

3. Intervención (NIC):

Manejo del vomito 1570

Actividades

- Asegurar de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito siempre que haya sido posible.
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenen o aumenten el vómito (ansiedad, miedo, ausencia de conocimientos).
- Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.

A continuación, se muestra el plan de cuidados estandarizado dirigido a personas con diagnóstico de enfermería de riesgo de aspiración tras una histerectomía abdominal.

Tabla 6. *Plan de cuidados estandarizado para personas con riesgo de aspiración*

<table>
<tr><td colspan="4">Riesgo de aspiración como lo evidencia depresión del reflejo nauseoso, barrera para elevar la parte superior del cuerpo, disminución de motilidad gastrointestinal, incremento en el residuo gástrico.
Definición: susceptible a que penetren en el árbol traqueobronquial secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos, que pueden comprometer la salud.</td></tr>
<tr><td>Dominio: 11 seguridad/protección</td><td colspan="3">Clase: 2 lesión física</td></tr>
<tr><th>Diagnóstico de Enfermería</th><th>Criterio de resultado (NOC)</th><th>Indicador</th><th>Escala de medición</th></tr>
<tr><td>Etiqueta (problema) (P)

00039 Riesgo de aspiración.

Factores de riesgo (Causas) (E)
Depresión del reflejo nauseoso.
Barrera para elevar la parte superior del cuerpo.
Disminución de motilidad gastrointestinal.
Incremento en el residuo gástrico.</td><td>2303 Recuperación posterior al procedimiento.</td><td>230309 Reflejo nauseoso.

230308 Puntuación del test de recuperación postanestesia (aldrete).

230305 Tos vigorosa.</td><td>1.Desviación grave de rango normal.
2.Desviación sustancial de rango normal.
3.Desviación moderada de rango normal.
4.Desviación leve de rango normal.
5.Sin desviación del rango normal.</td></tr>
<tr><td colspan="4">1. Intervención (NIC):</td></tr>
<tr><td colspan="4">Precauciones para evitar la aspiración de secreciones 3200</td></tr>
<tr><td colspan="4">Actividades</td></tr>
<tr><td colspan="4">- Vigilar el nivel de conciencia, reflejo de la tos, de gases y capacidad deglutiva.
- Mantener una vía aérea despejada y permeable.
- Colocar al paciente en posición de semi-fowler si estuviera indicado permitido de acuerdo al tipo de procedimiento quirúrgico.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2. Intervención (NIC):</td></tr>
<tr><td colspan="4">Cuidados postanestesia 2870</td></tr>
<tr><td colspan="4">Actividades</td></tr>
<tr><td colspan="4">- Animar al paciente a que tosa y que respire profundamente.
- Controlar el retorno de la función sensorial y motora
- Observar el nivel de conciencia.</td></tr>
</table>

A continuación, se muestra el plan de cuidados estandarizado dirigido a personas con diagnóstico de enfermería de dolor agudo tras una histerectomía abdominal.

Tabla 7. *Plan de cuidados estandarizado para personas con dolor.*

<table>
<tr><td colspan="4">Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos, uso inapropiado de agente químico evidenciado por expresión facial de dolor, postura para aliviar el dolor, alteración de los parámetros fisiológicos, diaforesis, evidencia de dolor mediante pruebas estandarizadas del dolor para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente, conducta expresiva, conducta defensiva, verbaliza acerca de las características, utilizando escalas estandarizadas de dolor.

Definición: experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descritas en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.</td></tr>
<tr><td>Dominio: 12 confort</td><td colspan="3">Clase: 1 confort físico</td></tr>
<tr><th>Diagnóstico de Enfermería</th><th>Criterio de resultado (NOC)</th><th>Indicador</th><th>Escala de medición</th></tr>
<tr><td>Etiqueta (problema) (P)
00132 Dolor agudo.

Factores relacionados (Causa) (E)
Lesiones por agente físico.
Uso inapropiado de agente químico.

Características definitorias (signos y síntomas)

Conducta expresiva.
Expresión facial de dolor.
Postura para aliviar el dolor.
Alteración de los parámetros fisiológicos.
Diaforesis.
Evidencia de dolor mediante pruebas estandarizadas del dolor para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente.
Conducta expresiva.
Conducta defensiva. Escalas estandarizadas de dolor.</td><td>2102 Nivel del dolor.</td><td>210204 Duración de los episodios de dolor

210206 Expresión facial de dolor.

210208 Inquietud.</td><td>1.Grave.
2.Sustancial.
3.Moderado.
4.Leve.
5.Ninguno.</td></tr>
</table>

1. Intervención (NIC):
Manejo del dolor: agudo 1410
Actividades
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia, así como los factores que lo alivian y agudizan. - Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación. - Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse efectivamente. - Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. Intentando mantenerlo en igual o inferior. - Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica Inmediatamente antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen - Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, Incluyendo las influencias culturales. - Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario. - Administrar energéticos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular. - Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento. - Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.
2. Intervención (NIC):
Administración de analgésicos 2210
Actividades
- Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. - Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor. - Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito

A continuación, se muestra el plan de cuidados estandarizado dirigido a personas con diagnóstico de enfermería de riesgo de infección tras una histerectomía abdominal.

Tabla 8. *Plan de cuidados estandarizado para personas con riesgo de infección.*

<table>
<tr><td colspan="4">Riesgo de infección como lo evidencia deterioro de la integridad cutánea, dificultad para manejar el cuidado de las heridas, obesidad, procedimiento invasivo, higiene inadecuado del entorno, higiene inadecuada.

Definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</td></tr>
<tr><td>Dominio: 11 seguridad/protección</td><td colspan="3">Clase: 1 confort físico</td></tr>
<tr><th>Diagnóstico de Enfermería</th><th>Criterio de resultado (NOC)</th><th>Indicador</th><th>Escala de medición</th></tr>
<tr><td>Etiqueta (problema) (P)
Riesgo de infección.

Factores relacionados (Causas) (E)
Deterioro de la integridad cutánea, dificultad para manejar el cuidado de las heridas, obesidad, procedimiento invasivo, higiene inadecuado del entorno, higiene inadecuada.</td><td>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</td><td>110101 Temperatura de la piel.

110106 Transpiración

110102 Sensibilidad.

110121 Eritema.</td><td>1.Gravemente comprometido.
2.Sustancialmente comprometido.
3.Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.</td></tr>
<tr><td colspan="4">1. Intervención (NIC):</td></tr>
<tr><td colspan="4">Cuidados de la herida quirúrgica 3660</td></tr>
<tr><td colspan="4">Actividades</td></tr>
<tr><td colspan="4">- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenajes, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución fisiológica o con un limpiador no toxico, según corresponda.
- Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.
- 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 realice el cambio de vendaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.
- Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2. Intervención (NIC):</td></tr>
<tr><td colspan="4">Control de infecciones 6540</td></tr>
</table>

Actividades
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado. - Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. - Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada. - Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se deben notificar al cuidador.
3. Intervención (NIC):
Vigilancia de la piel 3590
Actividades
- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. - Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda. - Vigilar el color y la temperatura de la piel. - Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.

A continuación, se muestra el plan de cuidados estandarizado dirigido a personas con diagnóstico de enfermería de retraso en la recuperación quirúrgica debido a que cursa el postoperatorio de una histerectomía abdominal.

Tabla 9. *Plan de cuidados estandarizado para personas con riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica*

<table>
<tr><td colspan="4">Retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con deterioro de la movilidad física, respuesta emocional negativa al resultado quirúrgico, dolor persistente, nausea persistente, vomito persistente, personas que requieren una cirugía de emergencia evidenciado por dificultad para moverse, tiempo excesivo requerido para la recuperación, cicatrización interrumpida de la herida quirúrgica.
Definición: Aumento del número de días postoperatorios requeridos para iniciar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.</td></tr>
<tr><td>Dominio: 11 seguridad/protección</td><td colspan="3">Clase: 2 lesión física</td></tr>
<tr><th>Diagnóstico de Enfermería</th><th>Criterio de resultado (NOC)</th><th>Indicador</th><th>Escala de medición</th></tr>
<tr><td>Etiqueta (problema) (P)
<u>00110</u>
Retraso en la recuperación quirúrgica.

Factores relacionados (Causas) (E)
Deterioro de la movilidad física.
Respuesta emocional negativa al resultado quirúrgico.
Dolor persistente.
Nausea persistente.
Vomito persistente.
Personas que requieren una cirugía de emergencia.

Características definitorias (signos y síntomas)
Dificultad para moverse.
Tiempo excesivo requerido para la recuperación.
Cicatrización interrumpida de la herida quirúrgica.</td><td>0208
Movilidad.</td><td>020806
Ambulación.

020802
Mantenimiento de la posición corporal.</td><td>1.Gravemente comprometido.
2.Sustancialmente comprometido.
3.Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.</td></tr>
<tr><td colspan="4">1. Intervención (NIC):</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fomentar la mecánica corporal 0140</td></tr>
</table>

Actividades
- Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensión o lesión. - Enseñar al paciente a utilizar la postura y la mecánica corporal para evitar lesiones cuando realiza cualquier actividad física. - Determinar la conciencia del paciente sobre las propias anomalías musculo esqueléticas y los efectos de la postura y del tejido muscular. - Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante periodos de tiempo prolongado.
2. Intervención (NIC):
Terapia de ejercicios: ambulación 0221
Actividades
- Colocar la cama a baja altura, si resulta oportuno. - Vestir al paciente con prendas cómodas. - Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. - Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales. - Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal. - Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.

VIII. Conclusión

La histerectomía abdominal, como intervención quirúrgica mayor, representa una estrategia terapéutica definitiva tanto en el manejo de hemorragia obstétrica refractaria como en el tratamiento de patologías benignas del aparato reproductor que comprometen la salud y calidad de vida de la mujer. Si bien es un procedimiento altamente efectivo, su carácter invasivo conlleva un espectro predecible de riesgos, entre los que destacan: sangrado postoperatorio, infección del sitio quirúrgico y del tracto urinario, íleo paralítico, trombosis venosa profunda y dolor agudo no controlado.

En este contexto, la enfermería desempeña un rol central como garante de la continuidad y seguridad del cuidado. La implementación de un Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado (PLACE) fundamentado en el marco conceptual NANDA-I, NIC y NOC permite sistematizar la atención, anticipar respuestas humanas frecuentes y orientar intervenciones basadas en evidencia. Diagnósticos como Dolor agudo, Riesgo de infección, Estreñimiento, Ansiedad y Deterioro de la integridad tisular —validados en la literatura y en la práctica clínica— constituyen la base para establecer metas concretas, medibles y centradas en la experiencia de la paciente.

Este enfoque no solo optimiza el control de síntomas y reduce la incidencia de complicaciones evitables, sino que también contribuye a acortar la estancia hospitalaria, facilitar la movilización temprana y promover una reincorporación segura a las actividades cotidianas. Asimismo, fortalece la identidad profesional de la enfermería al evidenciar su aporte científico en la mejora de los resultados en salud.

Por tanto, la estandarización del cuidado no debe interpretarse como rigidez, sino como una estrategia flexible y dinámica que, desde la individualización y el juicio clínico, garantiza

equidad, calidad y seguridad en la atención perioperatoria de mujeres sometidas a histerectomía abdominal.

IX. Recomendaciones

Con base en los hallazgos clínicos y la evidencia revisada, se proponen las siguientes recomendaciones para fortalecer la atención de enfermería en el postoperatorio de histerectomía abdominal:

- Realizar valoración clínica estructurada y periódica, con énfasis en signos de alarma: sangrado vaginal o abdominal activo, fiebre ≥38 °C, dolor no controlado (EVA >4 a pesar de analgesia escalonada), distensión abdominal con ausencia de ruidos hidroaéreos, disuria, escape urinario o eritema/edema/secreción en herida quirúrgica. El registro sistemático de estos parámetros debe integrarse en las hojas de evolución estandarizadas.
- Incorporar de manera obligatoria las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC en la documentación del proceso de enfermería, con el fin de:
    - Formular diagnósticos clínicamente válidos y actualizados;
    - Establecer metas observables y medibles (ej.: “Paciente deambulará con asistencia a las 12 h postoperatorias”);
    - Seleccionar intervenciones validadas (ej.: Manejo del dolor, Prevención de infección, Estimulación del tránsito intestinal);
    - Evaluar resultados en intervalos definidos (6, 24 y 48 h), ajustando el plan según la evolución.
- Promover la adherencia a protocolos institucionales de cuidados perioperatorios, incluyendo:
    - Movilización temprana (inicio 6–8 h postoperatorias);
    - Profilaxis tromboembólica farmacológica y mecánica;
    - Estrategias multimodales para el control del dolor (evitando el uso exclusivo de opioides);

  - Educación para el autocuidado previa al alta (cuidado de herida, signos de alarma, restricciones de esfuerzo).

- Fortalecer la formación continua del personal de enfermería en el uso del juicio clínico, la comunicación terapéutica y la aplicación crítica de guías de práctica clínica, con el fin de garantizar una atención centrada en la persona, culturalmente sensible y orientada a resultados en salud.

Estas acciones, implementadas de forma coordinada y sostenida, contribuyen no solo a la reducción de complicaciones prevenibles, sino también a la mejora de la experiencia de la paciente, la eficiencia operativa y la consolidación de la enfermería como disciplina científica y autónoma.

X. Referencias

Aguilar, S., Safora, O., & Rodríguez, A. (2012). La histerectomía obstétrica como un problema vigente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 38*(1), 107–116. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100013

Alfaro-Lefevre, R. (2020). *Aplicación del proceso enfermero: una guía paso a paso* (9ª ed.). Elsevier.

Aragón, F. J., Expósito, M., Fleitas, O., Morgado, A., Mirabal, C., & Aragón, L. (2011). Histerectomía total abdominal frente a histerectomía mínimamente invasiva: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Cubana de Cirugía, 50*(1), 82–95. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347493201100010007

Barik, S., Nayak, A., Misra, S., & Jain, M. (2025). A study on elective hysterectomies in a Tertiary care hospital. Panacea *Journal of Medical Sciences*. https://doi.org/10.18231/j.pjms.2021.097.

Barrera, J. N. (2023). *Cuidados de enfermería en prevención de complicaciones postoperatorias en histerectomía* [Tesis de maestría].

Bazan, D. S. (2022). *Proceso de atención de enfermería en paciente post operada de histerectomía abdominal por miomatosis uterina en clínica San Marcos, Breña 2022* [Tesis].

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (7.ª ed.). Elsevier.

Carpio Guzmán, L., & Garnique, M. (2009). Histerectomía abdominal: Estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 55*(4), 266–272. https://doi.org/10.31403/rpgo.v55i303

Cerino, R. (2018). *Proceso de atención de enfermería para paciente sometida a histerectomía abdominal abierta en el postoperatorio inmediato* [Tesis doctoral, Facultad de Enfermería y Nutrición].

Coscia, A. N., & Chillik, C. (2018). *Miomatosis uterina. Manual de ginecología quirúrgica*.

Gallardo-Martínez, J., Brenner-Anidjar, R. D., Palomo-Rodríguez, M. D. F., & Pantoja-Garrido, M. (2022). ¿Cómo decidir el abordaje más adecuado para realizar una histerectomía por patología benigna? Revisión bibliográfica. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 87*(6), 396–403.

Gómez Martínez, N., Morillo Cano, J. R., & Pilatuña Tirado, C. B. (2021). El cuidado enfermero en pacientes con atonía uterina atendidas en el Hospital General Puyo. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores, 8*(3), e50. https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i3.2674

González, T., Parra, R., San Martín, O. A., & Salinas, H. (2021). Histerectomía total vía abdominal: revisión de la literatura. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 32*(3).

González-Castillo, M. G., & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria, 13*(2), 124–129. https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003

Grilli, M. N., Zencich, D., Mejías, C., Macció, J., Forestieri, O. Á., & Uranga, A. (2022). *Miomatosis uterina*.

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & López, M. (Eds.). (2021). *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021–2023* (12.ª ed.). Elsevier.

Hollman Montiel, J. P., & Rodríguez, A. G. (2014). Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. *Archivos de Investigación Materno Infantil, 6*(1), 25–30.

Marrero-Cepero, Y., Pino-Ruz, I. G., & Bofill-Gil, P. (2022). Utilidad de las técnicas analgésicas regionales para histerectomía abdominal como parte de la estrategia multimodal. *Revista Médica Electrónica, 44*(5), 903–913. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242022000500903

Kl, S., Manangi, M., Kp, M., Bj, A., & Nagaraj, N. (2016). Hysterectomy: clinical profile, indications and postoperative complications. International journal of reproduction, contraception, obstetrics and gynecology, 5, 2093-2096. https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20161874.

MedlinePlus. (2022). *Histerectomía*. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002915.htm

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (6.ª ed.). Elsevier.

Morales, A. D., & Morales, N. L. (2007). Epistemología del proceso de enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería, 15*(2).

Morgan-Ortiz, F., Morgan-Ruiz, F. V., Cervin-Báez, C., et al. (2019). Comparación de la morbilidad operatoria entre histerectomía laparoscópica y abdominal. *Revista Médica de la Universidad Autónoma de Sinaloa (REVMEDUAS), 9*(3), 123–132.

Palacios N. L. (2023). Intervención de enfermería en el periodo posoperatorio de paciente sometida a histerectomía abdominal total. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería, 2*(3), 195–208. https://doi.org/10.33326/27905543.2022.3.1659

Parrondo, P., Pérez-Medina, T., & Álvarez-Heros, J. (2009). Anatomía del aparato genital femenino. En *Fundamentos de obstetricia (SEGO)* (pp. 15–27). Madrid.

Ponce Pilozo, M. J., Zapata Mata, M. A., Cárdenas Chávez, A. B., & Parra Conforme, W. G. (2021). Manejo de la hemorragia postparto por atonía uterina. *Revista Dialnet, 7*(4), 1128–1146. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8384017.pdf

Posos-González, M. J., & Jiménez-Sánchez, J. (2013). Estandarización del cuidado mediante el plan de cuidados de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 21*(1), 29–33.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentos de enfermería* (10.ª ed.). Elsevier.

Reelkar, P., & Reelkar, V. (2021). Clinico-Pathological Study of 100 Hysterectomies. Indian Journal of Obstetrics and Gynecology. https://doi.org/10.21088/ijog.2321.1636.9121.2.

Rimbach, S. (2018). Clinical Diagnostics Before Hysterectomy. 63-68. https://doi.org/10.1007/978-3-319-22497-8_4.

Roque García, M. E. (2020). *Cuidados de enfermería en pacientes posoperados de histerectomía en el servicio de cirugía del hospital central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima–2020* [Tesis, Universidad Nacional del Callao].

Shanmukhi, V., & Sree, V. (2023). Revisiting indication for hysterectomy according to PALM-COEIN classification and its correlation with histopathological examination reports. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20231925.

Shrestha, S., Joshi, R., Tamrakar, R., & Sharma, B. (2019). Study On Clinical Profile of Patients Undergoing Abdominal Hysterectomy and Their Clinico-Pathological Correlation. Journal of Chitwan Medical College. https://doi.org/10.3126/jcmc.v9i2.24558.

Secretaría de Salud. (2011). *Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería* (1.ª ed.). http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf

Soria, R., Agüero, M. O., de Armas, J., Núñez, Y., & Hernández, J. (2021). Implementación del protocolo de recuperación acelerada en la histerectomía abdominal. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación, 20*(2), e734. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182021000200006

Toledo, G. (2011). Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005–2010. *Horizonte Médico, 11*(2), 70–74. Universidad de San Martín de Porres.

Torres, M. L. (2017). *Cuidado de enfermería en paciente post operado de histerectomía en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú–2016* [Tesis, Universidad Nacional del Callao].

Urgellés, C. S., Álvarez, F. M., Reyes, G. E., et al. (2021). Factores de riesgo asociados a las complicaciones postquirúrgicas de la histerectomía abdominal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 47*(1), 1–12.

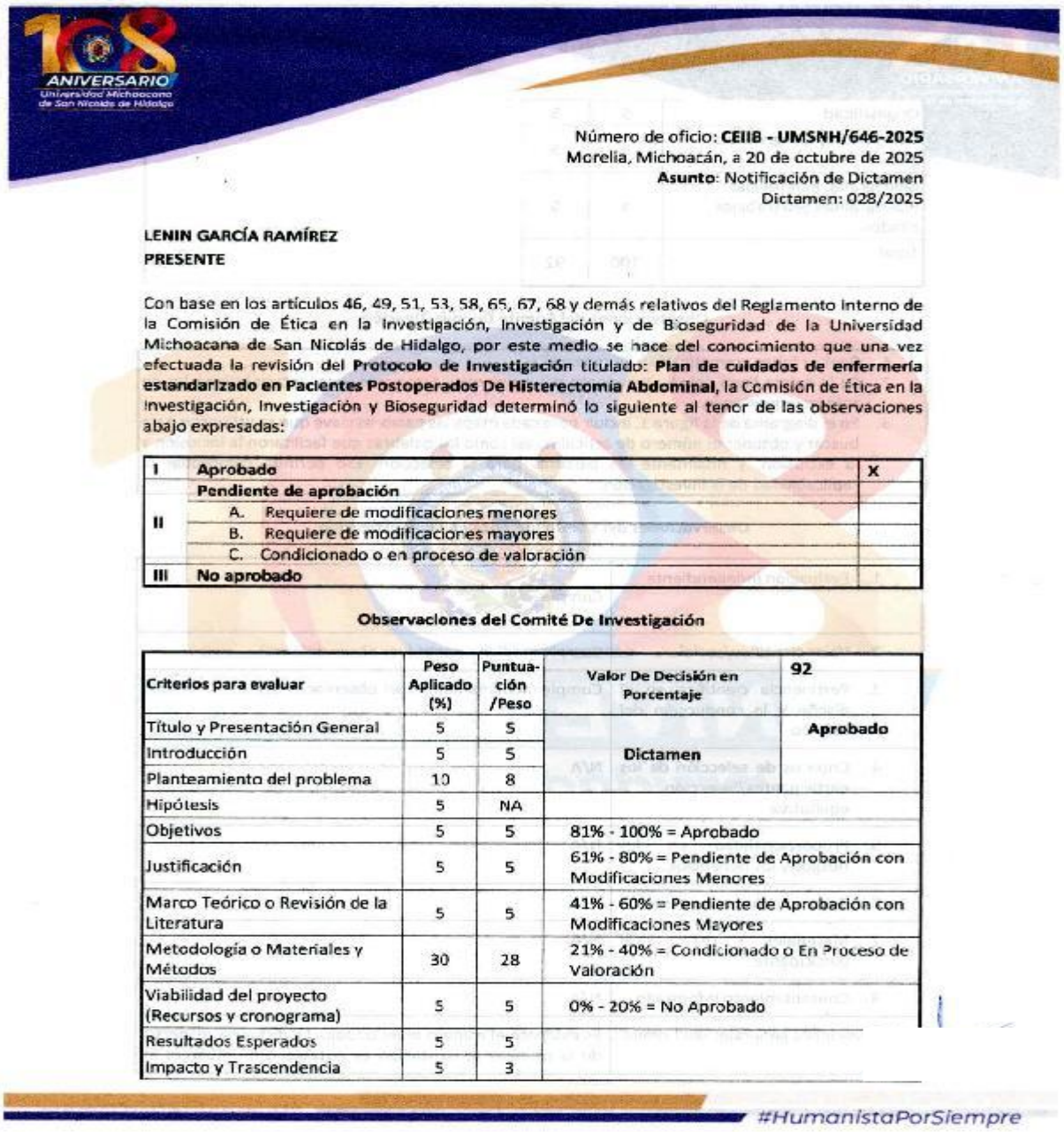
Vega, M. G., Bautista, L. N., Rodríguez, L. D., Loredo, F., Vega, J., Becerril, A., & Barros, S. (2017). Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 82*(5), 526–533. https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000500526

Villón, G. D. (2021). *Intervenciones de enfermería a usuaria post-operada de histerectomía total, Hospital General Guasmo Sur, Guayaquil 2020* [Tesis de licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena]

Yagüe, S., Díaz de Alda, L., & Lete, I., (2023). Fisiopatología del sangrado uterino anómalo. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia; 50(1), 1-6. https://doi.org/10.1016/j.gine.2022.100814.

XI. Apéndices

Apéndice 1. Aprobación del Proceso por el Comité de Investigación, Ética en Investigación y bioseguridad



108 ANIVERSARIO Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Número de oficio: **CEIIB - UMSNH/646-2025**
Morelia, Michoacán, a 20 de octubre de 2025
Asunto: Notificación de Dictamen
Dictamen: 028/2025

LENIN GARCÍA RAMÍREZ
PRESENTE

Con base en los artículos 46, 49, 51, 53, 58, 65, 67, 68 y demás relativos del Reglamento Interno de la Comisión de Ética en la Investigación, Investigación y de Bioseguridad de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por este medio se hace del conocimiento que una vez efectuada la revisión del **Protocolo de Investigación** titulado: **Plan de cuidados de enfermería estandarizado en Pacientes Postoperados De Histerectomía Abdominal**, la Comisión de Ética en la Investigación, Investigación y Bioseguridad determinó lo siguiente al tenor de las observaciones abajo expresadas:

I	**Aprobado**	X
II	**Pendiente de aprobación**	
	A. Requiere de modificaciones menores	
	B. Requiere de modificaciones mayores	
	C. Condicionado o en proceso de valoración	
III	**No aprobado**	

Observaciones del Comité De Investigación

Criterios para evaluar	Peso Aplicado (%)	Puntuación /Peso	Valor De Decisión en Porcentaje	92
Título y Presentación General	5	5	Dictamen	Aprobado
Introducción	5	5		
Planteamiento del problema	10	8		
Hipótesis	5	NA		
Objetivos	5	5	81% - 100% = Aprobado	
Justificación	5	5	61% - 80% = Pendiente de Aprobación con Modificaciones Menores	
Marco Teórico o Revisión de la Literatura	5	5	41% - 60% = Pendiente de Aprobación con Modificaciones Mayores	
Metodología o Materiales y Métodos	30	28	21% - 40% = Condicionado o En Proceso de Valoración	
Viabilidad del proyecto (Recursos y cronograma)	5	5	0% - 20% = No Aprobado	
Resultados Esperados	5	5		
Impacto y Trascendencia	5	3		

#HumanistaPorSiempre

Lenin García Ramírez

Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado en Pacientes Postoperadas de Histerectomía Abdominal.docx

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::3117:529520287

Fecha de entrega
18 nov 2025, 10:29 a.m. GMT-6

Fecha de descarga
18 nov 2025, 10:36 a.m. GMT-6

Nombre del archivo
Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado en Pacientes Postoperadas de Histerectomía Ab....docx

Tamaño del archivo
2.0 MB

63 páginas

12.000 palabras

73.882 caracteres

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Especialidad en Enfermería Quirúrgica	
Título del trabajo	Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado en Pacientes Postoperadas de Histerectomía Abdominal	
	Nombre	**Correo electrónico**
Autor/es	L.E. Lenin García Ramírez	1431347D@umich.mx
Director	Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga	maria.lozano@umich.mx
Codirector	Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz	madejesus.ruiz@umich.mx
Coordinador del programa	Dr. José Luis Cira Huape	jose.cira@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	**Uso (sí/no)**	**Descripción**
Asistencia en la redacción	Sí	Corrección de errores ortográficos

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	**Uso (sí/no)**	**Descripción**
Traducción al español	No	
Traducción a otra lengua	Sí	
Revisión y corrección de estilo	Sí	Revisión de sintaxis
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	No	
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro		

Datos del solicitante	
Nombre y firma	L.E. Lenin García Ramírez
Lugar y fecha	12 de noviembre de 2025