

ESTUDIO DE CASO

Estudio de caso de persona sometida a colpectomía por cistocele con enfoque en el proceso de atención de enfermería

Case study of a person undergoing colpectomy for cystocele with focus on the Nursing Care Process

María José García-Torres¹, Ashanty Rivero-Cauich¹, Nadely Patricia Ramírez-Ojeda¹, Arlene Lilian Moguel-Palma¹

RESUMEN

Introducción: El prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) involucra la protrusión de la uretra y/o vejiga urinaria a través de la pared vaginal anterior. **Objetivo:** Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el período perioperatorio en una persona sometida a colpectomía secundaria a prolapso de órganos pélvicos con base en las Taxonomías NANDA-I, NOC, NIC. **Metodología:** Estudio de caso observacional, descriptivo y retrospectivo con enfoque en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en una mujer sometida a una cirugía de colpectomía reconstructiva por cistocele escala Baden IV de aproximadamente 4 años de evolución, en un hospital público de segundo nivel de atención en Mérida, Yucatán, México. **Resultados:** Durante el período perioperatorio, con el uso de las taxonomías enfermeras NANDA-I, NOC y NIC, fue la satisfacción de las necesidades fisiológicas, emocionales, psicológicas y espirituales, de una manera holística, logrando ofrecer a la persona cuidados de calidad, realizando intervenciones basadas en estas necesidades y en una metodología de trabajo guiada por la ciencia y la evidencia. **Discusión:** La literatura existente respecto a la colpectomía es limitada, lo que resalta la importancia de la documentación y divulgación de estos casos. **Conclusiones:** El procedimiento quirúrgico fue efectivo en el tratamiento del prolapso de órgano pélvico. Las intervenciones de la enfermera quirúrgica en el perioperatorio deben ser oportunas y eficaces ya que juega un papel importante en el manejo integral para lograr la recuperación exitosa de los pacientes quirúrgicos.

Palabras clave: Prolapso de órgano pélvico; Trastornos del suelo pélvico; Cistocele; Enfermería Perioperatoria; Proceso de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Prolapse of the anterior vaginal wall (cystocele) involves the protrusion of the urethra and/or urinary bladder through the anterior vaginal wall. **Objective:** Explain the case of a patient undergoing reconstructive colpectomy focused on the Nursing Care Process, during the perioperative period. **Materials and method:** Observational, descriptive and retrospective case study with a focus on the Nursing Care Process in a woman undergoing reconstructive colpectomy surgery for Baden IV cystocele of approximately 4 years of evolution, in a second level of care public hospital in Mérida, Yucatán, Mexico. **Results:** During the perioperative period, with the use of the NANDA-I, NOC and NIC nursing taxonomies, it is possible to satisfy the physiological, emotional, psychological and spiritual needs, in a holistic way, managing to offer the patient quality care, performing interventions based on these needs and on a work methodology guided by science and evidence. **Discussion:** The existing literature regarding colpectomy is limited, which highlights the importance of documentation and dissemination of these cases. **Conclusions:** The surgical procedure is effective in the treatment of pelvic organ prolapse. The interventions of the surgical nurse in the perioperative period must be timely and effective since it plays an important role in the comprehensive management to achieve the successful recovery of surgical patients.

Keywords: Pelvic organ prolapse; Pelvic floor disorders; Cystocele; Perioperative Nursing; Nursing Process.

¹Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería. Yucatán, México.

Recibido: 28 de junio de 2024
Aceptado: 27 de septiembre de 2024
Publicado: 15 de julio de 2025

Correspondencia para la autora: María José García Torres. Calle 90 S/N x 59 y 59 A. Centro. C.P. 97000. Mérida, Yucatán, México. majoxgarcia@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) es definido como la pérdida de soporte de los compartimientos de la vagina, que hace que sobresalgan órganos pélvicos (vejiga, recto, intestino delgado, sigmoides, colon, útero o cuello uterino) en o por fuera de la vagina. (1) Este desplazamiento es consecuencia del fallo de las estructuras de soporte que conforman el Suelo Pélvico (SP), pudiendo alcanzar diferentes grados. (2,3)

De manera específica, el prolapso de la pared vaginal anterior, también conocido como cistocele, involucra la protrusión de la uretra y/o vejiga urinaria a través de la pared vaginal anterior. (1,2,3)

El único síntoma específico para el cistocele es la sensación de cuerpo extraño a nivel vaginal, siendo independiente a la gravedad del prolapso. En estadios iniciales suele ser asintomático, siendo un hallazgo casual en la exploración ginecológica. (2,3)

Otros síntomas asociados son: distensión, pesadez pélvica, lumbalgia, disfunción sexual, urgencia miccional, aumento de la frecuencia miccional diurna (polaquiuria), nocturia, sensación de dificultad miccional y de vaciado incompleto, incontinencia urinaria de urgencia y/o de esfuerzo. (1,2,3)

Existen diversos factores de riesgo relacionados con las disfunciones del SP y el POP: la raza (hispanas con el riesgo más alto), variaciones anatómicas (desinervación, debilidad del SP, patologías del tejido conectivo y colágeno), cirugía pélvica radical, radioterapia, embarazo y parto vaginal, obesidad (IMC por encima de 25), déficit

estrogénico (menopausia), tos crónica, ejercicio físico intenso, envejecimiento, entre otras; siendo los factores de riesgo mayormente asociados al POP la paridad y el antecedente de histerectomía vaginal. (1,2,3)

La escala de Baden es una de las clasificaciones más utilizadas en la práctica clínica habitual, divide el prolapso en cuatro grados y toma como punto de referencia el himen, siendo el Grado IV el prolapso total del compartimento. (2)

La cirugía está indicada cuando el POP es sintomático y afecta la calidad de vida, suele corresponder a un estadio II o superior, con presencia de bulto en genitales externos. La técnica quirúrgica reconstructiva tiene la misión de conseguir el mejor resultado anatómico y funcional, siendo la vía de abordaje vaginal, abdominal abierta o laparoscópica. (1, 2)

El POP es común en mujeres entre los 20 y 60 años, con una incidencia cercana al 30%. El riesgo a lo largo de la vida de que una mujer sea operada por POP es de 11%, y aproximadamente un tercio requiere reintervención quirúrgica. Por otro lado, la prevalencia de la incontinencia urinaria parece aumentar gradualmente durante la vida adulta joven, tiene un pico amplio a la mediana edad y aumenta de manera constante en las personas de edad avanzada. (3,4)

En cuanto a la incidencia nacional de colpoplastías y colpectomías realizadas, en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” hasta el tercer

trimestre del 2023, se tiene registro de 105 colpoplastías versus una colpectomía, del total de 1,833 cirugías ginecológicas mayores. (5)

El objetivo del presente estudio es explicar el caso de una persona sometida a colpectomía secundaria a prolapso de órganos pélvicos enfocado, en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), durante el período perioperatorio.

Los profesionales enfermeros se enfrentan a situaciones clínicas donde la interpretación de los datos del paciente es compleja, diversa y es dirigida por el propio contexto de la asistencia. (6)

Para proporcionar cuidados integrales individualizados, el Proceso de Atención Enfermería (PAE) es el método sistemático, organizado, basado en reglas y principios científicos, centrados en la identificación de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales a partir de las cuales, se desarrolla un plan de cuidados. (6,7)

Además de proporcionar una base sólida fundamentada en la evidencia científica, unificar la terminología empleada por profesionales y proporcionar un ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería, el PAE eleva la calidad de la atención de enfermería y de los cuidados que se proporcionan. (6,7)

Los diagnósticos desarrollados por NANDA Internacional (NANDA-I), describen las necesidades reales y potenciales (existe el riesgo de desarrollo), así como las necesidades de promoción de la salud. Los elementos de un diagnóstico NANDA-I

enfocado en el problema son la etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y los factores relacionados (causales o asociados). Los elementos de un diagnóstico de riesgo, según establecen las directrices de NANDA-I, son la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados. Los elementos de un diagnóstico de promoción de la salud son la etiqueta, la definición y las características definitorias. Una excepción es la disposición para mejorar la resiliencia, que también incluye los factores relacionados. (7)

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), es una clasificación estandarizada y exhaustiva de los resultados de la persona que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería y que fue publicada por primera vez en 1997. Los resultados del paciente sirven como criterio para valorar el nivel de éxito de una intervención de enfermería. (7)

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), está centrada en las intervenciones de enfermería, es decir, en la conducta enfermera y las acciones de los profesionales que ayudan al paciente a progresar hacia la consecución de un resultado deseado, a diferencia del diagnóstico de enfermería y los resultados, en los que la atención se concentra en el paciente. Esta clasificación fue publicada por primera vez en 1992. (7)

La implementación conjunta de los lenguajes estandarizados reconocidos por la American Nurses Association (ANA), ha aumentado la capacidad práctica y la eficacia

en el tratamiento de los datos de enfermería. Estos vínculos favorecen el pensamiento crítico y las habilidades de razonamiento que necesitan los profesionales enfermeros para atender a los pacientes, pero no sólo proporciona un lenguaje común para su posterior utilización en la práctica clínica

disminuyendo así la variabilidad, sino que también aumenta la capacidad de investigación de la enfermería, mejora la organización del trabajo y nos ayuda a gestionar mejor los cuidados, proporcionando mayor calidad a los mismos. (6)

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio de caso observacional, descriptivo y retrospectivo en una persona del servicio de ginecología en un hospital de segundo nivel de atención en la Ciudad de Mérida, Yucatán, México. Dicha persona fue sometida a una cirugía de colpectomía con diagnóstico de cistocele y durante el período perioperatorio (preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio), se le brindaron cuidados de enfermería integrales con base en el PAE y el uso de las taxonomías enfermeras NANDA-I, NOC y NIC.

VALORACIÓN

La valoración prequirúrgica se realizó con base en los dominios de la taxonomía NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermería: Definiciones y clasificación 2024 – 2026, 13ª edición. Esta se utilizó para la elaboración de los diagnósticos de enfermería durante el perioperatorio. (8)

La Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Classification – NOC 2024) 7ª ed. y Clasificación de intervenciones en enfermería (Nursing Interventions Classification – NIC 2024) 8ª edición, fueron empleadas durante la etapa de planeación y ejecución. (9,10)

Los datos se obtuvieron mediante el uso de fuentes primarias y secundarias, a través de un interrogatorio dirigido a la persona durante el preoperatorio y postoperatorio, así como de manera indirecta a través de los documentos contenidos en el expediente clínico y entrevista dirigida al equipo médico que dio atención al caso de la persona.

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, art. 17, párrafo I, el presente estudio se clasifica como una “Investigación sin riesgo” al emplear técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no realizar ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de la persona que participó en el estudio. (11)

Se obtiene el consentimiento verbal de la persona para utilizar los datos que deriven de su caso durante el perioperatorio para realizar una publicación con fines académicos, en donde cualquier dato de identificación personal permanecerá confidencial, a lo cual accede. Se informa a la paciente que la información recabada será

utilizada únicamente para la elaboración del presente estudio, pudiendo retirar este consentimiento en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Persona mujer de 56 años es referida desde la consulta externa al servicio de ginecología y obstetricia para iniciar manejo quirúrgico del diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal.

Padecimiento actual: cistocele de aproximadamente 4 años de evolución, con sensación de cuerpo extraño en vagina con protrusión de la misma. La lesión evoluciona y aumenta de tamaño, lo que dificulta la micción voluntaria, haciendo énfasis en la pérdida involuntaria de orina durante el esfuerzo, actividad física y el estornudo, por lo que acude a consulta.

A la valoración preoperatoria por servicio de medicina interna con fecha 11-11-2023 se reporta:

Riesgo quirúrgico: Sociedad Americana de Anestesiología ASA I (Paciente sano, sin enfermedad orgánica, bioquímica o psiquiátrica), Riesgo cardiovascular Goldman I (riesgo bajo $\leq 1\%$ para evento cardiovascular en los 30 días posteriores al evento quirúrgico) y Caprini 4 puntos (riesgo intermedio de trombosis 0.7%).

Con los siguientes antecedentes de importancia:

Datos demográficos: Originaria y residente de la ciudad de Mérida, Yucatán. Estado civil: viuda. Escolaridad: primaria incompleta. Ocupación: ama de casa. Religión: católica. Casa propia de materiales perdurables,

cuenta con los servicios de luz, recolección de basura y agua potable.

Antecedentes heredofamiliares: madre diabética e hipertensa.

Antecedentes personales patológicos: niega crónico degenerativos, alergias, toxicomanías y traumáticos. Cuenta con esquema de vacunación completo.

Antecedentes gineco obstétricos: menarca a los 13 años, ciclos irregulares, inicio de vida sexual activa a los 19 años, 1 pareja sexual, niega enfermedades de transmisión sexual. Citología cervical: un año negativo a malignidad referido por la paciente (no se cuenta con estudio). Gesta 2, parto 1, cesárea 1, abortos 0.

Gesta 1: hace 37 años, parto eutócico de término, peso 3500gr.

Gesta 2: hace 35 años, parto quirúrgico por vía abdominopélvica, peso 3200gr.

Histerectomía hace 17 años por sangrados uterinos anormales secundarios a miomatosis uterina.

Antecedentes quirúrgicos: cesárea hace 35 años, histerectomía hace 17 años por miomatosis uterina. Transfusionales negados.

Laboratorios: con fecha de 09-10-2023: hemoglobina 12,9 g/dL, hematocrito 41,7%, plaquetas $381 \times 10^3 \text{ mm}^3$, leucocitos $8,68 \times 10^3 \text{ mm}^3$, glucosa 89 mg/dL, tiempo de protombina 11,2 seg, tiempo parcial de tromboplastina 30,4 seg. Hemotipo O positivo.

Electrocardiograma: ritmo sinusal, frecuencia cardíaca 71 latido por minuto, onda PR: 148ms, eje QRS 4, sin datos de isquemia, lesión o bloqueo.

Teleradiografía de tórax: silueta cardíaca con cardiomegalia I, refuerzo de la trama parahiliar, sin calcificación aórtica.

Examen general de orina con parámetros dentro de la normalidad.

Diagnóstico médico: prolapso de cúpula vaginal secundario a histerectomía/obesidad grado I

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PERÍODO PRE OPERATORIO

Se recibe a la persona en el área de cuidados prequirúrgicos, en donde se realiza la transferencia del cuidado. El personal de enfermería del piso de ginecología hace la presentación de la persona y se entrega el expediente clínico y ficha de identificación.

Se realiza la presentación con la persona y se corrobora que los datos del expediente, tarjeta de cabecera, brazalete de identificación y etiqueta quirúrgica en brazo izquierdo coincidan con la identidad que ella nos proporciona, tomando especial atención al nombre completo, fecha de nacimiento y número de seguridad social, cumpliendo con la normatividad vigente “Acciones esenciales para la seguridad del paciente”. (12)

Se cuantifican signos vitales obteniendo una presión arterial de 130/87 mmHg. frecuencia cardíaca de 82 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura corporal de 36.2° centígrados y una saturación de oxígeno de 96%.

Se procede a dar una lectura al expediente, se busca las primeras valoraciones hasta el establecimiento del

diagnóstico médico, la hoja de programación quirúrgica, los laboratorios más recientes, la valoración preoperatoria por el servicio de medicina interna, así como el consentimiento informado de procedimientos quirúrgicos y para la transfusión de hemoderivados los cuales, se encontraron de manera ordenada y con fechas vigentes dentro del rango establecido por la normatividad. (12)

Se realiza la valoración de enfermería la cual comienza con un interrogatorio orientado al procedimiento quirúrgico al cual será sometida. Se indaga sobre antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos y gineco obstétricos, existiendo congruencia entre lo plasmado en el expediente clínico y lo expresado verbalmente por la persona.

Se cuestionan procedimientos anestésicos previos, grupo sanguíneo, ayuno, alergias a medicamentos, alimentos y/o sustancias. La persona refiere los procedimientos anestésicos de su cesárea previa e histerectomía. Refiere estar en ayuno desde hace 12 horas. Niega alergias.

Se interroga a la persona por una alteración en su función sexual secundaria al POP percibe, la cual niega explicando que es viuda. Se realiza una exploración física general en la cual se observa la adecuada vestimenta y adecuada coloración e hidratación de tegumentos.

Durante la valoración de enfermería se detectan alteraciones en los siguientes dominios:

Dominio 3. Eliminación intercambio. Se pide autorización para valorar la presencia y

características actuales del prolapso fuera del canal vaginal a lo cual accede, sin encontrar alteraciones en la mucosa. Por último, se interroga a la persona sobre las molestias actuales de la incontinencia mixta, confirmado tenesmo vesical y escapes de orina involuntarios al realizar esfuerzos o ciertas acciones como reír y estornudar.

Dominio 9. Afrontamiento / Tolerancia al estrés. La persona expresa ansiedad y temor ante la intervención quirúrgica, haciendo hincapié en el listado de riesgos y posibles complicaciones plasmadas en el consentimiento informado. La expresión verbal de ansiedad y temor se acompañan de manifestaciones en el lenguaje no verbal como expresión de angustia, inseguridad, contacto visual reducido y voz temblorosa, así como los problemas que expresa para conciliar el sueño y lograr un descanso óptimo ocasionado por la ansiedad al procedimiento quirúrgico.

PERÍODO TRANS OPERATORIO

Ingresa persona a sala quirúrgica lunes 4 de diciembre de 2023 a las 16:08 h, recibido por el personal de enfermería, a quien se hace entrega del expediente clínico y papelería para revisión e identificación correcta de la persona. Se coloca en posición decúbito supino en la mesa operatoria. La enfermera circulante verifica la viabilidad, integridad e higiene del catéter periférico corto #18 instalado en vena mediana del codo del brazo izquierdo. El equipo de anestesiología realiza monitoreo no invasivo de las constantes vitales PANI, ECG y PO2 e inicia bloqueo mixto en L3-L2 (bloqueo

subaracnoideo y bloqueo peridural) y sedación, empleando bupivacaína hiperbárica 12.5 mg (SA), lidocaína con epinefrina 100mg (PD), midazolam 2 mg Intravenoso y fentanilo 50 mcg Intravenoso. Inicia apoyo ventilatorio con oxígeno suplementaria en puntas nasales 3 L/min y se administra como base solución Hartmann de 1000 ml.

Entre las actividades realizadas por el especialista en enfermería quirúrgica en esta etapa se encuentran:

- Verificación de la existencia del instrumental quirúrgico y material consumible que se requieren durante el procedimiento, así como de su integridad y esterilidad.
- Corroborar el funcionamiento adecuado del equipo electromédico
- Realizar lavado de manos quirúrgico, vestido y calzado de guantes con técnica cerrada.
- Realizar vestido y calzado de guantes del equipo quirúrgico.
- Delimitación y cierre del circuito estéril.
- Realizar time out, corroborando paciente correcto, sitio quirúrgico y procedimiento correcto.
- Conteo de material textil e instrumental para garantizar cirugía segura.

Dando posición de litotomía a la persona se realiza antisepsia abdominopélvica, perivulvar e intravaginal, se delimita el área operatoria e inicia cirugía a las 16:30 h. Se describen los pasos críticos de la cirugía y el proceso de instrumentación

por parte del especialista en enfermería quirúrgica:

- Separación de los labios mayores con sutura seda 1 con aguja T-10 roma de ½ círculo.
- Instalación de sonda Foley 16Fr y vaciamiento de la vejiga.
- Identificación tracción del cérvix para exponer el orificio cervical externo con pinzas Allis.
- Inicia colpectomía con incisión en forma longitudinal media del cistocele con Mango de Bisturí Bard-Parker #4 armado con hoja de bisturí #23.
- Profundización de la incisión.
- Se procede al llenado vesical con 100cc de fórmula láctea estéril como colorante. La literatura menciona que debe usarse azul de metileno u otro colorante bacteriológico, sin embargo, no se contaba con dicho insumo.
- El epitelio vaginal se disecciona completamente de la capa muscular vaginal subyacente de manera digital.
- Hemostasia de los vasos sangrantes con electrodo monopolar.
- Identificación de los ligamentos vesicouterino y exposición de los uréteres con pinzas Allis.
- Continúa disección digital separando la fascia pubovesicocervical a ambos lados de la línea media, hasta que las ramas inferiores del pubis aparecieran libres de tejido areolar.
- Se liga la cúpula vaginal a músculo íleo cóxigeo con sutura de ácido poliglicólico (Vicryl) 1 con aguja T-10 roma ½ círculo.
- Se liga la cúpula vaginal al remanente del ligamento cardinal con sutura de ácido

poliglicólico (Vicryl) 1 con aguja T-10 roma ½ círculo.

- Disección de la piel vaginal excedente con Mango de Bisturí Bard-Parker #4 armado con hoja de bisturí #23 y electrodo monopolar.
- Se realiza cuenta de material textil y punzocortantes: 12 compresas, 60 gasas con trama, 1 hoja de bisturí #23, 6 agujas. Cuenta completa. Se notifica el equipo quirúrgico.
- Termina colpectomía e inicia la reconstrucción vaginal con sutura de ácido poliglicólico (Vicryl) 1 con aguja T-10 roma ½ círculo.
- Revisión de suturas y comprobación de la hemostasia.
- Colocación de punto de seguridad en la vagina reconstruida.
- Aseo de la región intravaginal y perivulvar.
- Colocación de tapón vaginal elaborado con 3 gasas sin trama impregnadas con cloranfenicol ungüento 3,5 mg.
- Colocación de sondaje vesical 16Fr y bolsa recolectora de orina.

Durante el procedimiento se administran medicamentos coadyuvantes: paracetamol 1gr Intravenoso y ondasetrón 8mg Intravenoso y un total de 1500cc de sol. Hartmann. Se cuantifica sangrado de 1,100cc y diuresis de 220cc.

Al término de la cirugía a las 19:15 h, se coloca a la persona en posición decúbito supino y se dan los cuidados post anestésicos hasta su traslado al área de recuperación bajo efectos residuales de la anestesia a las 19:45 h.

El Dominio 11. Seguridad / Protección, es el dominio de la NANDA-I que resulta principalmente afectado durante el transoperatorio, debido a que la persona se encuentra totalmente dependiente de los cuidados de enfermería para la prevención de lesiones posturales perioperatorias, hemorragia e infección del sitio quirúrgico.

PERÍODO POST OPERATORIO

La valoración de enfermería se realiza durante el periodo post operatorio inmediato de la persona en el área de recuperación. Escala de Ramsay 3 (dormida con respuesta a órdenes). Requiere apoyo de oxígeno suplementario por puntas nasales sin compromiso respiratorio o hemodinámico aparente.

Se observa palidez de tegumentos, con catéter periférico permeable, herida quirúrgica con datos de sangrado mínimo. Se encuentran datos de hematuria en sondaje vesical. Se realiza monitorización de signos vitales obteniendo las siguientes cifras: T/A 125/78 mmHg, SPO2 98%, Fc 80 lpm, Fr 16 rpm. Se encuentra con manejo analgésico y

antibiótico. Se encuentra en vigilancia de hematuria y sangrado transvaginal. Valoración del dolor con escala EVA reportando 8/10.

A las 24 horas de la intervención quirúrgica se encuentra a la persona orientada, con deambulaci3n asistida, ligera palidez de tegumentos, con catéter periférico permeable, sin datos de infecci3n, uresis clara sin datos de hematuria macroscópica, refiere datos de sangrado transvaginal leve, así como canalizaci3n de gases. Se realiza monitorizaci3n de signos vitales resultando las siguientes cifras: T/A 128/78 mmHg, EVA 6/10 a la movilizaci3n, SPO2 96%, Fc 78 lpm, Fr 16 rpm. Continúa con manejo antibiótico y analgésico.

Durante el post operatorio, continúa la afectaci3n del Dominio 11. Seguridad / Protección, al presentarse riesgo de hemorragia postoperatoria y riesgo de infecci3n del sitio quirúrgico. También existe afectaci3n del Dominio 12. Comodidad física, como lo demuestra la valoraci3n del dolor con el uso de la escala EVA.

DIAGNÓSTICO, PLANEACI3N Y EJECUCI3N

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL PERIOPERATORIO

Con los datos significativos obtenidos durante las valoraciones realizadas en el proceso perioperatorio, se establece la

la jerarquizaci3n de los dominios afectados para desarrollar el Plan de Cuidados, la cual se plasma en la figura 1.

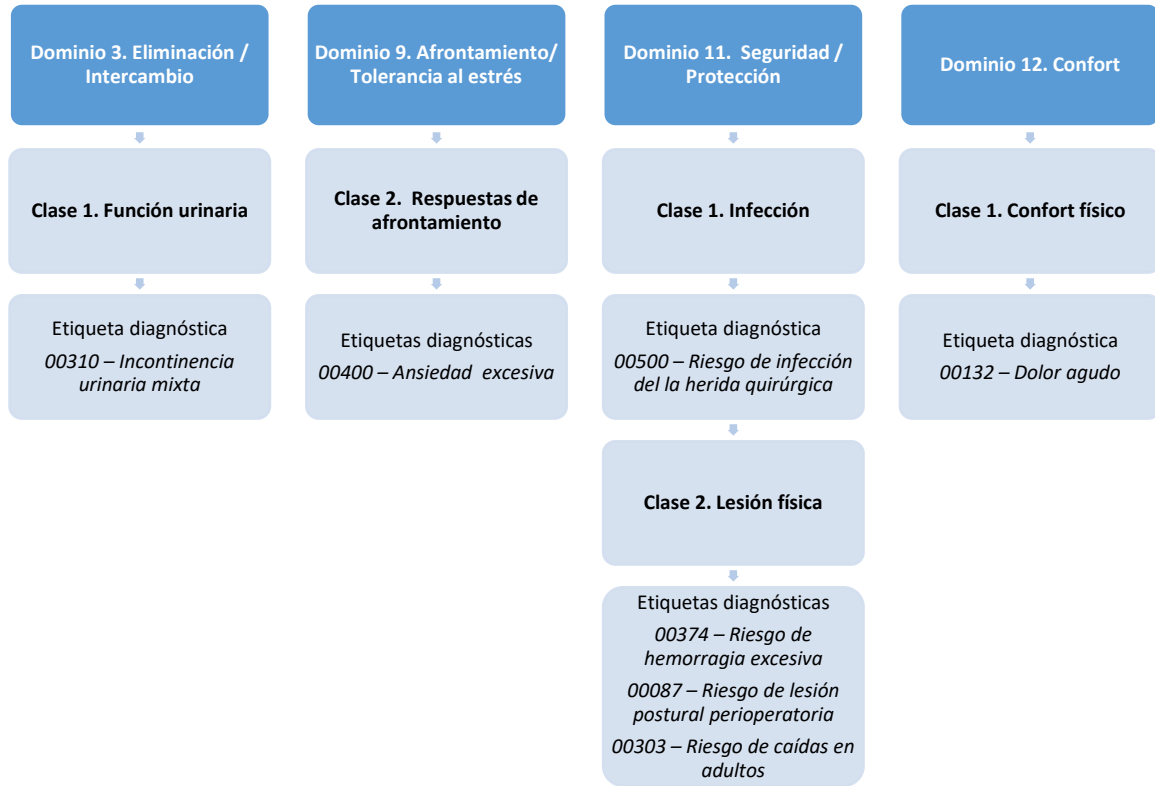


Figura 1. Dominios afectados según la NANDA-I

Fuente: Elaboración propia con base en Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2024-2026. 13ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2025.

De esta forma, es posible diseñar los Planes de Cuidados de Enfermería (tabla 1,2,3) orientados a la satisfacción de las necesidades de la persona de una manera

holística, al considerar los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales y emocionales que resultaron afectados por el procedimiento quirúrgico al cual se somete.

Tabla 1. Plan de cuidados de enfermería preoperatorio

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO	INTERVENCIONES
00310 - Incontinencia urinaria mixta r/c prolapso de órganos pélvicos evidenciado por vaciado incompleto de la vejiga, pérdida de orina al toser, estornudar, con el esfuerzo físico y urgencia urinaria.	0502 Continencia urinaria	- 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria - 0640 Micción estimulada
00400 - Ansiedad excesiva r/c situación desconocida evidenciado por expresión de angustia, inseguridad, insomnio, contacto y voz temblorosa.	1211 Nivel de ansiedad	- 5820 Disminución de la ansiedad - 5270 Apoyo emocional - 4920 Escucha activa - 5230 Mejora del afrontamiento - 5340 Presencia

Fuente: Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2024-2026. 13ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2025
Moorhead S, Swanson E., Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª ed. España: Elsevier Mosby; 2024.
Wagner CM, Howard B., Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª ed. España: Elsevier; 2024.

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería transoperatorio

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO	INTERVENCIONES
00087 - Riesgo de lesión postural perioperatoria r/c procedimiento quirúrgico ≥ 3 horas.	1902 Control del riesgo	- 3540 Prevención de las lesiones por presión - 0842 Cambio de posición: Intraoperatorio
00374 - Riesgo de hemorragia excesiva r/c régimen terapéutico	0413 Severidad de la pérdida de sangre	- 4010 Prevención de hemorragias - 4120 Manejo de líquidos - 2900 Asistencia quirúrgica
00500 - Riesgo de infección de la herida quirúrgica r/c procedimiento invasivo (cirugía)	1902 Control del riesgo	- 6545 Control de infecciones: intraoperatorio - 2910 Manejo de la instrumentación quirúrgica

Fuente: Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2024-2026. 13ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2025
Moorhead S, Swanson E., Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª ed. España: Elsevier Mosby; 2024.
Wagner CM, Howard B., Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª ed. España: Elsevier; 2024.

Tabla 3. Plan de cuidados de enfermería posoperatorio

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO	INTERVENCIONES
00132 - Dolor agudo r/c lesiones por agentes físicos evidenciado por EVA 8/10 y expresión facial del dolor.	2102 Nivel del dolor	- 2300 Administración de medicación - 0840 Cambio de posición - 6480 Manejo ambiental
00303 - Riesgo de caídas en adultos r/c disminución de la fuerza de las extremidades	1939 Control del riesgo: caídas	- 0740 Cuidados del paciente encamado - 6610 Identificación de riesgos

inferiores y personas en el postoperatorio temprano		-	6490 Prevención de caídas
00500 - Riesgo de infección de la herida quirúrgica r/c persona expuesta al incremento de patógenos en el ambiente.	2305 Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato	-	6540 Control de infecciones - 3660 Cuidados de las heridas - 3590 Vigilancia de la piel

Fuente: Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2024-2026. 13ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2025
Moorhead S, Swanson E., Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª ed. España: Elsevier Mosby; 2024.
Wagner CM, Howard B., Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª ed. España: Elsevier; 2024.

EVALUACIÓN

Durante el período perioperatorio, con el uso de las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC, es posible la satisfacción de las necesidades fisiológicas, emocionales, psicológicas y espirituales, de una manera holística, logrando ofrecer a la persona cuidados de calidad, realizando intervenciones basadas en estas necesidades y en una metodología de trabajo guiada por la ciencia y la evidencia.

Las intervenciones enfermeras durante la fase preoperatoria fueron oportunas. Se logró contribuir al bienestar emocional de la persona al validar la ansiedad y el temor expresados de manera verbal, a través de la escucha activa, con actividades como: mostrar un lenguaje no verbal de seguridad mientras se escuchan las inquietudes de la persona, evitar interrumpir a la paciente mientras explica sus temores, parafrasear de manera resumida las inquietudes expresadas y haciendo preguntas. Posteriormente, se explican todas las acciones esenciales de seguridad que se llevarían a cabo durante su procedimiento quirúrgico, lo que

disminuye los niveles de ansiedad de la persona.

En cuanto al temor que expresa sobre las posibles complicaciones que se enlistan en el consentimiento informado de procedimiento quirúrgico, se explica a la persona que se trata de riesgos potenciales, por lo que no siempre se presentan durante el trans y postoperatorio, y que se hace de su conocimiento de manera que se pueda tener un mejor seguimiento de signos y síntomas de importancia en el post operatorio. De esta forma, la persona comprendió que se trataba de información que la ayudaría a tomar un rol activo en el mantenimiento de su salud en el proceso de recuperación, donde la vigilancia de signos y síntomas es de vital importancia en post operatorio y hasta la visita de control.

En cuanto a los cuidados transoperatorios, se presta especial atención al riesgo de lesión postural perioperatoria, ayudando a colocar de manera adecuada a la persona en la cama quirúrgica, vigilando el correcto acomodo

de las prominencias óseas y la adecuada mecánica corporal de la persona. Se realizan las intervenciones para la prevención de las infecciones del sitio quirúrgico, como una vigilancia de la correcta antisepsia y asepsia del sitio quirúrgico, la adecuada higiene de manos, vestido de mesa y equipo quirúrgico, respetando en todo momento la técnica estéril, así como durante toda la intervención quirúrgica. El procedimiento quirúrgico que se efectuó fue congruente con la bibliografía, por lo que se tenía preparado el instrumental, los materiales consumibles, textiles y las suturas correspondientes, lo que ayudó a disminuir el tiempo quirúrgico y el riesgo de hemorragia. Las intervenciones implementadas para disminuir el riesgo de sangrado fueron satisfactorias, ya que se llevó un conteo de los textiles utilizados en todo momento y se notificó al equipo de anestesiología el sangrado aproximado durante todo el transoperatorio; de igual forma, se llevaba el control de toda solución intravenosa que se proporcionaba para administrar a la paciente durante el procedimiento, datos que también se notificaban a los médicos anestesiólogos.

Durante el postoperatorio inmediato, la atención de enfermería se dirige a la monitorizaron constante de los signos vitales y se toman datos del funcionamiento fisiológico de la persona al llegar a la sala de recuperación, a los 15

minutos, a los 30 minutos y a los 45 minutos posteriores a la última cuantificación de signos vitales. Las necesidades básicas de respiración y circulación se encuentran satisfechas, sin reportarse eventualidades en este rubro, requiriendo únicamente apoyo de oxígeno suplementario por puntas nasales.

Se realiza nuevamente la valoración por parte de enfermería, con un interrogatorio dirigido a la persona cuando se recupera de la sedoanalgesia, período en el cual, las medidas de seguridad como vigilancia, informar a la paciente sobre las medidas de seguridad, mantener el confort y mantener los barandales de la camilla en alto, se refuerzan para evitar caídas en el paciente adulto.

La persona reporta dolor, con una 6/10 en la escala EVA. Se inicia manejo terapéutico con analgesia postoperatoria, disminuyendo el dolor de manera efectiva a una puntuación de 2/10 en la misma escala.

Los signos y síntomas de la incontinencia urinaria mejoraron de manera inmediata posterior a la intervención, ya que se repara el prolapso en canal vaginal y se reconstruye esta cavidad, por lo que la persona refiere sentirse satisfecha con los resultados inmediatos de la cirugía. Se requiere el uso de sondaje vesical durante las 24 horas siguientes en el post operatorio.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para la patología de POP los datos estadísticos de mayor relevancia encontrados para la elaboración de este estudio de caso provienen de los Estados Unidos, en donde se estima que 200.000 cirugías por año son realizadas por el diagnóstico de POP. Entre un 7,5-14% de las histerectomías realizadas tiene como causa el POP. El estudio Women's Health Initiative (WHI) describe que un 41% de mujeres no histerectomizadas y el 38% de las mujeres histerectomizadas tenían algún tipo de prolapso. Sin embargo, en México y otros países, la literatura y datos estadísticos existentes respecto a la colpectomía es limitada por el bajo número de cirugías al año reportadas y el bajo número de incidencias registradas.^{5, 13}

Esta falta de información actual disponible contrasta con la naturaleza científica de la Enfermería, pues para realizar cuidados especializados en pacientes sometidos a cirugía ginecológica es consecuencia directa de conocer los aspectos más relevantes de las patologías de más alta incidencia por especialidad médico-quirúrgica, lo que nos permite ampliar el juicio clínico enfocado al cuidado.

Así, resalta la importancia de la documentación y divulgación de estos casos, de manera que se cuente con más datos respaldados por el rigor metodológico para la generación de pautas, directrices y recomendaciones que puedan guiar el cuidado enfermero de aquellas mujeres que,

a lo largo de la vida, pudieran ser operadas por POP. (3,4)

Con base en los hallazgos de este estudio, podemos concluir que aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el período perioperatorio en una paciente sometida a colpectomía secundaria a prolapso de órganos pélvicos con base a la Taxonomía NANDA, NIC y NOC, dirige las intervenciones de la enfermera quirúrgica para ser oportunas y eficaces, al jugar un papel importante en el manejo integral y holístico en la recuperación exitosa de los pacientes quirúrgicos.

En cuanto a la percepción de la satisfacción quirúrgica la persona se encontró satisfecha desde el punto de vista del prolapso. Independientemente del tiempo transcurrido desde la cirugía, y si bien no existe una validación clínica en la población nacional debido a la baja incidencia de esta metodología, la percepción subjetiva del resultado es el parámetro clínico más importante en este tipo de cirugía. (5, 14)

Este estudio, confirma que el profesional en Enfermería con conocimientos especializados en el área quirúrgica es un miembro esencial del equipo quirúrgico, ya que sus responsabilidades y actividades repercuten en los pacientes, pero también en las actividades de otros miembros del equipo (13), siendo un recurso humano de vital importancia para lograr una atención

holística de calidad a las necesidades durante el acto quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Hurt J. Ginecología y obstetricia de bolsillo. 2da ed. Philadelphia EE. UU. Wolters Kluwer. 2020.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. Prog Obstet Ginecol. [Internet]. 2020; 63(1):54-59. [consultado 2024 Mar 25] Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf DOI: 10.20960/j.pog.00262
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Prolapso de la Pared Vaginal Anterior (Cistocele) e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo [Internet] México. 2010; [consultado 2024 Mar 25] Disponible en: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/263GRR.pdf>
4. Vega R. et al. Manejo de prolapso de órganos pélvicos con colposacropexia laparoscópica: reporte de caso. Rev Mex Urol. [Internet] 2015; 75(4):236-239 [consultado 2024 Mar 16] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-pdf-S2007408515000464> DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.uromx.2015.02.002>
5. Gobierno de México. Tablas de cirugías realizadas en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes [Internet] Ciudad de México. 2017; [consultado 2024 May 05]. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/cirugias-practicadas>
6. Editorial Elsevier [Internet]. España: Elsevier; 2022. [consultado 2024 Jun 10] Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>
7. Solarte A, Tovar S, Vásquez A. Cuidado de Enfermería según Virginia Henderson en gestantes atendidas durante el parto hospital Turbo, Antioquia. [Tesis del Programa en Enfermería] Fundación Universitaria Del Área Andina. Facultad De Ciencias de la Salud. Antioquía, Coloimbia. 2023. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/5897/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Herdman H. Kamitsuru S. Takáo C. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermería: Definiciones y clasificación 2024 - 2026. 13ª Ed. Editorial Elsevier; 2025
9. Moorhead S, Swanson E., Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª ed. España: Elsevier Mosby; 2024.
10. Wagner CM, Howard B., Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª ed. España: Elsevier; 2024.
11. Cámara de diputados del H. congreso de la unión. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. [Internet] México. 2014. [consultado 2023 Mar 17] Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
12. Secretaría de Salud. Consejo de Salubridad General Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. [Internet] México; 2023. [consultado 2023 Mar 19] Disponible en: http://csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESPCSG-DGCES16junio2023.pdf
13. Ciku M. The importance of the perioperative nurse. Community Eye Health. 2020 [Internet] December 2020. [consultado 2024 Jun 22] 33(110):44-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8115701/>
14. De Petris V. Laiz R. Castro L. Francisco. Técnicas obliterativas en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital femenino. Experiencia en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 [consultado 2023 Mar 19] 82(5):480-490. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262017000500480&lng=es <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000500480>.