



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE
LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA
EN EL PACIENTE QUIRÚGICO**

AUTOR/ A: MARINA ALONSO RODRÍGUEZ

TUTOR/A: JOSÉ LUIS VIAÑA CABALLERO



RESUMEN

El trabajo que se va presentar es de tipo explicativo- descriptivo; en él se trata principalmente los factores o aspectos psicológicos del paciente que va a pasar por una intervención quirúrgica.

También se explica los cambios psicológicos que pueden sufrir el paciente quirúrgico tanto en la etapa anterior a la operación (preoperatorio) como en la posterior (postoperatorio) así como sus familiares.

Los diagnósticos de enfermería serán explicados a partir del Modelo de Virginia Hendersson y junto a ellos las intervenciones que realizaran las enfermeras al igual que los cuidados, para que el paciente se sienta apoyado y así consiga un mejor estado psicológico.

Para finalizar, el trabajo se centra en la histerectomía haciendo un plan de cuidados para una paciente que pasa por este tipo de cirugía y explicando los cambios que puede sufrir la misma tanto de forma física como psicológica y la ayuda que puede recibir por parte de la enfermería en su nuevo estado mediante diferentes intervenciones y principalmente dándoles información para que sepan que ocurre en cada momento y como o con que elementos pueden superar los diferente obstáculos a los que se deben enfrentar tras su intervención quirúrgica.

En este apartado también se hablara de cómo se puede ayudar a las pacientes con la implantación de un nuevo recurso que desde mi punto de vista podría ser beneficiosos para ellas; este consiste en crear, en la misma planta donde se recuperan las pacientes, una base de datos de las pacientes que han pasado por una histerectomía con unas características para así poder poner en contacto directo a las antiguas pacientes con las que van a ser intervenidas.

Palabras clave: paciente quirúrgico, histerectomía, intervenciones de enfermería, ansiedad.



INDICE

1. Introducción.
2. Justificación.
3. Objetivos.
4. Metodología.
5. Desarrollo de tema: el paciente quirúrgico.
 - 4.1 Factores psico-sociales.
 - 4.2. Cuidados y diagnósticos de enfermería.
 - 4.3. Intervenciones de enfermería.
6. Plan de cuidados: Paciente Histerectomizada.
 - 5.1. Histerectomía.
 - 5.2. Valoración de enfermería y Plan de cuidados.
 - 5.3. Aspectos psicológicos y fisiológicos.
 - 5.4 Etapas tras la intervención.
 - 5.5. Temores de la histerectomía.
 - 5.6. Técnicas de ayuda.
7. Conclusión.
8. Bibliografía.
9. Anexos.



1. INTRODUCCION:

Los pacientes quirúrgicos son aquellos que para tratar su enfermedad o dolencia deben de ser ingresados en el hospital para realizarles una cirugía.

La cirugía es la rama de la medicina que mediante el uso de la extirpación o corrección de órganos o aparatos que estén afectados, produce una mejoría o su curación. Podemos distinguir diferentes tipos de cirugías según diferentes criterios:

- Voluntarias e involuntarias.
- Dependiendo del objetivo de la misma:
 - Curativa.
 - Paliativa.
 - Diagnostica.
 - Reconstructiva
 - Estética.
- Por el grado de contaminación: limpia, limpia- contaminada, contaminada y sucia.
- Momento de su realización: urgente o programada.
- Según el postoperatorio: ambulante o que precise ingreso.
- Según el grado de invasión y los cuidados que va a derivar (Escala de Davis)(Tabla 1):⁽¹⁾

NIVEL 1	Anestesia local No cuidados postoperatorias.
NIVEL 2	Cuidados postquirúrgicos simples.
NIVEL 3	Cuidados postquirúrgicos + estancia en el hospital.
NIVEL 4	Cuidados postquirúrgicos en unidades especiales del hospital.

La cirugía se divide en tres etapas: preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria, denominándose al conjunto Perioperatorio.

Dependiendo del tipo de cirugía a la que se someta el paciente y en la etapa en la que se encuentre, éste sentirá una serie de temores y creará cierta ansiedad hacia la situación en la que se encuentra o se va a encontrar en un futuro.



En la etapa preoperatoria, la ansiedad puede afectar al paciente de manera fisiológica, haciendo que su recuperación en el postoperatorio sea más lenta, que tenga mayor dolor, disminución de su bienestar psicológico, disminución en el interés por sus cuidados...y de manera conductual, haciendo que los pacientes que estén más estresados, expresen más su quejas, reciban mayor medicación o se les perciba como que tienen una peor recuperación haciendo que se queden mayor tiempo en el hospital.

Durante la etapa postoperatoria y centrándonos en un área especializada ya sea REA o UVI, los pacientes pueden manifestar estados confusionales por el tratamiento con las diferentes drogas, ansiedad y estrés por todos los aparatos a los que está conectados y al no poder expresarse ni relacionarse con normalidad con sus familiares...Pudiendo desarrollar el “síndrome de cuidados intensivos” en el que su dolor puede aumentar, pueden aparecer alucinaciones, negatividad, pasividad antes los tratamientos, alteraciones en su memoria... todo esto conlleva un aumento en el tiempo de hospitalización. Es importante destacar que existen estímulos ambientales, según describe Hewitt, que pueden aumentar el grado de estrés de los pacientes hospitalizados como son: disminución de sus movimientos, carencia de ruidos normales o presencia de ruidos no identificados, aislamiento de sus seres queridos y una disminución de estímulos.

El traslado de estas unidades a la planta de hospitalización también puede ser tomado tanto como el paciente como por los familiares como algo negativo, e incluso algunos pacientes presentan estrés semanas e incluso meses después de su alta hospitalaria.⁽²⁾

Como se expone con anterioridad la ansiedad es uno de los síntomas en común de los pacientes que van a ser intervenidos en un proceso quirúrgico, la ansiedad transitoria según define la taxonomía NANDA 2003-2004 de los diagnósticos Enfermeros es:” *La sensación de malestar acompañada de una respuesta autonómica cuyo origen es desconocido, sentimiento de apresión causados por la anticipación de un peligro*”.

La ansiedad se manifiesta con síntomas en tres categorías: psicológicos, emocionales y cognoscitivos. Los síntomas varían en función del nivel de ansiedad. Spielberger diferencia entre Ansiedad como estado (transitoria que no existe al finalizar el motivo que la causa) y la Ansiedad como Rango (es una característica de la personalidad); en este tipo de casos, se da la ansiedad como estado donde el paciente puede sentirse



preocupado, nervioso, agresivo, no pueda dormir, tenso....pero al finalizar este proceso de cirugía remite.

Desde el punto de vista psicológico, podemos distinguir 3 tipos de ansiedad:

1. Ansiedad confusional:

Este tipo de ansiedad se da en el preoperatorio, y se produce por las dudas que se le crean al paciente ante la falta de información, para evitar este tipo de ansiedad o disminuirla hay que informar de la operación mínimo 1 semana y máximo 3 semanas antes de la misma.

2. Ansiedad paranoide:

Surge en el intraoperatorio por el peligro o amenaza externa hacia la integridad del paciente.

3. Ansiedad depresiva:

Se desencadena en el post-operatorio por la pérdida de objeto o de algo que es del paciente.

Para disminuirla hay que dejar que el paciente pase el duelo solo; pero hay factores que pueden aumentar este tipo de ansiedad como son la anestesia general, la postración en la cama, presencia de vírgenes, el color y olor del hospital...⁽³⁾

La existencia de ciertos temores ante la cirugía como son el no poder despertarse de la anestesia, las cicatrices que pueden quedar en su cuerpo, la falta de autonomía, la pérdida de algún órgano, el que no sean aceptados por la sociedad, el dolor ,limitación en su movilidad, pérdida de control, aislamiento, perdida de intimidad, dependencia forzosa, información deficiente....y otros temores derivados de sus creencias y su entorno social (figura 1), son también normales para estos pacientes ante la cirugía y lo desconocido; normalmente al igual que la ansiedad estos temores desaparecen una vez realizada la cirugía.

Tipo de temores	Relacionado con	Ejemplo de creencias
1. Muerte	Anestesia general	"Y si no despierto..."
2. Invalidismo	Anestesia peridural	" Si me pinchan la médula"
3. Dolor	Intervención quirúrgica	(A la herida) "si no me coge la anestesia"
4. Error quirúrgico	Intervención quirúrgica	"Si operan lo que no es"
5. Complicaciones y secuelas	Intervención quirúrgica y anestesia	"Peor el remedio que la enfermedad"
6. Quedar o ponerse "bobo"	Anestesia	"Si me ponen más de la que necesito"
7. Que le descubran otra enfermedad	Intervención quirúrgica	"Si tengo algo malo"
8. Revelar algún secreto, al no tener control consciente	Anestesia	"Si me pongo a decir lo que no debo"
9. Sensación de indefensión	Anestesia	"No me puedo defender"



(Figura 1: temores derivados de creencias y entorno)⁽⁴⁾

Existen la Escala de Hamilton (anexo 1) y la Escala de Goldberg (anexo 2), con las cuales podemos obtener información sobre el grado de ansiedad y de depresión del paciente.

Las personas a las que se les informa de su enfermedad y su posterior cirugía pueden experimentar ciertos mecanismos de defensa los cuales pueden ser desencadenantes de mayor estrés y problemáticos para su posterior recuperación; estos mecanismos son: la negación, racionalización, transferencia, proyección, manipulación, regresión, desplazamiento, conversión, sublimación, formación reactiva, represión, identificación, aislamiento y compensación. Según Seligman se pueden diferenciar 2 tipos de pacientes según su actitud ante la indefensión aprendida, el paciente puede actuar de forma pasiva; es decir; de forma sumisa donde se siente agradecido, es obediente, no hace preguntas no exige....este tipo es el que denominamos con el rol del buen paciente, mientras que el que adopta la forma activa sigue manteniendo su control, pregunta, exige ciertos servicios, se enfada.... Es al que denominamos con el rol del mal paciente.⁽¹⁾

Janis estudió la respuesta psicológica de los pacientes hacia la cirugía, y concluyó con 3 tipos de pacientes: el primer grupo eran muy temerosos, expresando excitación, ansiedad, un segundo grupo tenía un temor más moderado, donde sus preocupaciones eran reales y solicitaban información sobre su operación a los médicos y el último grupo de pacientes presentaba muy poco o ningún tipo de miedo, estaban más enfadados que preocupados. Después de comparar los resultados de la cirugía de todos ellos, concluyó que el segundo grupo era el que menos trastornos psicológicos había tenido en el postoperatorio. A partir de este estudio, la información comenzó a ser un elemento muy importante y se finalizó con la conclusión de la existencia de 3 tipos de información que se daría a los pacientes para que los resultados en el postoperatorio fueran los mejores: información sensorial, indicando lo que sienten las personas después de la operación, información de las características objetivas de lo que le será hecho durante la intervención, e información sobre cómo actuar y afrontar cuando aparezcan dolor y malestar.⁽⁴⁾



Esta información deberá expresarse a los pacientes de una manera clara, simple, sencilla y con vocabulario que el entienda; y dejando que el paciente formule cualquier duda que tenga ante lo explicado. También es importante que la persona que dé esta información lo haga de una manera abierta, que sienta empatía por el paciente, que tenga un buen tono de voz, una buena posición...

La actitud y atención del equipo multidisciplinar que va a tratar al paciente es importante para que él se sienta lo más seguro y cómodo dentro de esta nueva situación en su vida. Centrándonos en la figura de la enfermera como la persona que más tiempo va a pasar con él, la que mayor información podrá extraer a través de la observación y la que le realizará todos sus cuidados, está debe de saber que debe de darle una atención integral; apoyándose en la esfera biológica, social y psicológica.

Dentro de la esfera psicológica la enfermera debe de intentar que el paciente tenga confianza con ella, enseñarle a afrontar los problemas diarios que le puedan surgir al paciente en su nueva situación y la relación que debe tomar ante su familia y el resto de personas. También incluye el dar este tipo de apoyo a los familiares ya que estos son un punto importante para el paciente.

Por su alto contenido en cambios fisiológicos, y alteraciones psicológicas, me gustaría centrarme en la histerectomía; es un proceso por el que pasan las mujeres y en el cuál sufren bastantes alteraciones psicológicas ya que afecta a un órgano importante para la feminidad y para la sexualidad de las mismas. Estas alteraciones variaran dependiendo de la edad de la paciente, haciendo que las mujeres jóvenes sufran más por el hecho de no poder concebir hijos.

2. JUSTIFICACION:

Los aspectos psicológicos de los pacientes quirúrgicos deben de estar presentes ante la creación de una serie de cuidados por parte de la enfermería, ya que estos forman parte y pueden influenciar en el estado general de salud del mismo, estos se pueden ver influenciados ,como expliqué con anterioridad, por saber que se va a someter a la intervención, dependiendo del tipo de intervención a la que se someta y para finalizar el tipo o tiempo de recuperación de la misma así como las secuelas que pueden aparecer tras la intervención.



Para intentar que se alteran lo mínimo posible, el equipo de enfermería debe de estar preparado para dar información principalmente en la etapa preoperatoria para dar al paciente seguridad y tras la intervención realizar una serie de intervenciones para que tenga una buena evolución y pronta recuperación.

Para finalizar me centre en las pacientes que son sometidas a histerectomía porque en esta intervención no consiste exclusivamente en la extracción de un órgano, conlleva muchísimos cambios que afectan de manera severa al estado de ánimo de las pacientes que pasan por ello ya que es un órgano exclusivamente femenino y está relacionado con la sexualidad de la paciente y principalmente con la reproductiva de la misma; además se producen varios cambios fisiológicos por los extirpación de órganos relacionados con las hormonas.

3. OBEJTIVOS:

Los objetivos que se quieren conseguir al realizar este trabajo son los siguientes:

- Objetivo general:
Definir el estado en el que se encuentran los pacientes quirúrgicos y los cambios que se producen en este estado ante la intervención quirúrgica.
- Objetivos específicos :
Explicar los cuidados que realizan las enfermeras en el campo psicológicos y el tipo de ayuda que pueden ofrecer a los pacientes quirúrgicos y a sus familias.
Realizar un plan de cuidados para las pacientes que son intervenidas de histerectomía y el tipo de ayuda que puede ofrecer el equipo multidisciplinar y los distintos organismos y asociaciones.

4. METODOLOGIA:

Este trabajo se ha realizado extrayendo información de buscadores de internet como son Google académico, Pubmed y ScienceDirect, también se buscó información en diferentes libros de la Biblioteca de la Facultad de Medicina relacionados con el tema a tratar ,apuntes utilizados durante la carrera y posteriores estudios de enfermería y revistas de ámbito sanitario.

Para la búsqueda de información se utilizan palabras o frases como: paciente quirúrgico, aspectos psicológicos, histerectomía, cuidados de enfermería, cáncer, etapas de la cirugía, recuperación tras cirugía, tipos de ayuda...todo esto relacionado con el tema de trabajo.



La información buscada se limitó a los últimos 10 años, pero por falta de información se tuvo en cuenta información más antigua por tener relevancia en el trabajo.

5. PACIENTE QUIRURGICO:

Factores Psico-Sociales:

Los factores más importantes a desarrollar en este trabajo, son los que afectan a la psicología del paciente directamente o los que pueden hacerle sentir algún tipo de temor o crearle una ansiedad ante la cirugía. Estos factores podríamos dividirlos en:

- **Factores personales:**

Dentro de estos factores se encuentran la edad de la persona; este factor puede ser positivo o negativo dependiendo de la situación, ya que una persona adulta afrontará mejor una intervención quirúrgica que un niño (anexo 3) ya que entiende mejor lo que va a ocurrir; sin embargo una persona joven ante una cirugía tienen mayor número de posibilidades de que salga todo bien en el quirófano, o que la recuperación sea más temprana junto con una rehabilitación más corta... ciertas intervenciones como por ejemplo en la histerectomía de la que posteriormente hablaremos, una mujer de mayor edad lo vivirá de manera menos traumática ya que a su edad ya no puede tener hijos de manera fisiológica por la menopausia o ya les ha tenido.

Otro factor personal a tener en cuenta es la personalidad del paciente, la manera de afrontar las situaciones difíciles en su vida, su grado de ansiedad o estrés ante este tipo de situaciones; otras experiencias que haya afrontado... para ello el equipo de salud siempre mantendrá informado al paciente sobre todo lo que se le va a realizar, e intentará mantener en el paciente una actitud positiva y haciendo que se adapte a su nueva situación de la manera menos traumática posible.

- **Factores sociales y culturales:**

Estos factores pueden variar mucho el estado de ánimo del paciente ya que pueden hacer que aumente su positivismo ante la cirugía como por ejemplo el tener un apoyo familiar, el saber que se encuentra en una buena zona de salud, dependiendo de la religión a la que pertenezca el paciente lo podrá de vivir de una manera más o menos positiva... o por lo contrario que aumente su



preocupación tras la cirugía por ejemplo al carecer de cierta cultura para entender en qué consisten la intervención , al tener una mala economía y depender de su trabajo para poder vivir , al ser tratado en hospitales que no tiene todas las facilidades y materiales quirúrgicos...de forma negativa también pueden influir las creencias religiosas en las que por ejemplo no se permiten transfusiones de sangre; que conlleva a un mayor riesgo dentro de la operación o incluso el no apoyo familiar de sus familiares por estar en contra de la operación.

- **Factores de la intervención:**

Explicados con anterioridad en la introducción harán que aumente o disminuya el estrés y temor de los pacientes expuestos a la intervención quirúrgica.

Tanto la enfermera como el resto de equipo multidisciplinar puedan ayudar al paciente dándole las siguientes recomendaciones para mejorar la calidad de la comunicación ⁽⁵⁾

1. Comparte tus miedos y preocupaciones.
2. Habla con sinceridad sobre lo que te molesta, incomoda o asusta.
3. Expresa tu necesidad de silencio y/o soledad.
4. Pide ayuda.
5. Sé agradecido con las personas que te apoyan y cuidan.
6. Cuenta con las personas cercanas a la hora de tomar decisiones
7. Decide lo que quieres hacer.
8. Escucha con respeto las opiniones y sentimientos de tus seres queridos.
9. No tengas miedo de llorar. El llanto libera tensión.

Cuidados y diagnósticos de enfermería:

Cuidados de enfermería en el pre- operatorio:

Comienza cuando se toma la decisión de someter al paciente a una intervención quirúrgica y finaliza cuando el paciente se traslada a la mesa quirúrgica.

El papel de la enfermera en ese momento es recoger datos sobre la información que posee el paciente de la intervención que le van a realizar y si tiene alguna duda, o está equivocado en algún aspecto de los que habló ;explicárselo detalladamente y de la mejor manera posible para que lo entienda y esté más tranquilo.



También deberá saber cómo se encuentra, su actitud, la autoestima ante la cirugía, como está viviendo el paciente en ese momento y sus familiares, el apoyo que recibe del exterior y sus valores psicológicos y mecanismos de afrontamiento; para poder planificar que tipo de información o apoyo necesita.

Por último deberá recoger información importante para la propia intervención sobre el estado físico, nutricional... del paciente; para así poder realizar unos mejores cuidados y tratamiento. ⁽⁶⁾

Cuidados de enfermería en el post- operatorio:

El post- operatorio es el tiempo transcurrido desde que se produce la cirugía hasta la total recuperación del paciente, por ello existen diferentes tipos de post-operatorio; los cuales son:

- Inmediato: se realiza en la sala de recuperación.
- Intermedio: es la atención prestada hasta el alta ya sea en la REA/UVI o en la planta de hospitalización.
- Tardío: es el tiempo que transcurre cuando se acerca el alta, y el que se pasa en casa hasta la total recuperación.

En cada uno de ellos se recogerá la información importante para cada momento y centrándonos en los aspectos psicológicos, haremos mayor hincapié en el post-operatorio intermedio y tardío, donde el paciente ya está más recuperado y podemos sacar información de cómo se encuentra o que siente.

Para ello hablaremos con el paciente para saber que sentimiento tiene tras la intervención para poder valorar su estado psicológico y así poder ayudarle dándole apoyo por parte de la enfermera y también por parte de la familia si está con él y que apoyo puede ser prestado por los servicios sociales o asociación y centros si fuera necesario; obtendremos información de cómo afecta esta cirugía a su vida cotidiana tanto en su puesto de trabajo o en un su núcleo familiar; ya que puede que en su nueva situación sea dependiente para ciertas actividades de manera temporal o continua.

Es importante saber la adaptación que está teniendo el paciente y sus familiares a esta nueva situación, su grado de resolución ante este problema o problemas anteriores.



Al hablar con el paciente le daremos una serie de recomendaciones sobre qué actitud debe tomar ante la intervención quirúrgica o enfermedad a la que se va a enfrentar (tabla 2):

No permitir que la enfermedad sea el centro de tu vida.	No aislarse.
Disfrutar de lo positivo que puede haber en cada momento.	Aumentar las actividades de ocio y tiempo libre.
Intentar ser optimista.	Buscar apoyo y confianza en el equipo médico.
Ser valiente.	Participar en las decisiones sobre los tratamientos.
Realizar ejercicio físico moderado siempre que el médico lo considere adecuado, descansar lo necesario y alimentarse adecuadamente.	Buscar apoyo en otras personas que hayan pasado por lo mismo.
Expresar tus sentimientos.	Buscar información adecuada que te permita comprender en cada momento lo que está pasando.
Tener cerca a las personas queridas.	

Muchos pacientes tras las intervenciones sufren cambios en su imagen corporal y en su autoestima, ya sea por las cicatrices, la falta de algún miembro, o simplemente las personas dejan de cuidarse, para ellos les daremos una serie de puntos que deben seguir:

- Aunque ya haya finalizado el tratamiento o los cuidados tras la intervención, el cuerpo ha cambiado y tarda cierto tiempo en recuperarse.
- Es posible que haya ciertas actividades que ya no puedas realizarlas, pero hay que pensar en las cosas que sí que puedes seguir haciendo.
- Reflexionar acerca de todo lo que te ha podido aportar a nivel humano esta dura experiencia.
- Pensar en todo lo que puedes hacer para mejorar tu imagen, te sentirás más guapo y más seguro.
- Eres mucho más que una imagen física.

Ciertas asociaciones prestan servicios para mejorar la autoimagen de las personas, estos servicios los dan mediante la página web con comentarios, información, videos, talleres....aparte de este servicio existen alojamientos en pisos y residencias donde los



pacientes o las familias pueden alojarse de manera gratuita dependiendo de la enfermedad que se trate y si el tratamiento o la recuperación es larga; estas residencias y pisos cuentan con apoyo psicológicos, social y de voluntariado aparte de talleres lúdicos.

La enfermera tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio dará todo su apoyo antes la nueva situación y también dará información a los pacientes de lugares, asociaciones, organizaciones, ciertos libros que pueden causar un efecto positivo en ellos y páginas web que sigan el código Honcode donde pueden ser ayudados.⁽⁵⁾

Para finalizar también es importante conocer el grado de tolerancia al dolor que tienen el paciente para así poder administrarle la analgesia necesaria y que pase un postoperatorio bueno y con los mínimos dolores. El dolor es uno de los problemas que pueden agravar el deterioro psicológico del paciente e incluso puede hacer que el paciente aumente su estancia en el hospital.

Se define como dolor: *“La experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, o descrita como la ocasionada por dicha lesión”* (Asociación internacional para el estudio del dolor IASP)^{(7) (8)}

Hay varios tipos de clasificación de tipos de dolor, en el cuadro siguiente se relacionan el dolor agudo y crónico con el dolor postoperatorio (figura 2).⁽⁹⁾

Factores	Agudo	Postoperatorio	Crónico
Fisiopatología..	Nocicepción	Nocicepción	Mecanismo desconocido
Respuesta estresante.....	Útil	Perjudicial	Ausente
Factores psicológicos	Mínimos	Significativos	Profundos
Evolución natural.....	Autolimitado	Autolimitado	Indefinido

Dentro del ámbito de la enfermería, esta puede realizar intervenciones para mejorar o para paliar este estado de dolor, estas intervenciones pueden ser:

- 1400: Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
- 0842: Cambio de posición: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico



- 2380: Manejo de la medicación: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico
- 5270: Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
- 6482: Manejo del Confort: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Existen diferentes escalas para valorar el dolor como son: Escala Visual analógica (EVA) (anexo 4), Escala de valoración del dolor por expresión facial, Cuestionario Breve del dolor (anexo 5), Escala de valoración verbal, Escala de categoría numérica (anexo 6), Cuestionario breve de Wisconsin (BPQ) y el cuestionario de McGill (MCQ) (anexo 7). Siendo los más utilizados el EVA y el CBD. ⁽¹⁰⁾

Existen factores que pueden ayudar a que el paciente se encuentre mejor y sienta menos dolor.⁽⁵⁾

1. Los analgésicos deben administrarse de forma regular cada cierto número de horas
2. Si el dolor no mejora tras un tiempo tras la toma de analgesia, consultar con el médico para que modifique el tratamiento.
3. El enfermo debe sentirse acompañado a lo largo del día y sobre todo por la noche.
4. Procurar que el ambiente que rodea al enfermo sea confortable.
5. El insomnio hacen que el dolor se intensifique.
6. Algunos fármacos que se emplean para el dolor pueden tener algún efecto secundario que provoque malestar en el enfermo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EL PRE Y POTOPERATORIO:

Las intervenciones descritas son las relacionadas con los aspectos psicológicos dentro de las etapas pre y post quirúrgicas. (Anexo 8).

6. PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS:

Histerectomía:

La histerectomía es la cirugía de extirpación del útero que puede ser indicada en pacientes con fibromas, endometriosis que no responde a tratamiento, prolapso uterino,



cáncer de útero, cuello uterino u ovarios, sangrado vaginal que continua tras tratamiento o tras el parto, dolor pélvico crónico.⁽¹¹⁾

Quiero hacer especial referencia a este tipo de cirugía en las pacientes con cáncer de útero; este tipo de cáncer suele ser el **adenocarcinoma** que comienza en la capa más interna del útero, el endometrio; otros tipos de tumores que pueden llevar a esta intervención quirúrgica son el sarcoma o el carcinoma epidermoide.⁽¹²⁾

Para determinar el mejor tratamiento tras la confirmación de la presencia de tumores, es importante saber en qué fase se encuentra. Los estadios de este tipo de cáncer son:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Estadio I: el cáncer se encuentra localizado en el útero y no afecta a los ganglios linfáticos de la pelvis. | <ul style="list-style-type: none">• Estadio II: el tumor se ha diseminado desde el cuerpo del útero hasta el cérvix o cuello del útero. |
| <ul style="list-style-type: none">• Estadio III: la lesión alcanza otras estructuras fuera del útero (ovarios, vagina, ganglios de la pelvis) pero permanece confinado a la pelvis. | <ul style="list-style-type: none">• Estadio IV: el cáncer puede afectar al recto, vejiga y/o ha alcanzado otros órganos más alejados. |

La mayoría de los tumores se diagnostican en las primeras fases; por lo que suele tener un buen resultado tras la extirpación.

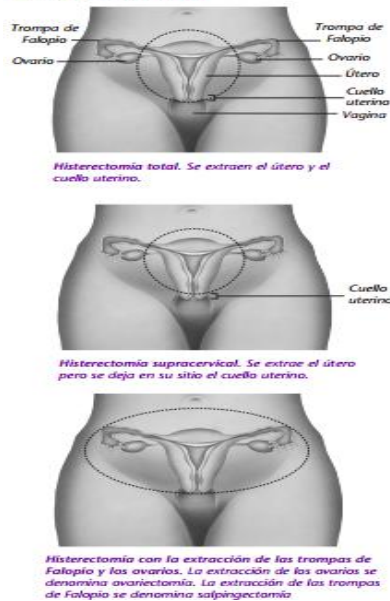
El tratamiento también dependerá del grado en el que se encuentran las células tumorales; que dependiendo cuál sea el crecimiento del tumor será más o menos rápido.

Los tratamientos de elección para este tipo de cáncer dependen además de lo nombrado anteriormente de la edad de la paciente y del tipo de tumor. Los principales tratamiento utilizados son cirugía (histerectomía), la radioterapia, la hormonoterapia y la quimioterapia.

Centrándonos en el tratamiento quirúrgico, el proceso de extirpación del útero se denomina histerectomía y consiste en extraer el útero a al paciente que tienen alguna de las patologías anteriormente nombradas.

Existen tres tipos de histerectomías:

Tipos de histerectomía



➤ Histerectomía total: extirpa todo el útero, incluyendo el cuello uterino; es el más común de histerectomía.

➤ Histerectomía parcial: (supra-cervical), extirpa sólo la parte superior del útero; el cuello uterino se deja en su sitio.

➤ Histerectomía radical: extirpa el útero completo, el cuello uterino, el tejido a ambos lados del cuello uterino, y la parte superior de la vagina.

(figura3)

En los tres tipos de cirugía tanto los ovarios como las Trompas de Falopio pueden ser o no extirpados. ⁽¹³⁾

Normalmente si una mujer es menor de 40 años, a menudo se intenta dejar al menos uno de los ovarios (o parte de uno), por lo cual puede evitarse que una mujer tenga una menopausia prematura y así tener menos repercusión psicológica. Si la mujer tiene una edad entre 40 y 50, se sopesa los beneficios de extirpar ambos ovarios para evitar el cáncer ovárico contra provocar la menopausia prematura. Las mujeres hablan sobre estas alternativas con su médico antes de la cirugía para así también elegir la opción que más les compense. ⁽¹⁴⁾

También existen diferentes métodos de realizar la histerectomía:

- Vaginal: se extrae el útero por la vagina.
- Abdominal: Se extrae el útero por una incisión en la parte inferior del abdomen.
- Laparoscópica: se introducen laparoscópios y otros instrumentos por pequeñas incisiones en el abdomen:
 - Histerectomía vaginal asistida por laparoscopio.
 - Histerectomía laparoscópica asistida por robot
 - Laparoscopia con una sola incisión abdominal.

La recuperación dependerá del tipo de histerectomía. Los tiempos promedio de recuperación son: ⁽¹¹⁾



- Histerectomía abdominal: 4 a 6 semanas.
- Histerectomía vaginal: 3 a 4 semanas.

Antes de realizar de histerectomía se realiza una evaluación pre-quirúrgica (anexo9) y una evaluación psicológica (anexo 10).

Toda esta información extraída tras esta evaluación nos ayudara para saber qué información o qué tipo de ayuda podemos ofrecer a la paciente y a sus familiares tanto antes como después de realizar la intervención.

Valoración de enfermería y plan de cuidados

Según la valoración de las 14 Necesidades Virginia Henderson; las pacientes que han sido sometidas a una histerectomía pueden tener alguna de estas necesidades:

1. Necesidad de Respiración: no se encuentra alterada.
2. **Necesidad de Alimentación-Hidratación:** apetito disminuido, náuseas y/o vómitos por la anestesia.
3. **Necesidad de Eliminación:** riesgo de estreñimiento por la falta de movimiento de las pacientes y por el dolor abdominal. Portadoras de sondaje vesical.
4. **Necesidad de Actividad-Movilidad-Reposo:** el reposo y la falta de deambulación dependerá del tipo de intervención que se le haya realizado a la paciente.
Esta necesidad se ve afecta por la falta de fuerza muscular tanto abdominal como en las piernas por parte de la paciente.
5. **Necesidad reposo- sueño:** puede verse alterada por el dolor que tienen localizado la paciente, por la depresión que la causa la pérdida de un órgano, los ruidos ambientales del hospital...
6. Necesidad de vestirse: la paciente no tendrá alterada esta necesidad ya que en el hospital las ropas usadas son fáciles de poner.
7. **Necesidad de temperatura:** puede verse alterada tras la intervención quirúrgica.
8. **Necesidad higiene/piel:** la paciente necesitará ayuda durante los primeros días para realizar su higiene ya que la puede causar dolor el ir hasta la zona de aseo.
9. **Necesidad evitar peligros/ seguridad:** puede verse alterada ya sea de manera psicológica creando una ansiedad a la paciente por no saber qué pasará tras la intervención y física por el riesgo de infección que tiene una herida.



10. **Necesidad de comunicación:** esta necesidad se ve alterada ya que la paciente puede no sentirse cómoda con su cuerpo y no quiere relacionarse con otras personas, y durante cierto tiempo no podrá tener relaciones sexuales.
11. **Necesidad de creencias/valores:** se puede ver afectado ya que la paciente puede sufrir depresión, ansiedad y estrés ya sea en el proceso quirúrgico como posterior a la intervención
12. **Necesidad de trabajar/ realizarse:** tras los cambios en su cuerpo la paciente puede tener un bajo autoestima sobre su persona.
13. Necesidad de recrearse: no tiene por qué verse alterada.
14. Necesidad de aprender: La paciente se interesará sobre su enfermedad y sobre cómo mejorar su estado actual para poder así adaptarse a su nueva vida en todos los aspectos.

Plan de cuidados: diagnósticos, intervenciones y acciones de enfermería⁽¹⁵⁾. (Anexo 11)

Aspectos psicológicos y fisiológicos tras la histerectomía

Tras la histerectomía los aspectos psicológicos más alterados en estas mujeres son los relacionados con su sexualidad y reproducción. Las pacientes tiene dudas sobre cómo serán sus relaciones sexuales tras la intervención, si seguirán sintiendo placer en las mismas, si afectará algún órgano más de su cuerpo, la pérdida de la menstruación como afectara a su cuerpo...Para ayudar a pasar estos momentos de la mejor manera posibles tanto para la pacientes como para sus familiares; las intervenciones de enfermería deberán de estar enfocadas principalmente en dar toda la información sobre la intervención, su posterior recuperación y los cambios que puede sufrir su cuerpo; y el mayor apoyo ante esta nueva situación e indicar en qué otras personas, organizaciones también puede buscar ayuda; para ello la enfermera debe de conocer lo que siente tanto la paciente como sus familiares , quien es la persona que la proporcionara los cuidados y el mayor apoyo tras la cirugía y resolver las dudas que tengan.

Según varios estudios, las pacientes y familiares que han recibido una información previa y clara sobre la intervención tienen un mejor post operatorio y una pronta recuperación al igual que menos cambios en sus factores psicológicos.⁽¹⁶⁾



Las mujeres histerectomizadas poseen una serie de temores y preocupaciones que se describen en la siguiente tabla (anexo 11). También existen una serie de factores de mal pronóstico que contribuyen a una peor recuperación después de la intervención ⁽¹⁷⁾:

- Identidad de sexo
- Reacciones adversas previas al estrés
- Episodios depresivos previos
- Depresión u otra enfermedad mental en la familia
- Antecedente de síntomas físicos múltiples
- Actitudes culturales y religiosas desaprobatorias.
- Hospitalizaciones y cirugías previas a la intervención
- Edad inferior a los 35 años
- Deseo de tener un hijo o más hijos de los que tiene.
- Pérdida de interés y satisfacción en el coito.
- Actitud negativa de la familia y amigos.

Etapas tras la intervención:

- Primera etapa de conmoción y de negación donde la mujer no tiene confianza en sí misma y no se siente igual de femenina como antes de la cirugía.
- Segunda etapa donde despunta la depresión por la imposibilidad de reproducirse.
- Tercera etapa en la cual la mujer tras pasar su dolor comienza a tomar sus propias decisiones y comienza a ver otras alternativas.

La repercusión psicológica en la paciente va a ser muy variable, a continuación señalaremos distintos aspectos que conllevan la pérdida de dicho órgano ⁽¹⁸⁾:

- Supone una castración para la mujer, ya que comienza con una menopausia (si también se extirpan los ovarios) para la que no ha sido preparada y conlleva una pérdida de la feminidad.
- Repercute de forma diferente si la mujer previamente ha tenido o no hijos.
- La extirpación del útero como elemento interno de la feminidad, supone un fuerte golpe a la autoimagen, autoestima y autovaloración de la mujer como tal.
- Si la mujer tiene antecedentes psiquiátricos previos, las repercusiones psicológicas serán mayores.
- Ocasiona una reacción diferente en cada mujer en función también de la imagen que ella tenga de sí misma, de su feminidad e incluso de sus perspectivas de futuro.



Tras la intervención puede aparecer el sentimiento de no sentirse una mujer completa, sensación de tener un hueco, un vacío en su interior. Durante un tiempo existe una perturbación de la imagen corporal, mayor si la histerectomía ha sido abdominal ya que la visión permanente de la cicatriz le recuerda la intervención a la que ha sido sometida. Haciendo un resumen, el desarrollo de problemas psicológicos depende de la personalidad previa, tipo de intervención, causa de la intervención, la visión de la paciente tenga sobre la operación; sobre las relaciones sexuales cabe destacar que la evolución posterior depende del tipo y calidad de relación sexual y de pareja previa. También indica que las expectativas previas de la mujer con respecto a la intervención y las consecuencias para su vida posterior, también son determinantes en el tipo de ajuste psicológico.⁽¹⁹⁾

Principales temores de las mujeres histerectomizadas:

Autoimagen / imagen corporal:

Es la suma de pensamientos, conductas y afectos, de base real o imaginaria y de procedencia propia o externa, respecto a uno mismo. Íntimamente dependiente de la personalidad y está asociada a otras variables como el género, la edad y el ámbito sociocultural de cada persona.⁽²⁰⁾

Las mujeres encuentran su feminidad a través del atractivo sexual, capacidad para tener niños; por esta razón los genitales en la mujer y los órganos reproductores son esenciales para su adaptación y autovaloración como mujer por esto la amputación de los órganos reproductores produce un daño psicológico por su impacto en la concepción de la mujer y su feminidad.

Ven su imagen total con menor feminidad y se sienten angustiadas por ello, algunas mujeres no quieren que sus parejas las vean e incluso comienzan a descuidarse. Las mujeres que poseen una cicatriz más visible les afectan más a su autoimagen.⁽²¹⁾

Menopausia temprana:

Tras la cirugía; la enfermera explicará a la paciente la posibilidad de la aparición prematura de la menopausia (menopausia quirúrgica) dependiendo o no si se han extirpado los ovarios y las trompas de Falopio. Si se produce este tipo de cirugía la mujer puede experimentar los siguientes efectos adversos:



- Bochornos: sensación de calor en todo el cuerpo además puede sufrir oleadas rojas con sudoración.
- La probabilidad de tener infecciones del tracto urinario puede verse aumentada.
- Cambios estéticos como el aumento de la grasa corporal y disminución de la masa muscular, una cintura gruesa y la piel seca.
- Los sudores nocturnos.
- La ansiedad o la depresión.
- Los riesgos de tener incontinencia urinaria.
- Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- Cambios de humor y fatiga.
- Disminución de la libido o deseo sexual.
- Las posibilidades de la osteoporosis y la artritis.

La pérdida de la menstruación afecta a las mujeres porque es tomado como una pérdida de feminidad y de fertilidad, aunque para algunas mujeres puede ser un alivio al no sufrir los dolores pélvicos ni sentir la incomodidad de la misma, a otras mujeres las afecta de manera psicológica y por ello en ciertas intervenciones se dejan los ovarios para que siga existiendo la menstruación, principalmente en mujeres jóvenes. También hay que tener en cuenta los cambios hormonales que produce la pérdida de la menstruación y como afectan estos a los aspectos psicológicos de la paciente.

Relaciones sexuales:

Dentro de las intervenciones de la enfermera también se informará sobre la función sexual tras la intervención; indicando a la paciente que tras el tiempo de recuperación de las heridas quirúrgicas su placer sexual no tiene por qué verse afectado; la indicara que la vagina puede sufrir un pequeño acortamiento y puede haber una sequedad vaginal, pero ambos problemas pueden solucionarse con el uso de lubricantes y ciertas técnicas durante coito.

Las relaciones sexuales también pueden verse afectadas por el hecho de que las pacientes al haber perdido un órgano reproductivo se vean menos femeninas, o no quieren que sus parejas la vean sus cicatrices, para este tipo de problemas se les dará información de cómo mejorar su autoestima, y donde pueden encontrar ayuda.⁽¹⁴⁾

Infertilidad:

Otra intervención que la enfermera debe de llevar a cabo es explicar a la paciente la imposibilidad de tener hijos tras la intervención, este hecho les afectará más a las



pacientes que están en edad fértil y que no hayan tenido hijos hasta entonces. Para este problema se debe de dar el mayor apoyo emocional tanto a la paciente como a su pareja y familiares, aumentar el autoestima de la paciente, indicarle grupos de ayuda de persona que han pasado por el mismo trance, animarles a que vayan a una consulta psicológica para que les sea más fácil, que busquen otro tipo de soluciones para poder tener hijo como puede ser la adopción o si es posible la criogenización de óvulos para una posterior implantación en otro útero sano. ⁽²²⁾

Considerando todos estos factores, es fácil aceptar que la histerectomía es una situación altamente estresante, que genera fuertes reacciones emocionales con un reconocido efecto negativo sobre la recuperación posquirúrgica. ⁽²³⁾

Técnicas de ayuda:

Terapia hormonal:

Después de una histerectomía, algunas mujeres se someten a la terapia de reemplazo hormonal; que esta terapia puede ser tolerada o no por las mismas. Según varios estudios esta terapia es valoradora positivamente por las mujeres ya que experimentan una mejora más temprana de su autoestima y también aumenta el deseo sexual, la excitabilidad y la frecuencia de realizar el coito tras la intervención. ⁽²⁴⁾

Preparación psicológica:

La preparación psicológica ante la cirugía, ha comprobado que puede mejorar todo lo relacionado tanto con la recuperación física y psicológica haciendo que sea menos traumática y más rápida, para ello se pueden utilizar técnicas como:

Terapia conductual

Consiste en las instrucciones específicas que se dan al paciente para facilitar la recuperación física y las técnicas de control de ansiedad tienen un efecto directo de reducción de la ansiedad pre y postoperatoria. Las técnicas de relajación varían en función de la duración y el grado de dificultad

Técnicas Cognitivas

Las técnicas más utilizadas antes de la cirugía son: reestructuración cognitiva, autoinstrucciones positivas, atención selectiva, pueden ir dirigidas hacia la solución del problema o hacia la regulación de la emoción.

- La reestructuración cognitiva: se da al paciente información que le ayude a darse cuenta del importante papel que juegan las cogniciones, seguido de la



autoobservación de los pensamientos e identificación de los efectos que tienen sobre el estado de ánimo y el comportamiento..

Técnica de Inoculación de Estrés (Ridgeway y Mathews, 1982).

Es una estrategia preventiva, que permitir dotar a los sujetos con una mayor capacidad para afrontar situaciones difíciles de ansiedad y dolor. Puede ser utilizada en grupo.

Se divide en tres fases bien diferenciadas:

- a) Fase educativa o de conceptualización: establecer una relación de colaboración con los pacientes y ayudarles a comprender mejor la naturaleza del estrés y su efecto sobre la emoción y el rendimiento.
- b) Fase de adquisición de habilidades y ensayo: en la que se enseña al paciente en la utilización de las habilidades y estrategias de afrontamiento del estrés.
- c) Fase de aplicación y consolidación, indicando la prevención de recaídas: se da al paciente la oportunidad de poner en práctica, las habilidades entrenadas en la fase anterior. ⁽¹⁶⁾

Asociaciones y organismos de ayuda:

Como hemos explicado con anterioridad existen asociaciones, organizaciones para la ayuda en este tipo de enfermedad como es el cáncer estas pueden ser:

- Asociación española contra el cáncer (AECC): asociación española cuyo fin es el de informar, apoyar y acompañar a los enfermos y sus familiares.

Esta asociación consta de un apartado para ayuda psicológica de manera gratuita, se puede acceder a este servicio vía telefónica, o consultar directamente ya sea con un psicólogo, médico o trabajador social; este servicio está dispuesto tanto para pacientes como para familiares.

Dentro de la página web también existe un apartado donde te permite conocer el nivel de estrés del paciente mediante la realización de un formulario

- Sociedad española de oncología médica (SEOM): asociación científica que pretenden fomentar el conocimiento de este tipo de enfermedad y promover medidas de prevención que se pueden adoptar. www.seom.org
- Grupo español de pacientes con cáncer: www.gepac.es



- Asociación Carena: trata los aspectos psicológicos y emocionales que causan estas patologías asociacioncarena.wordpress.com
- Curados de cáncer: en esta página se ofrecen testimonios y experiencias de personas que han superado el cáncer. www.curadosdecancer.com

También existen organizaciones especializadas en el cáncer de útero, como puede ser Asociación contra el Cáncer de Cuello de Útero de España (www.accudes.es): en esta página explica en que consiste el cáncer, como prevenirlo, tratarlo y la posibilidad de acudir a especialistas.

Para finalizar el estudio del estado psicológico de las pacientes que se han sometido a una histerectomía, me gustaría dar una pequeña idea que como se podría ayudar a estas pacientes desde la misma planta donde se recuperan, para que así el trato sea más cercano, para ello y después de observar los factores psicológicos que se ven más afectados tras la operación; e incluso antes; y los cuidados que reciben por parte del equipo de trabajo y las diferentes asociaciones de ayuda, según mi opinión se podría realizar en la misma planta donde normalmente se recuperan las pacientes tras la intervención, un listado/ base de datos de las pacientes que han sido sometidas ya a la histerectomía haciendo una diferenciación según:

- Edad.
- Tipo de histerectomía.
- Estado de fertilidad de la mujer en el momento de la intervención.
- Número de hijos.
- Otras intervenciones relacionadas con órganos reproductores o sexuales.

Este listado serviría para que cuando una paciente haya sido intervenida poder ponerla en contacto directo con una persona que haya pasado por la histerectomía y que comparta una serie de parámetros parecidos a la paciente para así ayudarla de manera más cercana ya que ha pasado por la misma situación o muy parecida.

Con este listado el equipo de trabajo de la planta con la ayuda de los psicólogos, si fuese necesario, podrían indicar que pacientes que ya han pasado por la intervención son las más idóneas para ayudar a la nueva paciente.

Este método podría llegar también a las consultas donde se informa a las pacientes que van a ser intervenidas para que así puedan tener contacto desde el primer momento en el



que saben que se van a enfrentar a la operación y recibir la mayor información posible de primera mano para que así como hemos visto con anterioridad la recuperación sea más temprana y tengan menos cambios en su estado psicológico.

Prototipo de listado de base de datos de la planta (anexo 13).

7. CONCLUSIÓN:

Teniendo en cuenta que cualquier intervención quirúrgica supone un impacto negativo para la persona, en la atención que se da a los pacientes quirúrgicos no se les da la suficiente importancia a los aspectos psicológicos de los mismos y el consiguiente apoyo que necesitan.

En cualquier intervención quirúrgica, y centrándonos en la histerectomía los pacientes sufren una ansiedad, crean miedos y una angustia al igual que sus familiares; haciendo que el preoperatorio y postoperatorio sean más difíciles e incluso más duraderos.

Para evitar un estado psicológico negativo, el equipo de salud y fijándonos en el equipo de enfermería, debe de dar siempre una atención individualizada e intentar tener una formación y conocimiento sobre el estado psicológico de su paciente para así poder darle una ayuda más enfocada a su tipo de problema, darle la información necesaria para que entienda todo lo que va a ocurrir y darle apoyo tanto al enfermo como enseñar a sus familiares como pueden ayudarle y por último indicarles en qué lugares pueden encontrar más ayuda centrada en su tipo de intervención o a sus efectos secundarios.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. ISFES. Valoración y cuidados de enfermería en los problemas psicosociales y de adaptación del paciente hospitalizado. 4ª Edición: Valoración y cuidados de enfermería en los problemas psicosociales y de adaptación del paciente hospitalizado. MADRID: LMS.2015
2. P Gómez-Carretro, V. Monsalve, J.F Soriano, J de Andrés. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en la UCI (31 de agosto-septiembre de 2007) Disponible en: Scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006
3. Sánchez, Juana Aranda. Preparación Psicofísica del paciente pre-quirúrgico. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/29035531/Ponencia-preparacion-Fisica-y-Psicologica-09-Auto-Guard-Ado#scribd>
4. Licencia Teresa. L. González Valdés, Licenciada María Casal Sosa. Aspectos psicológicos en el paciente quirúrgico (2006). Cirugía (Vol. I).
5. AECC. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Paginas/Sobreelc%C3%A1ncer.aspx>



6. del Amo Muñoz Elena, Pérex Prudencia María Gema. Capítulo 7: Atención de enfermería en el paciente quirúrgico (Pág. 197-208). Pagina de actuaciones de enfermería. Disponible en: <http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/bloquequirurgico.pdf>
7. Dolopedia. Disponible en: http://sf.dolopedia.com/articulo/definicion-de-dolor#.VzHWGb6v_gZ
8. IASP. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/>
9. Soler Company E, FAUS Soler, M.T, Montaner Abasolo, M.C. En El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial (pág. 3). (1999). Valencia.
10. Dolopedia. Escalas de valoración del dolor .Disponible en: http://sf.dolopedia.com/articulo/escalas-unidimensionales-del-dolor#.VzHYDb6v_ga
11. Medlineplus, Histerectomía. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hysterectomy.html>
12. AECC. Cáncer por localización. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdeutero/Paginas/Tipos.asp>
13. The American College of Obstetricians and Gynecologist. Histerectomía Pacient Education. Whasingthon. Disponible en: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-histerectomia>
14. American Cancer Sociaety. (06-05-2015). Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/fragmentado/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer-sex-and-pelvic-surgery-rad-hysterectomy>
15. NNNConsults. Disponible en: [nnnConsults.es](http://www.nnnconsults.es)
16. Olivares Crespo Marie Eugenia. Aspectos Psicológicos en el cáncer ginecológico. Volumen 22 Pág.: 29-48. 2004. Universidad Complutense de Madrid España. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1263/1145>
17. Psicología Forense. La histerectomía y la psicología. 08/09/2009. Disponible en: <http://psicologos-forenses.blogspot.com.es/2009/09/la-histerectomia-y-la-psicologia.html>
18. Fernández Guerrero María José. Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica. 10/02/2009. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/psicosomatica/consecuencias-psiquicas-de-la-histerectomia-no-oncologica1/
19. Cánovas María Rosa, Moix J., Cos R., Foradada C. Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía. Volumen 12 N°:1. Pág.: 71-89. Revista Clínica y Salud Colegio oficial de Psicólogos .Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618320004.pdf>
20. Morales Estrada Arnulfo, Huerta-Franco María Raquel, Páramo Castillo Daniel, Capaccione Kathleen. El auto concepto de mujeres sometidas a histerectomía
21. Miranda Yampazanta Cristina Eliisabeth. Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 años a 55 años de edad del servicio de ginecología del hospital Noboa Montenegro. Universidad de Ambato. Mayo del 2013. Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3690/1/TESIS%20CRISTINA%20MIRANDA.pdf>
22. Imoncology. Cáncer de útero. Disponible en: <http://www.imoncology.com/cancer-utero/>



23. Vargas Mendoza Jaime Ernesto, López Serrano Aurora. Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. Vol4. Nº1. Pág.: 5-10. Oxaca México. Disponible en:
http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/47_factores_emocionales_histerectomia.pdf
24. Komura Hoga Luiza Akiko, Herrmann Ferraz Paula, de Mello Débora Silva, Massumi Okada Márcia. Histerectomía y vivencia de la sexualidad. Vol:16.Nº57.2007.Granada. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962007000200006&script=sci_arttext
25. Servicio Andaluz de salud. Consejería de salud. Escala de Hamilton. Disponible en:
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf
26. Guía de salud. Escalas. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf
27. Serrano Atero M.S, Caballero J., Cañas A., García Saura P.L, Serrano Álvarez C., Prieto J. Valoración del dolor. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf
28. Piamonte C. María Luisa. Aspectos psicológicos relacionados con los procedimientos quirúrgicos en el tratamiento del cáncer de útero. (1991) Revista de Psicología, Vol.: 26, Nº1, Pág.: 72-93.



9. ANEXOS:

Anexo 1: Escala de Hamilton ⁽²⁵⁾

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica y a ansiedad somática. Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Au se nte	Le ve	Mo der ado	Gr ave	Muy grav e Inca pacit ant
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0				4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0				4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0				4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0				4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0				4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0				4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, cruir de dientes, voz temblorosa.	0				4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0				4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0				4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0				4

11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborignos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0				4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0				4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0				4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0				4

Anexo 2: Cribado ansiedad depresión: escala de Goldberg ⁽²⁵⁾

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje. Los puntos de corte son



mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		
PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)		

Anexo 3: Escala de valoración del dolor por expresión facial

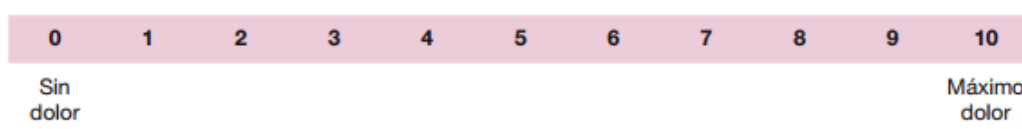


Anexo 4: Escala de dolor EVA (26)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

La Escala numérica (EN) es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.



La Escala categórica (EC) se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple.



0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

La Escala visual analógica de intensidad consiste en una línea recta horizontal, de 10 cm de longitud, donde los extremos marcan la severidad del dolor. En el extremo izquierdo aparece la ausencia de dolor y en el derecho se refleja el mayor dolor imaginable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Insoportable

La Escala visual analógica de mejora consiste en la misma línea recta donde en el extremo izquierdo aparece la no mejora y en el derecho la mejora completa

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No mejora										Mejora completa

Anexo 5: Cuestionario Breve del Dolor (CBD)

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque una cruz en la zona que más le duele.

	Derecha		Delante				Izquierda				Detrás		Derecha
2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad <i>máxima</i> de su dolor en la última semana.	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad <i>mínima</i> de su dolor en la última semana.	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad <i>media</i> de su dolor.	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor <i>ahora mismo</i> .	Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?	_____												
7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?	_____												
8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?	_____												
9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.	Ningún alivio	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Alivio total
10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?	1. <input type="checkbox"/> La medicación para el dolor no me ayuda nada 2. <input type="checkbox"/> 1h 3. <input type="checkbox"/> 2h 4. <input type="checkbox"/> 3h 5. <input type="checkbox"/> 4h 6. <input type="checkbox"/> De 5 a 12h 7. <input type="checkbox"/> Más de 12h 8. <input type="checkbox"/> No tomo medicación para el dolor												



11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas.
 Creo que mi dolor es debido a:
 Sí No A. Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)
 Sí No B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)
 Sí No C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej., artrosis)
 Por favor, describa esta situación: _____

12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «sí» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor.

Dolorido/continuo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mortificante (calambre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Palpitante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Irradiante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensible	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Punzante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quemante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fatigoso (pesado)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Agotador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Penetrante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entumecido (adormecido)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persistente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Penoso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Insoportable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

A. Actividades en general																					
ha afectado	No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo								
B. Estado de ánimo	No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo								
C. Capacidad de caminar	ha afectado	No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo							
D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)	ha afectado	No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo							
E. Relaciones con otras personas	ha afectado	No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo							
F. Sueño	ha afectado	No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo							
G. Disfrutar de la vida	ha afectado	No me	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo							

14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor:
 1. De forma regular
 2. Sólo cuando lo necesito
 3. No tomo medicación para el dolor

15. Torno mi medicación para el dolor (en un periodo de un día):
 1. No todos los días
 2. 1 a 2 veces al día
 3. 3 a 4 veces al día
 4. 5 a 6 veces al día
 5. Más de 6 veces al día

16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?
 1. Sí
 2. No
 3. No lo sé

17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?
 1. Sí
 2. No
 3. No lo sé

18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?
 1. Sí
 2. No
 3. No lo sé
 Si la respuesta es «sí», ¿por qué? _____

19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?
 1. Sí
 2. No
 ¿Qué efectos secundarios? _____

20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?
 1. Sí
 2. No

21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le aplique):
 Compresas calientes Compresas frías Técnicas de relajación
 Distracción Biofeedback Hipnosis
 Otros Por favor, especifique _____

22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son: _____

Anexo 6: Escala de valoración verbal, numérica y visual analógica (27)

Escala numérica: (0= Ausencia de Dolor, 10= Dolor de Máxima Intensidad)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Escala Descriptiva Verbal: elegir la categoría que más se ajuste a la intensidad actual del dolor.

Ausencia de Dolor Dolor Leve Dolor Moderado Dolor Intenso

Escala Analógica Visual (VAS): marcar con una X el lugar que corresponda a lo largo de la línea.

Ausencia de Dolor |-----| Dolor Insoportable

Anexo 7: Cuestionario Mc Gill

McGill Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PR: S _____ A _____ E _____ M _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (17-20) (1-20)

<p>1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNGING</p> <p>2 JUMPING FLASHING SHOOTING</p> <p>3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING</p> <p>4 SHARP CUTTING LACERATING</p> <p>5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING</p> <p>6 TUGGING PULLING WRENCHING</p> <p>7 HOT BURNING SCALDING SEARING</p> <p>8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING</p> <p>9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY</p> <p>10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING</p>	<p>11 TIRING EXHAUSTING</p> <p>12 SICKENING SUFFOCATING</p> <p>13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING</p> <p>14 PUNISHING GRUELING CRUEL VICIOUS KILLING</p> <p>15 WRETCHED BLINDING</p> <p>16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE</p> <p>17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING</p> <p>18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING</p> <p>19 COOL COLD FREEZING</p> <p>20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING</p> <p>PPI 0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>BRIEF</td> <td>RHYTHMIC</td> <td>CONTINUOUS</td> </tr> <tr> <td>MOMENTARY</td> <td>PERIODIC</td> <td>STEADY</td> </tr> <tr> <td>TRANSIENT</td> <td>INTERMITTENT</td> <td>CONSTANT</td> </tr> </table> <div style="text-align: center;"> <p>E = EXTERNAL I = INTERNAL</p> </div> <p>COMMENTS:</p>	BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS	MOMENTARY	PERIODIC	STEADY	TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT
BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS									
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY									
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT									

Anexo 8: Intervenciones y cuidados de enfermería

PREOPERATORIO		POSTOPERATORIO	
4480	FACILITAR LA AUTORRESPNSABILIDAD	5250	APOYO AUTOIMAGEN
4820	ORIENTACION A LA REALIDAD	5270	APOYO EMOCIONAL
4940	ESCUCHA ACTIVA	5230	AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO
5310	DAR ESPERANZA	5290	FACILITAR DUELO
5330	CONTROL DEL ESTADO DE ANIMO	7110	FOMENTAR LA IMPLICACION FAMILIAR
5470	DECLARAR LA VERDAD AL PACIENTE	5510	EDUCACION PARA LA SALUD
5515	MEJORAR EL ACCESO A LA INFORMACION SANITARIA	5440	FOMENTAR LOS GRUPOS DE APOYO
5610	ENSEÑANZA PREQUIRURGICA	5330	CONTROL DEL ESTADO DE ANIMO
6520	ANALISIS DE LA SITUACION SNITARIA	5270	APOYO EMOCIONAL
5820	DISMINUCION DE LA ANSIEDAD	5220	MEJOR IMAGEN CORPORAL



5240	ASESORAMIENTO	1850	MEJORA EL SUEÑO
6040	TERAPIA DE RELAJACION	1460	MANEJO DEL DOLOR
		1800	AYUDA AL AUTOCUIDADO
		5328	VISITAS AL DOMICILIO DE APOYO

Anexo 9: Evaluación pre quirúrgica previa a histerectomía (28)

Evaluación preoperatoria de la mujer con cáncer ginecológico (tomado de Hubbard y Shingleton, 1984)	
<p>I. Factores físicos. Estado general de salud Enfermedades intercurrentes Operaciones previas Medicamentos Nivel de Energía Síntomas de cáncer</p>	<p>II. Factores psíquicos Nivel de angustia Síntomas de depresión Conductas para superar stress Antecedentes de problemas psiquiátricos emocionales Otros factores situacionales de stress Orientación religiosa</p>
<p>III. Factores de relación Estado Marital Duración del matrimonio(s) Número y edad de los hijos Separaciones previas Puntos débiles y fuertes de la relación</p>	<p>IV. Factores sexuales Ausencia o presencia de deseo sexual Respuesta de lubricación/turgencia de la vagina Consecución del orgasmo Dispareunia Frecuencia del coito Repertorio de conductas Satisfacción con la respuesta Empleo de la fantasía Disfunción con el cónyuge</p>
<p>V. Factores informativos Ideas respecto a los orgasmos genitales Mitos y conceptos erróneos sobre sexo Cáncer Prácticas anticonceptivas Conocimiento de las funciones y características biológicas de la reproducción Percepción de la enfermedad actual</p>	

Anexo 10: Evaluación psicológica previa a la histerectomía

TABLA Aspectos que se deben considerar en la evaluación psicológica preoperatoria (tomado de Youngs y Wise, 1976)
<p>Bienestar socio psicológico Los síntomas psiquiátricos del pasado y del presente deben tenerse en cuenta, junto con el ajuste sexual social e interpersonal. Igualmente deben considerarse las experiencias previas de cirugía, particularmente si se presentó delirio preoperatorio.</p>
<p>Expectativas con respecto a la cirugía ¿Son las expectativas de la paciente realistas o poco realistas? ¿Hay alguna razón para sospechar que la paciente se sentirá defraudada con el resultado de la cirugía?</p>
<p>Inversión emocional en los órganos pélvicos ¿Cuáles son los sentimientos de la paciente acerca de la menstruación, reproducción y relaciones sexuales? ¿Son sus reacciones a estos aspectos, negativas, positivas, ambivalentes o generalmente neutrales?</p>
<p>Motivación y profundidad en el interés por la cirugía ¿Es la decisión para realizar la cirugía, producto de una reflexión cuidadosa o de una solicitud impulsiva? Puede ser útil esperar por un periodo de 4 a 6 meses.</p>



Anexo 11: Plan de cuidados de la paciente hysterectomizada:

CODIGO	NANDA	NOC	NIC
NECESIDAD DE HIDRATACION / ALIMENTACION			
00134	Náuseas <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 	2106 Náuseas y vómitos efectos nocivos <ul style="list-style-type: none"> • 210625 Pérdida de apetito 	1450 Manejo de las nauseas <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores que pueden causar las nauseas
NECESIDAD DE ELIMINACION			
00015	Estreñimiento <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad muscular abdominal 	0501 Eliminación intestinal <ul style="list-style-type: none"> • 50128 Dolor por el paso de las heces 	0430 Control intestinal <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el perfil de los medicamentos y sus efectos secundarios en el tracto gastrointestinal
NECESIDAD DE ACTIVIDAD MOVILIDAD/ REPOSO			
00088	Deterioro de la deambulación <ul style="list-style-type: none"> • Fuerza muscular disminuida 	0208 Movilización <ul style="list-style-type: none"> • 20803 movimientos musculares inadecuados 	0221 Terapia de ejercicios de deambulación <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a que se siente 2210 Administración de analgesia
NECESIDAD DE SUEÑO			
00198	Trastorno del patrón del sueño <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para conciliar el sueño 	0004 Sueño <ul style="list-style-type: none"> • 404 Calidad del sueño 	1850 Mejora del sueño <ul style="list-style-type: none"> • Ajustar pauta de medicación para ayudar al ciclo de sueño
NECESIDAD DE AUTOCUIDADO			
00108	Déficit de autocuidado: baño <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro para acceder al baño 	0305 Autocuidado: higiene <ul style="list-style-type: none"> • 30517 Mantener la higiene corporal 	1801 Ayuda en el autocuidado <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ayuda hasta que pueda realizar el cuidado solo
NECESIDAD DE SEGURIDAD / PELIGRO			
00146	Ansiedad <ul style="list-style-type: none"> • Incertidumbre 	3009 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado	



		psicológico <ul style="list-style-type: none"> • 300904 Ayuda con la identificación de grupos de apoyo social para el paciente/usuario 	
00004	Riesgo de infección <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la exposición a patógenos ambientales 	1924 Control del riesgo: proceso infeccioso <ul style="list-style-type: none"> • 192405 Identifica signos y síntomas de infección 	6550 Protección contra las infecciones <ul style="list-style-type: none"> • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada
NECESIDAD DE COMUNICACIÓN			
00059	Disfunción sexual <ul style="list-style-type: none"> • Alteración en la actividad sexual 	1913 Severidad de la lesión física <ul style="list-style-type: none"> • 191316 Deterioro de la movilidad 	6610 Identificación de riesgos <ul style="list-style-type: none"> • Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos
NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES			
00136	Duelo	1836 Conocimiento del manejo de la depresión	7400 Orientación en el sistema Sanitario
NECESIDAD DE TRABAJR Y REALIZARSE			
00153	Riesgo de baja autoestima situacional <ul style="list-style-type: none"> • Alteración en la imagen corporal 	1205 Autoestima <ul style="list-style-type: none"> • 120511 Nivel de confianza. 	5400 Potenciar el autoestima <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda.
NECESIDAD DE APRENDER			
00162	Disposición para mejorarla gestión de su salud <ul style="list-style-type: none"> • Deseo de mejora en la gestión de 	1833 Conocimiento y manejo del cáncer <ul style="list-style-type: none"> • 183324 Efectos sobre la sexualidad 	5230 Mejora del afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y cambios en la vida



	sus síntomas		
--	--------------	--	--

Anexo 12: Temores y preocupaciones de las pacientes que vas a ser sometidas a histerectomía

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

RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

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

RELACIONADAS CON LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO

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

RELACIONADAS CON EL APOYO SOCIAL:

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

NOTA: 1: Lalinec-Michaud y Engelsmann (1984)
2: Lalinec-Michaud y Engelsmann (1985)
3: Youngs y Wise (1976)
4: Lobb, Shannon, Recer y Allen (1984)



Anexo 13: Prototipo de listado de base de datos

Nombre	Apellidos	Edad	Tipo de intervención	Método de realización	Estado de fertilidad	Hijos	Otras intervenciones	Observaciones	Teléfono
Eva	Cristóbal Espinel	35	Histerectomía Parcial	Histerectomía Vaginal	Fértil	0		Buena autoestima y recuperación temprana	685-----
Rosario	Abadía Del Olmo	60	Histerectomía Total	Histerectomía Vaginal	No fértil	3			983-----
Paula	Manso Espejar	40	Histerectomía Total	Histerectomía Laparoscópica	No fértil	0	Mastectomía	Mala recuperación	619-----
María del Carmen	Santos Losa	45	Histerectomía Radical	Histerectomía Abdominal	Fértil	1	Cáncer de ovarios		635-----