

PUDNER ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

EDITADO POR
Ian Peate
Jay Macleod



Índice de contenidos

Editores	v
Colaboradores	vii
Prefacio	ix
Agradecimientos	xi
Glosario	xiii

Sección I: Principios de asistencia quirúrgica 1

1. Valoración preoperatoria	3
<i>Claire Badger, Marie Digner, Jo Mahoney, Ali Curtis, Lee Wadsworth y Anne Wright (Miembros del Preoperative Association Council)</i>	
2. Asistencia perioperatoria	17
<i>Kate Woodhead</i>	
3. Cirugía de día	31
<i>Efua Hagan</i>	
4. Estrés y ansiedad perioperatorios en el paciente quirúrgico	39
<i>Chloe Rich</i>	
5. Cicatrización de las heridas en el paciente quirúrgico	47
<i>Nigel Conway</i>	
6. Nutrición en el paciente quirúrgico	79
<i>Helen Ord y Melanie Baker</i>	
7. Alteración de la imagen corporal en el paciente quirúrgico	91
<i>Adèle Atkinson</i>	
8. Conceptos de dolor en el paciente quirúrgico	103
<i>Sarah McKenna</i>	
9. Planificación del alta después de la cirugía	119
<i>Julie McLaren</i>	

Sección II: Atención de enfermería en intervenciones quirúrgicas específicas 129

10. Pacientes neuroquirúrgicos	131
<i>Chris Brunker</i>	
11. Pacientes que requieren cirugía oftálmica	157
<i>Helen Gibbons</i>	
12. Pacientes que requieren cirugía otorrinolaringológica	189
<i>Joseph Mahaffey</i>	
13. Pacientes que requieren cirugía tiroidea	221
<i>Deborah Robinson</i>	
14. Atención al paciente que requiere intervenciones y cirugía cardíacas	233
<i>Louise Best y Kevin Barrett</i>	
15. Atención del paciente que requiere cirugía torácica	267
<i>Madhini Sivasubramanian</i>	
16. Pacientes que requieren cirugía gastrointestinal alta	291
<i>Jay Macleod (con la colaboración de Nuala Davison)</i>	
17. Pacientes que requieren cirugía colorrectal y anal	313
<i>Katie Adams y Fiona Hibberts</i>	
18. Pacientes que requieren cirugía renal y de las vías urinarias	339
<i>Janice Minter</i>	
19. Pacientes que requieren cirugía del aparato reproductor masculino	361
<i>Ashleigh Ward</i>	

20. Pacientes que requieren cirugía ginecológica381 <i>Georgina Lewis</i>	23. Pacientes que requieren cirugía ortopédica 485 <i>Giles Farrington</i>
21. Pacientes que requieren cirugía de mama ...419 <i>Barry T. Hill</i>	24. Pacientes que requieren cirugía plástica513 <i>Jane Holden</i>
22. Cuidado de los pacientes que requieren una cirugía vascular 443 <i>Bhuvaneswari Krishnamoorthy</i>	Índice alfabético 535

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Pacientes que requieren cirugía ginecológica

Georgina Lewis

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción	381
Anatomía y fisiología del aparato reproductor	382
Pruebas complementarias específicas para las pacientes que precisan una cirugía ginecológica	383
Evaluación de la paciente que precisa una cirugía ginecológica	387
Cirugía menor ginecológica	389
Cirugía laparoscópica	391
Cuidado de enfermería para una cirugía menor ginecológica y laparoscópica	392
Miomectomía	393
Histerectomía	394
Asistencia de enfermería para cirugía mayor ginecológica	397
Resección endometrial	404
Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	404
Cirugía reparadora vaginal/colporrafia	405
Cirugía de continencia	406
Tratamiento laparoscópico del prolapso	407
Asistencia de enfermería para las pacientes que precisan una cirugía reparadora vaginal y de continencia	407
Tratamiento laparoscópico del embarazo ectópico	408
Tratamiento de cánceres ginecológicos	410
Conclusión	415

OBJETIVOS CLAVE DEL CAPÍTULO

Al final del capítulo, el lector debería ser capaz de conocer:

- La anatomía y fisiología de interés del aparato reproductor femenino.

- Las pruebas complementarias específicas que pueden ser necesarias para una mujer que va a ser sometida a una intervención quirúrgica ginecológica.
- Los diferentes tipos de cirugía ginecológica.
- Lo que experimentarán las mujeres en el hospital y durante la recuperación en el domicilio.
- Los consejos de alta para intervenciones específicas.
- Los aspectos sexuales de la cirugía ginecológica.

Cuestiones en las que pensar antes de leer el capítulo



- ¿Qué entiende por salud de la mujer?
- Proporcione una perspectiva general del ciclo menstrual.
- ¿Cuál es la función de la enfermera con respecto a las medidas preventivas?

Introducción

Es probable que cualquier intervención quirúrgica provoque inquietud, pero la cirugía ginecológica es un área especialmente sensible. Las citas ambulatorias y el ingreso en el hospital a menudo suponen exploraciones vaginales; el más personal de todos los exámenes médicos, y un motivo de preocupación para muchas mujeres (Durnell Schuiling y Likis, 2017). Es fundamental ganarse la confianza de la mujer y proporcionar un entorno relajado donde se mantengan la dignidad y la intimidad.

La cirugía ginecológica también puede representar una amenaza para el concepto que tiene una mujer de su imagen corporal, su fecundidad, su papel como mujer y como madre,

Cuadro 20.1 Preguntas para iniciar una conversación sobre las inquietudes sexuales después de la histerectomía

- ¿Cómo cambiará su vida la histerectomía?
- ¿Cuál cree que es la función más importante de su útero?
- ¿Cuáles son sus ideas sobre la pérdida de su útero?

su sexualidad y su relación con su pareja (Fritzer et al., 2013; Cleary et al., 2013). Los profesionales sanitarios pueden olvidar o incluso evitar las conversaciones sobre temas delicados como la sexualidad. Algunos profesionales pueden temer decir algo incorrecto o crear una situación incómoda. Aunque cada paciente tendrá inquietudes particulares, el uso de una comunicación eficaz y centrada en el paciente puede ser sumamente beneficioso (Janssen y Lagro-Janssen, 2012). Es de vital importancia tratar a cada paciente como una persona, escuchar sus preocupaciones y, cuando sea adecuado, actuar como su defensor para apoyar una atención integral (cuadro 20.1).

El objetivo de este capítulo es promover la concienciación de los problemas más amplios de los efectos psicológicos y la sexualidad relacionada con la cirugía ginecológica. Las enfermeras estarán entonces mejor informadas para atender con sensibilidad a estas mujeres.

Anatomía y fisiología del aparato reproductor

El aparato reproductor femenino consta de los genitales internos situados en la pelvis –dos ovarios, dos trompas de Falopio, útero, cuello uterino, vagina– y los genitales externos, que comprenden la vulva.

Ovarios

Los ovarios son las gónadas o glándulas sexuales femeninas. Están situados a ambos lados del útero, dentro de la cavidad pélvica. Miden aproximadamente 3,5 cm de largo, 2 cm de profundidad y 1 cm de grosor. Cada ovario está unido al ligamento ancho por un mesenterio delgado, el mesoovario. El riego sanguíneo se realiza a través de las arterias ováricas, que se originan en la aorta dorsal en la parte posterior de la pared abdominal. La vena ovárica izquierda drena en la vena renal izquierda y la vena ovárica derecha desemboca directamente en la vena cava inferior.

El ovario está compuesto por una corteza y una médula. Está rodeado por una capa de epitelio germinal. Los ovarios producen óvulos o huevos y segregan las hormonas estrógenos, progesterona y pequeñas cantidades de andrógenos.

Al nacer, cada ovario contiene al menos de dos a tres millones de folículos primordiales. Algunos de estos folículos se formarán dentro de la corteza ovárica y se convertirán en folículos quísticos maduros. Se conocen como folículos de

Graaf. El óvulo está incrustado dentro del folículo de Graaf y, cuando esté maduro, será liberado a razón de uno cada mes, en el momento de la ovulación, listo para la posible fecundación por un espermatozoide.

La ovulación ocurre 14 días antes del inicio de la menstruación, a la mitad de un ciclo de 28 días. Algunas mujeres sufren dolor pélvico todos los meses cuando se produce la ovulación, conocido como dolor menstrual o síndrome del *mittelschmerz*. Es más probable que la concepción se produzca poco después de la ovulación.

El ciclo menstrual prepara al útero para el embarazo. Si se produce la concepción, no tiene lugar la menstruación. Si se extirpan los ovarios, la menstruación cesa y no puede producirse un embarazo.

Ciclo menstrual

El ciclo menstrual ocurre en la mayoría de las mujeres cada 28–39 días, pero puede variar de 21 a 42 días. Está controlado por hormonas ováricas e hipofisarias.

La hormona foliculoestimulante (FSH) del lóbulo anterior de la hipófisis hace que el folículo crezca y estimula las células de la granulosa en el folículo de Graaf para producir estrógenos. A medida que aumenta la concentración de estrógenos, inhibe la producción adicional de FSH, pero estimula la liberación de hormona luteinizante (LH) y se produce la ovulación.

Acompañando a los ciclos ovárico e hipofisario se produce una serie de cambios en el endometrio uterino. Cuando aparece la menstruación, el endometrio se desprende hasta su capa basal y se acompaña de una hemorragia. Bajo la influencia de los estrógenos comienza la regeneración y el endometrio se engruesa. Esta es la fase de proliferación y dura unos 10 días.

Después de la ovulación y la producción de progesterona, el endometrio se vuelve más grueso y las glándulas más tortuosas. Esta es la fase secretora y dura aproximadamente 14 días más, después de lo cual el endometrio se desprende de nuevo.

Tras la liberación del óvulo del folículo de Graaf, las células de la granulosa se multiplican rápidamente y se forma un cuerpo lúteo. Este funciona como una glándula endocrina, segregando estrógenos y progesterona. Persiste durante unos 14 días, tras los cuales degenera si no se ha producido la fecundación.

Si ocurre un embarazo, el cuerpo lúteo continúa produciendo tanto estrógenos como progesterona durante aproximadamente 12 semanas, después de lo cual la placenta se hace cargo de la producción de estas hormonas.

El cuerpo lúteo es mantenido por la gonadotropina coriónica humana (hCG), que es producida por las células del trofoblasto (embrión) desde el momento de la implantación.

Trompas de Falopio

Dos trompas de Falopio (también conocidas como trompas uterinas) se unen al útero justo debajo del fondo uterino. Cada trompa mide entre 10 y 14 cm de largo. El extremo de la trompa de Falopio distal al útero se conoce como fimbrias y presenta pequeñas proyecciones digitiformes. Las fimbrias barren el óvulo hacia la trompa de Falopio. La fecundación tiene lugar en las trompas, que luego transportan el óvulo fecundado al útero, impulsado por las células epiteliales ciliadas que revisten las trompas.

Útero

El útero es un órgano muscular hueco en forma de pera que se encuentra entre la vejiga y el recto. Está formado por el fondo, el cuerpo y el cuello uterino.

La gruesa pared muscular del útero se llama miometrio, mientras que el cuerpo del útero está revestido con una membrana mucosa llamada endometrio. Se trata de una capa muy vascular que difiere en grosor a lo largo del ciclo menstrual y, en gran medida, se desprende durante la menstruación.

En condiciones normales, el útero se encuentra en una posición de anteroversión, lo que significa que el eje largo del útero se dirige hacia adelante. Es mantenido en su lugar por soportes musculares y fibrosos. El músculo está dispuesto en forma de espiral que va desde los cuernos hasta el cuello uterino, proporcionando un efecto circular alrededor de las trompas de Falopio y el cuello uterino, y un efecto oblicuo sobre el cuerpo del útero. Los importantes soportes musculares son los músculos elevadores del ano. Los ligamentos uterinos son:

- Por delante: los ligamentos redondos.
- Por fuera: los ligamentos cervicouterinos transversos.
- Por detrás: los ligamentos uterosacros.

Los ligamentos anchos, aunque denominados ligamentos, son pliegues del peritoneo que fijan el útero a las paredes laterales de la pelvis, ayudando a mantener el fondo uterino en una posición de anteroversión (Tortora y Grabowski, 2003).

El aporte sanguíneo al útero se obtiene de dos pares de arterias: las arterias uterinas y ováricas.

Cuello uterino

El cuello uterino es el cuello del útero y se extiende hasta la parte superior de la vagina. El cuello del útero mide 2-3 cm de largo y se dilata durante el parto para permitir el paso del bebé.

La superficie externa del cuello uterino en la vagina está cubierta con epitelio escamoso. Las células escamosas comienzan a crecer desde debajo del epitelio cilíndrico y lo sustituyen gradualmente. El punto en el que las células escamosas del hocico de tenca (porción externa del cuello

uterino) se encuentran con las células cilíndricas del endocérvix (cavidad interna) se conoce como unión escamocilíndrica.

La sustitución normal de un tipo de célula por otro se llama metaplasia escamosa, y donde tiene lugar se llama zona de transformación o de transición. Durante el ciclo menstrual, las glándulas del cuello uterino responden al aumento de las concentraciones de estrógenos segregando una gran cantidad de moco. Durante el ciclo se producen cambios en la consistencia del moco. Este moco es alcalino y neutraliza las secreciones vaginales ácidas.

Vagina

La vagina es un conducto muscular que une el útero con los genitales externos. Mide unos 8 cm de largo y, en condiciones normales, las paredes anterior y posterior están en estrecho contacto entre sí. Se encuentran en pliegues llamados arrugas, que se expanden durante las relaciones sexuales y el parto.

Durante los años reproductivos aparecen en la vagina bacilos de Döderlein, una forma de lactobacilos, que producen ácido láctico al actuar sobre el glucógeno de las células epiteliales. Esto genera un entorno vaginal con un pH de 4, que ayuda a evitar infecciones.

Vulva

La vulva (que significa «cubierta» en latín) es el nombre colectivo que se le da a los órganos reproductores femeninos externos. La vulva consta de los labios mayores, los labios menores, el clítoris, el vestíbulo de la vagina, el bulbo del vestíbulo y las glándulas de Bartholin. Se extiende desde el monte de Venus hasta el perineo y está delimitada por los labios mayores.

Pruebas complementarias específicas para las pacientes que precisan una cirugía ginecológica

Exploración ginecológica

Tacto vaginal

El tacto es una herramienta de diagnóstico físico y puede ser realizado por médicos o bien por profesionales sanitarios afines formados. El tacto puede ser digital (bimanual) o implicar la introducción de un espéculo.

Es una exploración muy íntima y muchas mujeres muestran inquietudes o preocupaciones en relación con este aspecto de la evaluación del paciente. Es muy recomendable tener a un acompañante presente y esencial para obtener el consentimiento para el examen.

Resulta fundamental ofrecer apoyo y explicación a la mujer, garantizar siempre la intimidad y mantener la dignidad de la mujer. Algunas mujeres prefieren que les digan exactamente lo que está sucediendo; a otras les gusta

distraerse hablando de la familia o las vacaciones, etc. Cuanto más relajada esté la paciente, menos incómoda será la exploración. Sin embargo, es importante comprender que simplemente aconsejar a la paciente que se «relaje» puede resultar insuficiente o incluso condescendiente. Como alternativa, puede ser mejor recomendar técnicas de relajación o ejercicios de respiración profunda.

Es aconsejable que la mujer vacíe primero su vejiga y se le permita quitarse la ropa interior en privado. Siempre debería haber una cortina disponible para mantener su dignidad durante la exploración.

Exploración con espéculo

A menudo, el profesional clínico necesitará usar un espéculo para ver el cuello uterino, por ejemplo, para tomar un frotis cervical u obtener un frotis vaginal alto a fin de detectar infecciones de transmisión sexual. El tipo más frecuente de espéculo es el espéculo de Cusco o bivalvo, que separa las paredes vaginales permitiendo la visualización del cuello uterino.

Si no, se puede utilizar un espéculo de Sims. Este instrumento se usa más habitualmente en el quirófano con la paciente en posición ginecológica, pero también se puede usar en el consultorio con la mujer acostada en decúbito lateral izquierdo modificado. Se utiliza para evaluar cualquier prolapso del útero o de la pared vaginal. Se le puede pedir a la mujer que tosa para demostrar cualquier signo de incontinencia de esfuerzo.

Palpación bimanual

Un tacto bimanual se lleva a cabo con dos manos palpando juntas, una en el abdomen de la mujer, presionando el fondo (parte superior) del útero y la otra dentro de la vagina. Mediante esta exploración se determinan el tamaño, la posición y el movimiento del útero. Se localizan otras estructuras como los ovarios y las trompas de Falopio. Se anota cualquier bulto, como un embarazo, un quiste ovárico o un tumor.

El tacto bimanual se puede realizar con la mujer en decúbito supino, en el que se pedirá a la mujer que levante las rodillas con los tobillos juntos y que las relaje para separarlas.

Cribado cervicouterino

Se realiza mediante el examen de las células del cuello uterino y la detección de cambios tempranos, que podrían conducir a un carcinoma epidermoide. El objetivo del NHS Cervical Screening Programme (NHSCSP) es reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino mediante un programa de cribado poblacional sistemático y de calidad garantizada para mujeres candidatas al mismo (NHS Cervical Screening Programme, 2016).

Se extraen las células de la unión escamocilíndrica del cuello uterino, donde se originan la mayoría de los cambios precancerosos, y luego se envían al laboratorio para su examen histológico. La prueba de detección habitual actual utiliza citología líquida. El cabezal del cepillo, utilizado para obte-

ner la muestra, se coloca en un pequeño frasco que contiene líquido conservante o se enjuaga directamente en este líquido. En el laboratorio se centrifuga la muestra y se toma una muestra aleatoria de las células restantes. Luego se coloca una capa delgada de las células en un portaobjetos. Este se examina con un microscopio.

Durante sus años fértiles, todas las mujeres deberían ser sometidas a una citología vaginal cada 3 años desde los 25 a los 50 años, luego cada 5 años hasta los 65 (NHS Cervical Screening Programme, 2016). Habitualmente, durante el embarazo no se realizan citologías sistemáticas, pero el cribado puede reiniciarse 3 meses después del parto. Si una mujer presenta un resultado anómalo, se aumenta la frecuencia de las citologías.

A veces, el cuello uterino puede aparecer enrojecido. Se trata de un estado fisiológico normal y aparece cuando existe una sola capa de células cilíndricas que cubren el tejido conjuntivo y los vasos sanguíneos. Se denomina «ectropión».

El tipo más frecuente de células dicarióticas o anómalas es la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Existen tres estadios de neoplasia intraepitelial cervical.

- *NIC1* se refiere a células que presentan cambios sin importancia en la estructura celular, que son los primeros signos de precáncer. En la gran mayoría de las mujeres menores de 25 años, los cambios leves volverán a la normalidad sin tratamiento, de ahí la decisión de comenzar el cribado por encima de los 25 años (NHS Cervical Screening Programme, 2016). Cuando se detecta un *NIC1*, es posible que sea necesario repetir las citologías con mayor frecuencia, según las normas locales.
- *NIC2* es el siguiente estadio, que habitualmente se correlaciona con una discariosis moderada en la que se producen cambios más acentuados. Se suele recomendar repetir la citología o realizar una colposcopia.
- *NIC3* es la anomalía preinvasiva más grave y también se conoce como carcinoma *in situ*. Existen cambios premalignos definidos y una de cada tres lesiones evolucionará a un cáncer de cuello uterino invasivo a menos que se eliminen las células anómalas. Es necesaria una colposcopia y una biopsia urgentes para determinar si las células malignas se han vuelto invasivas.

Los estudios clínicos han demostrado que el virus del papiloma humano (VPH), y en concreto las cepas 16 y 18 del virus, son responsables de la gran mayoría de los cánceres de cuello uterino (World Health Organization, 2014). En septiembre de 2008 se introdujo en el Reino Unido un programa nacional de vacunación para proteger contra el VPH a niñas de 12 a 13 años en todo el país. En julio de 2018 se anunció que el programa de vacunación se ampliaría para incluir a los niños de 12 a 13 años. Se prevé que, al vacunar tanto a niños como a niñas, se evitarán más casos de cáncer de cuello uterino atribuible al VPH en mujeres. También debería producirse una reducción en los casos de otros cánceres atribuibles al VPH tanto para hombres como para mujeres (Joint Committee on Vaccination and Immunization, 2018).

Es probable que pasen muchos años antes de que el programa de vacunación consiga un efecto sobre la incidencia del

cáncer de cuello uterino, por lo que se recomienda a las mujeres que continúen aceptando sus invitaciones para la citología cervicouterina (NHS Cervical Screening Programme, 2016).

Colposcopia

La colposcopia consiste en la inspección del cuello uterino y el tejido circundante con aumento binocular. Se utiliza un microscopio, que permite un aumento de hasta 10 veces.

La colposcopia se realiza habitualmente en un servicio de consultas externas de ginecología, una consulta específica de colposcopia o un servicio genitourinario. La técnica puede ser llevada a cabo por un médico o una enfermera colposcopista especialmente formada. Es aconsejable explicarle a la mujer que el microscopio de gran tamaño y sus accesorios no serán introducidos en su interior. La técnica es parecida a la realización de una citología vaginal, aparte del hecho de que las piernas de la mujer estarán en posición ginecológica, es decir, en estribos. También se puede tomar una biopsia con anestesia local. En muchos servicios se puede ofrecer a la mujer la oportunidad de ver su cuello uterino en una pantalla de televisión.

La colposcopia está indicada cuando se han producido cambios en las células del cuello uterino, observados en la citología vaginal de la mujer. Permite conocer la posición y extensión de la NIC, de modo que se elija el tratamiento correcto. Cada vez más, el tratamiento puede llevarse a cabo en el momento de la colposcopia, con tratamiento ablativo local como coagulación fría o escisión con asa de diatermia, eliminando la necesidad de anestesia general.

Consejos para el alta después de una colposcopia

- Puede existir una secreción teñida de sangre o puede ser serosa. Para una protección suficiente se debería usar un protector higiénico o una compresa. Para reducir el riesgo de infección, no deberían usarse tampones durante la primera regla después del tratamiento.
- El seguimiento es fundamental para la asistencia continua de las mujeres que han presentado una anomalía en la citología vaginal. La mayoría de las mujeres serán sometidas a una colposcopia de seguimiento después de 6 meses y luego citologías anuales durante 2 años.
- Si la mujer ha recibido tratamiento en el cuello uterino, debería abstenerse de mantener relaciones sexuales durante 4 a 6 semanas para permitir que cicatrice el área biopsiada del cuello uterino. Los signos de infección local consisten en reciente hemorragia abundante o secreción con olor desagradable.

Ecografía ginecológica

La ecografía se utiliza como medio para examinar diferentes órganos del cuerpo mediante ondas sonoras de alta frecuencia. Estas forman imágenes en una pantalla y permiten detectar cualquier anomalía. Se pueden identificar el útero y los ovarios y localizar y medir cualquier tumor. Durante el ciclo menstrual se puede observar el crecimiento de un folículo de

Graaf y medir el grosor del endometrio, de modo que se confirma el momento de la ovulación.

Es necesaria una vejiga llena, ya que ayuda a empujar al útero y los ovarios a una mejor posición para la exploración. La mujer debería llenar su vejiga bebiendo 1 l de líquido (no bebidas gaseosas) durante las 2 h previas a la cita. Esto puede resultar muy incómodo para la mujer.

La técnica dura entre 5 y 10 min y no es dolorosa, pero puede resultar incómoda. Esto se debe a que el ecografista debe presionar con firmeza, con gel frío, contra el abdomen y la vejiga llena para generar una imagen nítida.

Ecografía transvaginal

Este tipo de ecografía facilita una vista mucho más nítida de los órganos abdominales que una ecografía abdominal. Resulta útil para confirmar la presencia de un embarazo inicial intrauterino o ectópico o para detectar la falta de un dispositivo anticonceptivo intrauterino. Una ecografía no puede dañar un embarazo.

La punta de una sonda de borde redondeado se cubre con una funda protectora desechable y, a continuación, se introduce en la vagina.

Biopsia endometrial

Es posible obtener tejido para biopsia endometrial sin anestesia general en la consulta externa. Puede resultar más recomendable para las mujeres que no desean recibir anestesia general o para quienes una anestesia general puede ser inadecuada, como las ancianas. Se introduce una pipeta estrecha de plástico en la cavidad endometrial y se toma una biopsia. Se debería advertir a la mujer de que esto puede resultar incómodo, pero que es una intervención relativamente rápida. La desventaja de esta técnica sobre la histeroscopia es que se realiza a ciegas, mientras que la histeroscopia facilita la inspección de toda la cavidad.

Histeroscopia

Se pasa un pequeño fibroscopio a través del cuello uterino hasta el útero. Se separan las paredes del útero con gas o líquido para que el endoscopio pueda ver el interior del útero.

La histeroscopia se realiza cada vez más como técnica ambulatoria, evitando la necesidad de anestesia general. Al mismo tiempo se pueden realizar más intervenciones, como la obtención de una biopsia o la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU).

Laparoscopia

Esta prueba permite la visualización directa de los órganos pélvicos con una luz de fibra óptica y un instrumento similar a un endoscopio conocido como laparoscopio. Con anestesia general, se coge una vía a la mujer y se coloca la cabeza hacia abajo (en posición de Trendelenburg) para permitir que el contenido de la parte superior del abdomen se separe de los órganos pélvicos. Se practica una pequeña incisión debajo del ombligo

y se introduce dióxido de carbono en la cavidad abdominal para obtener un «neumoperitoneo». Esto ayuda a desplazar los intestinos y permite ver fácilmente los órganos pélvicos y abdominales a través del laparoscopia. Tradicionalmente, los ginecólogos han optado por utilizar presiones intraoperatorias más altas (es decir, utilizan más dióxido de carbono que otras especialidades que realizan laparoscopia); sin embargo, no existe un consenso sobre las presiones óptimas para la técnica y se han realizado estudios que muestran que el uso de una presión más baja puede reducir algunas complicaciones, como el dolor postoperatorio (Kyle et al., 2016).

Se pueden introducir otros instrumentos a través de nuevos trocares, cuyo número y tamaño dependerá de la técnica que se esté realizando. Una intervención diagnóstica sencilla puede requerir solo un trocar para instrumentos, mientras que una intervención más compleja (como la histerectomía) precisará más trocares.

A continuación se puede realizar una observación minuciosa de los órganos pélvicos. Como prueba complementaria para la infertilidad se inyecta azul de metileno a través del cuello uterino y se observa mediante el laparoscopia a medida que pasa por las trompas de Falopio y sale a través de los extremos de las fimbrias hacia la cavidad pélvica. El colorante demuestra cualquier obstrucción en las trompas que podría impedir que los óvulos de los ovarios lleguen al útero. Si el colorante fluye a través de ellas, se supone que las trompas son permeables, aunque no se puede ver el estado de los cilios en el revestimiento. Si la prueba se realiza durante la fase folicular del ciclo, se pueden ver los folículos en desarrollo.

Se debería advertir a la mujer de que puede sentirse hinchada y presentar molestias alrededor de los hombros. Esto es bastante normal y es producido por el dióxido de carbono en el abdomen, que irrita el nervio frénico. El paracetamol y la infusión de menta poleo pueden aliviarlo.

Los avances en las técnicas laparoscópicas significan que las intervenciones que antes se realizaban a través de una laparotomía abierta, como la ovariectomía y la histerectomía, ahora se llevan a cabo mediante laparoscopia, lo que resulta en un tiempo de recuperación más rápido.

Pruebas complementarias urodinámicas

La incontinencia urinaria (IU) es un síntoma frecuente que puede afectar a mujeres de todas las edades, con una amplia gama de gravedad y naturaleza. La IU es definida por la International Continence Society como «el síntoma de cualquier pérdida involuntaria de orina» (NICE, 2015). La IU puede producirse como consecuencia de una serie de anomalías en la función de las vías urinarias inferiores o como resultado de otras enfermedades, que tienden a provocar fugas en diferentes situaciones. La IU de esfuerzo consiste en la pérdida involuntaria de orina por esfuerzo o ejercicio, o al estornudar o toser. La IU de urgencia consiste en una pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de tenesmo (un deseo repentino e imperioso de orinar que resulta difícil de retrasar). La IU mixta consiste en la pérdida

involuntaria de orina asociada tanto a la IU de urgencia como al ejercicio, el esfuerzo, los estornudos o la tos.

La vejiga hiperactiva (VH) se define como la necesidad imperiosa de orinar que ocurre con o sin IU imperiosa y, habitualmente, con polaquiuria y nicturia.

Las pruebas complementarias urodinámicas miden los cambios en la presión vesical con los cambios en el volumen vesical. Se recomienda esta prueba complementaria para demostrar anomalías específicas antes de emprender intervenciones urológicas complejas (NICE, 2015). Se introduce una sonda en la vejiga y se coloca una sonda de presión en el recto para medir la presión abdominal. Esto elimina los artefactos de movimiento que pueden producirse si se mide solo la presión intravesical. La presión rectal se resta de la presión intravesical para ofrecer la presión del detrusor.

Se llena la vejiga a una velocidad rápida de 100 ml/min. La mujer indica cuándo siente por primera vez la sensación de llenado y cuándo siente llena la vejiga. El flujo de agua está desconectado; luego se pone de pie y se le pide que tosa para demostrar cualquier pérdida de orina. A continuación, se sienta en el uroflujómetro (un retrete con forma de orinal) y vacía su vejiga en privado mientras se anotan el flujo máximo y la presión de volumen máxima.

También se puede llevar a cabo una videocistouretrografía (VCU), que permite la visualización del mecanismo del esfínter uretral y demuestra cualquier patología vesical asociada. Esto resulta especialmente útil si la paciente ha sido sometida previamente a una cirugía de continencia o existe una indicación médica para una radiografía.

Es posible que sea necesaria una prueba urodinámica ambulatoria si los resultados de la urodinámica normal no son concluyentes, o si la paciente aún presenta síntomas y no está respondiendo al tratamiento. Utiliza un equipo especial y dura 4 h. Se colocan sondas de presión en la vejiga y el recto como en la urodinámica, pero se anima a la paciente a que se movilice. Las mediciones se comprueban cada hora.

Cistoscopia

Esta técnica supone la exploración completa de la vejiga. Se introduce un cistoscopio, un instrumento fino similar a un endoscopio con una fuente de luz, en la uretra y se pasa a la vejiga. Esto le permite al uroginecólogo ver el interior de la vejiga y se puede tomar una biopsia. La intervención se puede realizar con anestesia local, en cuyo caso se utiliza un cistoscopio flexible o, si son necesarias más intervenciones (como biopsias), la cistoscopia se puede realizar con anestesia general.

Esta operación se lleva a cabo para investigar la causa de infecciones urinarias recurrentes o hematuria (sangre en la orina). Durante la intervención, se pueden extirpar pequeños pólipos en la vejiga o una carúncula (un pequeño bulto carnoso) en la entrada uretral.

Prueba de embarazo

Una prueba de embarazo detecta la gonadotropina coriónica humana, que es excretada en la orina. En el embarazo

normal, la concentración de esta hormona marcadora en sangre y orina alcanza su punto más alto entre la octava y la duodécima semana. Sin embargo, los equipos modernos de prueba de embarazo son ahora tan sensibles que pueden detectar una concentración tan baja como 25–30 UI/l.

Las cifras de gonadotropina coriónica humana en un embarazo ectópico (es decir, un embarazo que ocurre fuera del útero, más habitualmente en una trompa de Falopio) son más bajas que las encontradas en un período de gestación comparable en un embarazo normal. En casos de sospecha de embarazo ectópico, la medición de la concentración sérica de la subunidad β de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG) es de gran valor, especialmente cuando se usa junto con la ecografía.

En un embarazo intrauterino viable, la concentración de β -hCG se duplica aproximadamente cada 2 días. Con un valor de 1.000 a 1.500 UI/l, debería ser posible detectar un saco intrauterino en una ecografía transvaginal. La ausencia de β -hCG descarta un embarazo, pero las concentraciones superiores a 1.500 UI/l en presencia de un útero vacío pueden indicar un embarazo de localización desconocida (ELD), a menudo denominado ectópico, o un embarazo intrauterino muy inicial. Es posible que sea necesario repetir los análisis de sangre después de 48 h para evaluar tanto la cantidad como la velocidad de aumento de los valores de β -hCG.

Presencia o ausencia de Rhesus

El factor Rhesus (Rh) se encuentra en los eritrocitos del 85% de la población (Rh positivo); el otro 15% son Rh negativos (Tortora y Grabowski, 2003). Si una madre es Rh negativo y el feto es Rh positivo y una pequeña cantidad de sangre fetal pasa al torrente sanguíneo de la madre, estas células extrañas estimularán su cuerpo y comenzará a producir anticuerpos Rh. Si el embarazo continúa, no se producirá ningún daño al feto. Sin embargo, una vez producidos los anticuerpos, estos podrían afectar a futuros embarazos. Si un feto posterior es Rh negativo, no habrá ningún problema, ya que no tiene antígenos Rh. Sin embargo, un feto Rh positivo presentará antígenos Rh. Los anticuerpos en la sangre de la madre atravesarán la placenta y atacarán a los eritrocitos del feto provocando una hemólisis (fig. 20.1).

Se puede evitar la enfermedad de Rhesus mediante la inyección de inmunoglobulina «anti-D», que destruye cualquier célula Rh positiva que haya entrado en el torrente sanguíneo de la mujer. Por lo tanto, impide que el cuerpo de la mujer produzca anticuerpos, pero debe administrarse en las primeras 72 h posteriores a la separación de la placenta.

Evaluación de la paciente que precisa una cirugía ginecológica

La mayoría de las operaciones ginecológicas se llevan a cabo como ingresos programados planificados, lo que ofrece al

equipo de preingreso la oportunidad de preparar a la mujer tanto física como psicológicamente para la cirugía. Dicho esto, la enfermería ginecológica es un área especialmente sensible, y cada paciente presenta circunstancias únicas y preocupaciones o consideraciones individuales. Para ciertas intervenciones, incluso cuando el cáncer es de alta probabilidad, puede haber relativamente poco tiempo entre el preingreso y la cirugía. Encontrar un oyente empático puede ser el primer paso que da una mujer para aceptar un diagnóstico difícil, ya sea un embarazo no deseado o una sospecha de cáncer. A muchas mujeres les resulta desalentador el proceso de acudir a un tratamiento, pero una consulta de preingreso gestionada de forma eficaz y con atención integral puede proporcionar oportunidades inestimables para informar y preparar a la paciente, al tiempo que la incluye en la creación de un plan de tratamiento individual (Allison y George, 2014; Gray et al., 2015).

Es importante que se realice una evaluación completa de enfermería lo antes posible después del ingreso y que la enfermera establezca una relación rápidamente para que se pueda ofrecer apoyo a la mujer, que puede encontrar la situación tanto angustiada como embarazosa (Setchell, 2013).

La mujer acudirá al consultorio, donde un médico evaluará su estado de salud. Se explicarán las intervenciones de la planta y la cirugía planificada, se entregarán folletos de información y se realizarán las pruebas complementarias preoperatorias. El National Institute for Health and Care Excellence ha elaborado directrices para las pruebas preoperatorias sistemáticas según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA) y la clasificación de la intervención quirúrgica reservada (NICE, 2016). Estas pueden incluir un hemograma completo y grupo sanguíneo y reserva de hemoderivados para las mujeres que van a ser sometidas a una cirugía mayor. Aquí, el laboratorio guarda parte de la sangre de la paciente para que se puedan realizar pruebas cruzadas con las unidades de sangre adecuadas en caso de que sufra una hemorragia durante la cirugía. Para las pacientes de origen afrocaribeño y mediterráneo se requiere una electroforesis a fin de excluir la anemia drepanocítica y la β -talasemia. Las mujeres de 60 años o más a menudo precisan un electrocardiograma para detectar cualquier problema cardíaco desconocido.

En muchos servicios, la evaluación preoperatoria la realiza la enfermera o el profesional sanitario. Esto se hace para establecer una valoración inicial a partir de la cual se puedan comparar el cambio y la evolución. Es importante obtener antecedentes médicos y sociales generales, así como antecedentes obstétricos y ginecológicos específicos. Se debería obtener una historia obstétrica que enumere los embarazos, abortos espontáneos y provocados, aunque algunas mujeres prefieren que los abortos provocados divulgados no se registren realmente. Para las mujeres que son sometidas a una cirugía de continencia se debería anotar cualquier bebé que pese más de 3.600 g, y la duración del período de dilatación y el tipo de parto también son pertinentes. Un período de dilatación prolongado que da lugar a un parto con fórceps puede dañar el suelo pélvico y la uretra. A menudo se utilizan las letras «G» para «gestación», que significa «embarazo», y «P»

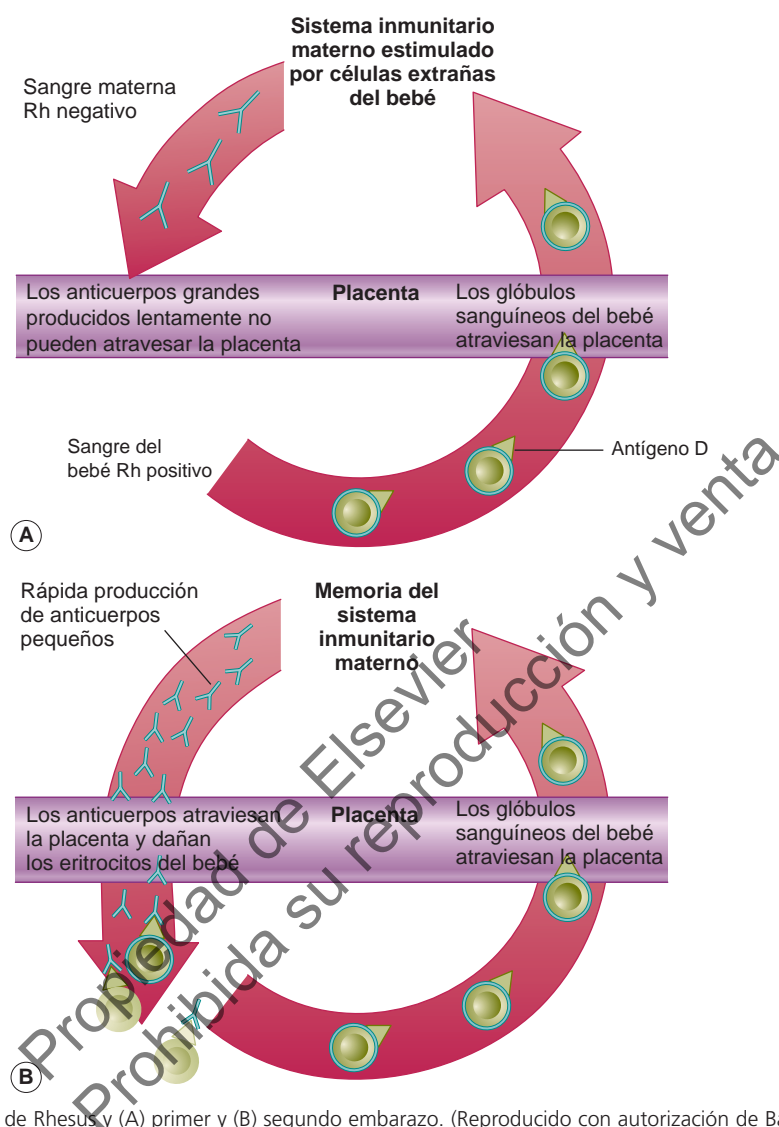


Figura 20.1 Enfermedad de Rhesus y (A) primer y (B) segundo embarazo. (Reproducido con autorización de Baxter Healthcare.)

para «parto». Por lo tanto, una mujer descrita como G4-P2-A2 quiere decir cuatro embarazos que dan lugar a dos hijos vivos y dos abortos.

También se registran los antecedentes menstruales. Cada mujer tiene su propia idea de cómo es una regla «normal» y, por lo tanto, resulta útil hacer preguntas específicas, como cuántas compresas/tampones usa al día durante una regla. La duración de la regla y la duración del ciclo son importantes, al igual que la aparición de dismenorrea (dolor menstrual moderado-intenso) y tensión premenstrual.

Se debería anotar cualquier método anticonceptivo utilizado. Se puede recomendar a las mujeres que toman la píldora anticonceptiva oral que dejen de tomarla antes de la

cirugía, debido al riesgo de presentar una trombosis venosa profunda (TVP) después de la cirugía.

También se debería llevar a cabo una evaluación de la función intestinal y urinaria. Muchas mujeres padecen estreñimiento tras la cirugía. Resulta útil saber si una mujer sufre de esto también antes de la operación, para planificar su asistencia según proceda. Una descripción general de la disfunción vesical de una mujer es especialmente importante si va a ser sometida a una cirugía de continencia. La incontinencia urinaria ha sido un tema «tabú» durante muchos años y, a menudo, las mujeres se han sentido demasiado avergonzadas o incómodas para admitir que sufren pérdidas de orina. Hacerle preguntas directas a la mujer en el momento

apropiado a menudo será un alivio para ella porque se ha mencionado el tema. A veces, las preguntas cerradas (preguntas cuya respuesta es sí o no) resultan más útiles para obtener información de la mujer que las preguntas abiertas, que pueden ser malinterpretadas. Por ejemplo, la pregunta «¿Alguna vez pierde orina cuando estornuda o durante el ejercicio?» es muy clara.

A veces, la evaluación puede tener lugar mientras se habla de manera informal sobre otro tema o cuando se realiza una tarea física. Muchas enfermeras se sienten desbordadas al hablar de cuestiones sexuales, pero a menudo la paciente solo quiere la oportunidad de hablar sobre sus experiencias y sentimientos.

Evidentemente, no todas las enfermeras están capacitadas para realizar exploraciones vaginales, pero es una habilidad con enormes beneficios para la mujer y la enfermera. Puede convertirse en la base para una evaluación de enfermería psicosexual sin la presencia de personal médico. Muchas enfermeras de continencia y planificación familiar evalúan la función del suelo pélvico mientras realizan una exploración vaginal, lo que facilita mucho la enseñanza de los ejercicios del suelo pélvico.

El consultorio de preingreso ofrece una oportunidad ideal para que todas estas evaluaciones sean realizadas por el personal de enfermería. Por desgracia, debido a la naturaleza muy ajetreada y la rápida rotación de la mayoría de las plantas ginecológicas, una enfermera puede tener solo 10–15 min para ingresar a cada paciente, por lo que la evaluación debe ser sencilla y relativamente rápida.

El modelo de asistencia mediante actividades de la vida cotidiana ideado por Roper, Logan y Tierney (2003) se utiliza con frecuencia como marco de evaluación para planificar la asistencia, ya que es relativamente fácil de usar. A menudo, los planes asistenciales «estándar» se utilizan cuando la asistencia requerida cambia con rapidez antes y después de la operación, para planificar la asistencia para el alta e identificar áreas donde se necesita la instrucción de la paciente. Sin embargo, es importante que también se tenga en cuenta la asistencia psicológica de la mujer y su familia.

A menudo se utilizan protocolos asistenciales integrados como base para planificar la asistencia de las mujeres ingresadas para intervenciones específicas. Sin embargo, las enfermeras aún deben ofrecer asistencia de enfermería individualizada, en función de una evaluación integral que incluya la percepción de la mujer de su propia anatomía y fisiología, con especial atención a la imagen corporal y la sexualidad.

Cada vez más ha habido un movimiento hacia el «restablecimiento optimizado» (RO) en ginecología. El objetivo de dichos programas es ofrecer una vía quirúrgica óptima diseñada para reducir al mínimo el impacto fisiológico y psicológico general de la intervención quirúrgica y, por lo tanto, ayudar a las pacientes a recuperarse antes. Una vía de RO se puede dividir en tres partes principales: preparación preoperatoria de la paciente, intervenciones perioperatorias y rehabilitación postoperatoria (McDonald, 2015). Antes de la operación, la paciente necesitará instrucciones y apoyo para

facilitar su asistencia. A nivel perioperatorio, elementos clave como mantener la normotermia de la paciente y la fluidoterapia pueden garantizar una asistencia óptima a la paciente. Tras la operación, los elementos clave de un programa de RO son la movilización precoz, la alimentación temprana, el tratamiento proactivo del dolor y las náuseas y la administración restringida de líquidos i.v. Se considera que dichos programas son beneficiosos para la paciente porque promueven la recuperación y beneficiosos para los hospitales/consorcios porque reducen las estancias hospitalarias y, por lo tanto, aumentan la capacidad de camas y reducen los costes.

La planificación del alta debería iniciarse en el momento de la evaluación preoperatoria, para determinar, antes del ingreso, el entorno domiciliario y qué asistencia se encuentra disponible por parte de la familia. Si la mujer carece de familia o cuidadores, en concreto para las mujeres mayores que pueden vivir solas, se deberían elaborar planes en la etapa más precoz para cualquier servicio de apoyo que pueda ser necesario en el momento del alta hospitalaria, involucrando a un trabajador social en su cuidado.

Sin embargo, también es fundamental que la paciente no se sienta como si estuviera «en una línea de producción», ya que cada paciente tendrá un conjunto particular de necesidades y requisitos.

Cirugía menor ginecológica

Histeroscopia, dilatación y legrado

La histeroscopia, seguida de dilatación del cuello uterino y legrado del útero, es una intervención ginecológica menor frecuente. En la actualidad se realiza habitualmente en consultas externas, lo que reduce la necesidad de anestesia general.

A través del cuello uterino se introduce un endoscopio en la cavidad endometrial, donde se puede ver directamente el tamaño y la forma de la cavidad uterina y el endometrio.

Esta técnica se puede utilizar a nivel diagnóstico cuando se ha producido una hemorragia posmenopáusica, una hemorragia poscoital (después de las relaciones sexuales) o cualquier caso de una mayor hemorragia, tanto durante la menstruación como entre reglas (hemorragia intermenstrual). Puede descubrir un pólipo endometrial, o la anatomía patológica del legrado endometrial puede mostrar un cáncer de endometrio.

Legrado evacuador obstétrico

También se puede usar una dilatación y legrado modificados como intervención terapéutica para tratar una hemorragia abundante cuando la causa es la retención de restos ovulares después de un aborto espontáneo. Esta intervención se conoce como legrado evacuador obstétrico. Habitualmente se realiza con anestesia general y utiliza aspiración para eliminar la retención de restos. Una opción quirúrgica alternativa es una aspiración manual al vacío (AMV) o aspiración manual

endouterina (AMEU), que se puede realizar con anestesia local en un entorno ambulatorio. El National Institute of Health and Care Excellence (2012) aconseja que, cuando sea adecuado desde el punto de vista clínico, las mujeres deberían poder elegir entre estas dos técnicas.

Un aborto espontáneo puede describirse como la expulsión del feto del útero antes de que sea viable, es decir, antes de que sea capaz de una existencia independiente. Se considera que esto ocurre antes de las 24 semanas de gestación. El término médico correcto para un aborto natural es aborto espontáneo, pero esto puede provocar más angustia a las mujeres, por lo que se prefiere el término aborto natural.

Al asistir a mujeres que han sufrido un aborto espontáneo el lenguaje utilizado siempre es importante. Es aconsejable que a la intervención no se la denomine «raspado», ya que, de manera comprensible, puede molestar a las madres. Las mujeres son especialmente vulnerables en este momento y aprecian que los profesionales sanitarios reconozcan su pérdida como importante y como un bebé real más que un feto.

En este momento las mujeres no solo necesitan apoyo físico y emocional, sino que también requieren que se les ofrezca información de manera clara, honesta y sensible.

El tratamiento quirúrgico es una de las tres opciones sobre las que se debería asesorar a la mujer para que pueda adoptar una decisión informada. Las otras opciones son tratamiento conservador o médico.

- **Tratamiento conservador:** solo se debería ofrecer si la mujer no está sangrando de forma abundante. Se permite que la naturaleza siga su curso y se produzca un aborto espontáneo. Se debe dar una explicación completa de lo que la mujer debería esperar en cuanto al dolor, la hemorragia y el aspecto previsto de los restos ovulares. Se le deben proporcionar los números de teléfono de contacto del hospital en caso de que la hemorragia o el dolor lleguen a ser excesivos. Para evaluar la retención de los restos ovulares se concierta una ecografía hasta 1 semana más tarde. Se trata de una opción natural y ofrece a las mujeres la oportunidad de tener el control de sus cuerpos con una alternativa al tratamiento médico o quirúrgico. Sin embargo, algunas mujeres no pueden afrontar los efectos psicológicos de llevar un bebé muerto durante posiblemente varias semanas; para estas mujeres, una de las otras alternativas puede resultar más adecuada.
- **Tratamiento médico:** ha aparecido en los últimos años y se ha demostrado que es sumamente eficaz. La mujer recibe un tratamiento combinado con antiprogesterona mifepristona y prostaglandina E; ya sea por vía oral, como misoprostol, o por vía vaginal, como gemeprost (NICE, 2012). La primera dosis, es decir, mifepristona, se suele administrar a la mujer mientras se encuentra en el servicio de evaluación temprana del embarazo, y ella regresa a la planta para completarla con misoprostol 36 a 48 h después. Se debe asesorar por completo a la mujer sobre los efectos del tratamiento, es decir, que presentará un poco de hemorragia e incluso puede sufrir un aborto espontáneo en casa. Todos los restos expulsados deben

ser examinados de cerca en busca de tejido fetal, de membranas y placentario, para asegurarse de que no exista una retención de restos. La mujer debe poder regresar al hospital en cualquier momento si comienza a sufrir un aborto espontáneo antes de la segunda dosis. Una ventaja de este tratamiento es que la mujer no precisa anestesia general, pero tendrá que pasar por un proceso similar al parto durante la expulsión de los restos.

La pérdida de un embarazo, por cualquier motivo, es decir, aborto espontáneo, muerte fetal, embarazo ectópico o incluso aborto provocado, puede provocar problemas psicológicos para la mujer y su pareja durante algún tiempo después del acontecimiento. El aborto espontáneo puede crear problemas con el concepto de sí misma de una mujer, sentimientos internos de fracaso, pérdida de la fe en su cuerpo y otros conflictos en el matrimonio y las relaciones familiares. La culpa es un sentimiento frecuente y puede ser necesario un compañero comprensivo y una asistencia de enfermería especializada para ayudar a una mujer en este momento. Sin embargo, a menudo se pasa por alto el impacto psicológico sobre los padres.

Se debería recomendar a una pareja que ha sufrido un aborto espontáneo que espere hasta que la mujer haya tenido una regla normal antes de intentar otro embarazo. Diferentes pacientes tendrán diferentes sentimientos. Algunos pueden estar deseosos de volver a concebir lo antes posible, mientras que para otros puede ser demasiado pronto. Es fundamental que las enfermeras no adopten la actitud de: «Vete a casa y vuelve a quedarte embarazada». La enfermera debe conocer todos los aspectos psicológicos mencionados anteriormente para asegurarse de que sea empática y comprensiva con ambos padres.

Aborto provocado

También se utiliza una técnica parecida para realizar un aborto provocado por aspiración durante el primer trimestre (hasta alrededor de las 12 semanas de gestación). Se dilata el conducto cervicouterino para acoger la sonda de aspiración, dependiendo el tamaño utilizado de lo avanzado que se encuentre el embarazo. Se enciende el aspirador y los restos ovulares se desprenden y se aspiran. Luego se usa una pequeña legra para verificar que la evacuación esté completa. El útero grávido está obviamente agrandado y más vascularizado, por lo que el riesgo de perforación uterina y el riesgo de necesidad de un nuevo vaciamiento si no se extraen todos los restos ovulares deberían explicarse en detalle. Estas intervenciones se suelen realizar como cirugía de día con anestesia general, pero algunos hospitales ofrecen la opción de una anestesia local, lo que reduce los tiempos de espera.

Los abortos provocados en el segundo trimestre (13 a 20 semanas de gestación) se pueden llevar a cabo administrando mifepristona. Al bloquear el efecto de la progesterona, este fármaco hace que el embrión se desprenda, los músculos uterinos se contraigan y el cuello uterino se dilate. La asistencia es similar a la de las mujeres que son sometidas a un tratamiento médico por un aborto espontáneo.

Cirugía laparoscópica

Liberación de adherencias o salpingólisis laparoscópica

Esta operación se realiza a través del laparoscopio y consiste en separar las adherencias peritubáricas alrededor de los extremos superiores de las trompas de Falopio. Si las fimbrias no están dañadas y las adherencias no son demasiado extensas, es probable que el epitelio de revestimiento de las trompas de Falopio esté indemne y se pueda restablecer su función. En algunos casos, al mismo tiempo se puede realizar una «laparoscopia y tinte» (descrita anteriormente en este capítulo).

Tratamiento laparoscópico del quiste ovárico

Hasta el 10% de las mujeres serán sometidas a algún tipo de cirugía durante su vida debido a un tumor ovárico. En las mujeres premenopáusicas, casi todos los tumores y quistes ováricos son benignos (RCOG, 2011). La gran mayoría de las pacientes se beneficiarán de las técnicas laparoscópicas para extirpar o tratar el quiste.

El tratamiento ofrecido puede variar en función de si se piensa que el quiste es benigno o sospechoso (de ser maligno), si la mujer se encuentra posmenopáusica, el tamaño del quiste y la preferencia de la mujer. Puede ser posible realizar una quistectomía ovárica (en la que se extirpa el quiste, pero se conserva el ovario) que resulta beneficiosa para una mujer más joven que desea conservar la fecundidad futura. Si no, se puede extirpar todo el ovario, con o sin la trompa. Se trata de una ovariectomía o, en el caso de la extirpación de las trompas de Falopio y del ovario, una ovariosalpingectomía. La trompa de Falopio puede ser extirpada con el ovario para reducir el posible riesgo de cáncer, ya que existen algunos datos de que los cánceres que antes se pensaba que eran ováricos comienzan en las trompas de Falopio (Erickson et al., 2013).

A algunas mujeres que presentan un mayor riesgo de cáncer de ovario debido a mutaciones genéticas (en concreto *BRCA1* o *BRCA2*) se les puede ofrecer una ovariosalpingectomía bilateral profiláctica para reducir (aunque no erradicar) su riesgo de padecer un cáncer de ovario. Para la mayoría de las mujeres resulta apropiado realizar esta intervención por vía laparoscópica (RCOG, 2015a; Muto et al., 2017).

Tratamiento laparoscópico de la endometriosis

La endometriosis es una afección que aparece en mujeres en edad de procrear en la que el tejido endometrial (que habitualmente reviste el útero) se encuentra fuera del útero. Si está limitado al miometrio, se llama adenomiosis. La endometriosis se puede encontrar en el ovario, el ligamento ancho, el intestino y la vejiga, y en ocasiones se ha observado en el pulmón. En la endometriosis grave, los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y los intesti-

nos están pegados por densas adherencias. Existen varios sistemas de clasificación disponibles que se pueden usar para describir el alcance de la endometriosis (Johnson et al., 2017).

La serie de síntomas y dolor que sufren las diferentes mujeres varía considerablemente. Durante la menstruación, el tejido endometrial está sujeto a los mismos cambios hormonales que el útero. La sangre liberada no tiene forma de salir y es reabsorbida al torrente sanguíneo. La inflamación provocada da lugar a cicatrices y adherencias. Los depósitos pueden verse como pequeños puntos negros o como quistes más grandes, a veces conocidos como «quistes de chocolate» (endometriomas) por el aspecto de sangre alterada.

Existen opciones de tratamiento tanto farmacológico como quirúrgico para la endometriosis, que pueden usarse en combinación. Los tratamientos ofrecidos pueden variar según la propia paciente; por ejemplo, para algunas mujeres la prioridad puede ser mantener la fecundidad, para otras el tratamiento del dolor puede ser una prioridad (NICE, 2017).

Si es necesario un tratamiento quirúrgico, este se realiza habitualmente con la visión mejorada del laparoscopio. La endometriosis es destruida ya sea mediante el uso de diatermia o, si los depósitos son lo suficientemente grandes, cortándolos y extirpándolos quirúrgicamente. Los riesgos asociados con esta cirugía son, entre otros, daño al intestino o la vejiga, a menudo debido a adherencias de órganos provocadas como consecuencia de la endometriosis.

Tratamiento laparoscópico del síndrome del ovario poliquístico

La laparoscopia terapéutica también se puede utilizar para tratar la poliquistosis ovárica. Esta afección aparece cuando los ovarios se agrandan y contienen numerosos folículos quísticos. La producción normal de estrógenos se ve afectada, lo que provoca la ausencia de reglas (amenorrea) o reglas irregulares (oligomenorrea). Se considera que una mujer sufre un síndrome del ovario poliquístico cuando presenta otros síntomas además de los quistes en los ovarios, como acné, hirsutismo, aumento de peso, dolor pélvico e infertilidad.

Durante la laparoscopia se practican múltiples orificios en el ovario («perforación del ovario»), lo que provoca el drenaje de los quistes subcapsulares, que contienen elevadas concentraciones de androstenediona. Esto dará lugar a un aumento de la secreción de FSH y, en última instancia, debería producirse una ovulación espontánea. Cuando la ovulación no ocurre de forma espontánea, a menudo las mujeres responden al clomifeno, incluso cuando eran resistentes a ese fármaco antes de la cirugía. Aunque el efecto suele ser temporal, permite «una ventana de oportunidad» para que las mujeres intenten concebir sin tener que recurrir a otras opciones más caras de tratamiento de la infertilidad.

Esterilización laparoscópica

La esterilización femenina supone el bloqueo o la extirpación de las trompas de Falopio, que impide que el óvulo se encuentre con el espermatozoide y tenga lugar la fecundación.

La mayoría de las esterilizaciones se realizan por vía laparoscópica. En ocasiones, puede ser necesaria una minilaparotomía (cicatriz de 8 a 10 cm) si el acceso y la visualización de las trompas de Falopio resultan difíciles. Esto puede deberse a que la mujer es obesa, a una cirugía pélvica previa o a infecciones anteriores que han provocado múltiples adherencias. En este caso se recomendará una estancia en el hospital de 1 o 2 días y se debería evitar levantar objetos pesados durante unas 3 semanas.

La esterilización por vía histeroscópica (en la que se introducen varillas metálicas flexibles en las trompas de Falopio con un histeroscopio) fue una alternativa. Sin embargo, se han producido varios casos de efectos secundarios graves como dolor pélvico crónico y, como consecuencia, el uso de esta técnica ha disminuido (Dyer, 2018). Desde entonces, la Food and Drug Administration (2018) de EE. UU. ha impuesto una limitación sobre el uso de Essure (el producto más habitualmente utilizado), y el fabricante retiró el producto en 2018.

Después de una esterilización por oclusión tubárica laparoscópica, el embarazo es infrecuente: de 2-5 pacientes por cada 1.000 operaciones a los 10 años (RCOG, 2016). Si se produce un embarazo, suele existir un mayor riesgo de un embarazo ectópico y se debería advertir a la mujer de esta posibilidad. Sin embargo, la esterilización debería ser considerada como una técnica irreversible y la inversión no se encuentra disponible en el NHS. También se debe advertir a la mujer del riesgo durante la laparoscopia de daño a los órganos o vasos contiguos, y se le debería ofrecer consejo sobre el dolor pélvico y el dolor irradiado al hombro izquierdo que pueden aparecer después de la laparoscopia.

Desde el punto de vista técnico, es posible llevar a cabo la esterilización al mismo tiempo que el aborto quirúrgico o tras el parto por cesárea. Sin embargo, existen otros riesgos asociados con la esterilización en este momento debido a la mayor vascularización de un útero grávido. La intervención puede ser técnicamente más difícil debido a que el útero está agrandado y las trompas se encuentran en la parte alta del abdomen, lo que aumenta el riesgo de fracaso. Además, la mujer necesitará nuevo asesoramiento, ya que el riesgo de arrepentirse de la decisión es mayor (RCOG, 2016).

Cuidado de enfermería para una cirugía menor ginecológica y laparoscópica

Asistencia preoperatoria

La asistencia y la información preoperatorias constituyen una parte fundamental de la preparación de una mujer que va a ser sometida a cualquier operación ginecológica, ya sea menor o mayor. Esto es especialmente cierto en el caso de las mujeres que sufren un aborto espontáneo o provocado. Un aborto espontáneo es un problema que ocurre de repente. La mujer

es ingresada en el hospital rápidamente, sin tiempo para hacer planes para el cuidado de otros niños. Es importante tener en cuenta los sentimientos de ambos miembros de la pareja y asegurarse de que los familiares dispongan de un número de teléfono directo de la planta. Para obtener más detalles, consulte el capítulo 4.

La mayoría de las intervenciones ginecológicas menores se llevan a cabo como cirugía de día, aunque cada vez más las operaciones se realizan de forma ambulatoria. La enfermera debe asegurarse de que la mujer se sienta relajada y no parte de una atención en cadena, mostrándose sin prisas y centrada en la mujer.

Estudio de caso 20.1

Jane es una mujer de 28 años que está embarazada de 6 semanas. Es su primer embarazo (G1-P0). Ha sido ingresada con dolor pélvico y se sospecha que el embarazo es ectópico. Debe ir al quirófano para una laparoscopia de urgencia (+/- laparotomía).

Preguntas para reflexionar

- ¿Qué inquietudes puede tener Jane con respecto a la cirugía? ¿Y en cuanto a su futura fecundidad?
- ¿Cómo puede usted, como profesional sanitario, apoyarla física y psicológicamente?

Asistencia postoperatoria

Las mujeres suelen recuperarse muy rápidamente de exploraciones complementarias y operaciones menores. Siempre que sus constantes vitales se encuentren estables y la hemorragia vaginal no sea abundante, se les puede acompañar al cuarto de baño para orinar. Una vez que hayan tolerado los líquidos y una alimentación ligera pueden irse a casa, habitualmente un mínimo de 4 h después de la anestesia.

Es importante que una persona de su confianza recoja a la mujer después de la cirugía de día, y que se le entregue un folleto informativo escrito que contenga consejos de alta y un número de teléfono de contacto.

Consejos para el alta

- Es frecuente tener algo de hemorragia después de la intervención, que puede ser de color rojo brillante al principio y debería disminuir gradualmente a una mancha parduzca.
- Si la hemorragia se vuelve más abundante que una regla normal, presenta olor desagradable o se produce una elevación de la temperatura, entonces se debería contactar con la planta, ya que estos son indicios de una infección.
- En caso de que surjan complicaciones, se debería acompañar a la mujer a casa y permanecer con ella durante la noche.

- Para reducir el riesgo de infección se deberían usar compresas en vez de tampones.
- Para aliviar cualquier tipo de dolor se pueden usar analgésicos suaves como paracetamol o ibuprofeno.
- Es aconsejable que la mujer se ausente unos días del trabajo y reanude su estilo de vida y trabajo normales cuando se sienta preparada.

Consejos específicos tras el vaciamiento de una retención de restos ovulares o un aborto provocado por aspiración

Tras estas dos intervenciones, el consejo para las mujeres es similar al de una dilatación y legrado.

- El dolor a la palpación de las mamas puede resultar un problema, especialmente si el aborto espontáneo o provocado se produjo más tarde en el embarazo. Se debería advertir a las mujeres sobre esto, ya que puede ser un síntoma angustioso. Un sujetador con buen soporte ayudará a reducir las molestias, pero no suele ser necesario tomar ningún medicamento.
- Tras un aborto provocado, es fundamental que las mujeres reciban asesoramiento anticonceptivo integral. Pueden comenzar a tomar anticonceptivos orales la noche de la operación o la mañana siguiente. Deberían volver a la consulta de su médico de familia 6 semanas después de la operación para un reconocimiento general y más recetas de anticonceptivos.
- Habitualmente no se ofrece una cita hospitalaria de seguimiento a menos que la mujer haya sufrido tres abortos espontáneos consecutivos, o presente un aborto espontáneo en el segundo trimestre del embarazo.
- La Miscarriage Association y Support Around Termination for Abnormality (SATFA) disponen de una serie de folletos útiles.
- Algunos hospitales tienen su propio grupo de apoyo por abortos espontáneos dirigido por un consejero de duelo, y muchos ofrecen un servicio de recuerdo anual para todos los bebés que han muerto antes o en el momento del nacimiento en el año anterior.

Marsupialización de un absceso de Bartholin

Las glándulas de Bartholin lubrican la vulva y se encuentran detrás del vestíbulo, con un conducto que se abre en el orificio vaginal. Son propensas a la infección por enfermedades de transmisión sexual y también por microorganismos en general como estafilococos y *Escherichia coli*. Si el conducto se bloquea, las secreciones mucosas no pueden drenar y se forma un quiste. Este puede resolverse o infectarse, lo que provoca un doloroso absceso de Bartholin que, a menudo, se observa inicialmente durante las relaciones sexuales.

El absceso puede ser sumamente doloroso y aparecer caliente, enrojecido e hinchado. La mujer puede tener dificultad para caminar, no poder sentarse y es reacia a orinar. Es preferible no extirpar la glándula, ya que proporciona lubri-

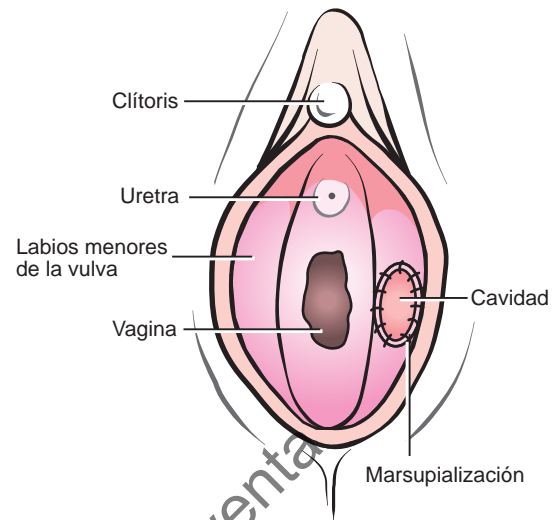


Figura 20.2 Marsupialización de un absceso de Bartholin.

cación para las relaciones sexuales. En cambio, se realiza una marsupialización. Se practica una incisión en el absceso y se suturan las paredes del absceso a la piel circundante para dejar un gran orificio que facilite el drenaje del pus (fig. 20.2).

A medida que se produce la curación se forma un nuevo conducto. Durante la operación se tomará una muestra para microscopia, cultivo y antibiograma, y se pueden recetar antibióticos. Se llena la cavidad holgadamente con una cinta de gasa impregnada con una solución como la glicerina. Esto se hace para mantener los bordes cutáneos separados de modo que pueda producirse la cicatrización por granulación. Si los bordes cutáneos cicatrizan juntos antes de que esto suceda, se puede dejar una fístula subcutánea que puede albergar infecciones recurrentes.

Asistencia postoperatoria

A menudo, esta operación se realiza de urgencia y las mujeres suelen irse a casa 24 h después, una vez que han orinado. El taponamiento será retirado por la enfermera o por la propia mujer. Esto puede ser facilitado tomando un baño de asiento. La zona debería mantenerse limpia y se puede usar un secador de pelo en vez de una toalla para secar el área. Los antibióticos no se administran de forma sistemática a menos que se demuestre una infección. Probablemente sea aconsejable no mantener relaciones sexuales durante las 2 semanas posteriores a la operación, para evitar una reinfección y permitir que la zona se cure.

Miomectomía

Una miomectomía es una operación para extirpar los miomas del útero. Un mioma (también conocido como fibromioma o

leiomioma) comienza como una sola célula en el endometrio del útero, que se multiplica para convertirse en una masa de músculo y tejido conjuntivo fibroso. La mayoría de los miomas no son más grandes que un guisante, pero pueden crecer hasta el tamaño de un pomelo. Los miomas parecen ocurrir con más frecuencia en las mujeres indígenas y africanas occidentales, aunque la razón de ello no está clara (NICE, 2018a).

No está del todo claro por qué se forman los miomas, pero dependen de los estrógenos. Antes de practicar una miomectomía, a la mujer se le puede recetar leuprorelina para inhibir la liberación de estrógenos y provocar que los miomas se encojan.

Con frecuencia, la miomectomía se realizaba como una intervención quirúrgica abierta mediante una laparotomía. Sin embargo, los avances en la cirugía laparoscópica ofrecen alternativas, como la extirpación de los miomas mediante un laparoscopio o histeroscopio (según la situación de los miomas dentro del útero). Esta técnica ofrece un período de recuperación más rápido en comparación con una técnica abierta tradicional.

Por otra parte, un radiólogo puede llevar a cabo la embolización de fibromas con sedación. Se inyectan partículas en las arterias femoral y uterina, lo que reduce el aporte sanguíneo al mioma y hace que se encoja. El resto del útero no se ve afectado.

Estudio de caso 20.2

La Sra. Smith es una mujer afrocaribeña de 42 años con dos hijos de un matrimonio anterior. Ha estado sufriendo menstruaciones abundantes y dolorosas y le han diagnosticado miomas. La Sra. Smith está anémica debido a la hemorragia. Quiere evitar una histerectomía porque le gustaría tener más hijos.

Preguntas para reflexionar

¿Qué tipos de opciones de tratamiento pueden ser adecuadas para la Sra. Smith? ¿Qué se puede hacer antes de la operación para optimizar su asistencia?

¿Qué aspectos del «restablecimiento optimizado» pueden ser ventajosos para su asistencia?

Una miomectomía supone «enuclear» los fibromas y es preferible para las mujeres que todavía quieren tener hijos. Si no se desean más embarazos, entonces una histerectomía puede ser la operación de elección.

Durante la miomectomía existe el riesgo de hemorragia por la incisión del músculo uterino. Las mujeres siempre deberían conocer el riesgo de que, si no se puede detener la hemorragia, se realizará una histerectomía. La mujer puede necesitar una transfusión de sangre y, por lo tanto, esta operación no siempre es recomendable para pacientes que no aceptan hemoderivados, por ejemplo, Testigos de Jehová (aunque a veces se pueden utilizar alternativas como el rescate celular).

Si la intervención quirúrgica se realiza mediante una laparotomía, a menudo la mujer permanecerá en el hospital de 3 a 5 días, en función de la cicatrización de la herida. Sin embargo, si la intervención se realiza como cirugía laparoscópica o mediante resección histeroscópica de los miomas, la técnica puede llevarse a cabo como cirugía de día. Dado que se trata de una cirugía de mínimo acceso, las mujeres pueden volver a una vida activa de 7 a 10 días después de la intervención quirúrgica y presentar cicatrices mínimas. Este tipo de intervención también es ventajoso porque, después de la laparotomía, cualquier línea de sutura puede debilitar la pared del útero y puede requerir una cesárea en partos posteriores. También existe un mayor riesgo de que se formen más adherencias después de la laparotomía.

Si después de una miomectomía una mujer desea quedar embarazada, muchos ginecólogos recomiendan que intente concebir en los primeros 3 a 6 meses después de la cirugía, antes de que los miomas vuelvan a crecer.

Consejos postoperatorios tras una extirpación laparoscópica de miomas

Esta operación se suele realizar como cirugía de día, por lo que la mujer debería asegurarse de que haya alguien disponible para llevarla a casa. Se deberían ofrecer consejos sobre los riesgos de daño a los órganos vecinos y cómo tratar el dolor pélvico o el dolor irradiado al hombro que puede aparecer después de cualquier laparoscopia. En condiciones normales, una mujer tarda unos días en recuperarse por completo de una laparoscopia y debería reanudar sus actividades y trabajo normales cuando se sienta preparada.

Motivos de miomectomía

A menudo, los miomas pequeños son asintomáticos y no precisan tratamiento. Sin embargo, cuando el diagnóstico de la masa pélvica está en duda, cuando el fibroma mide más de 3 cm o cuando existen síntomas molestos o provocan infertilidad, se recomienda la cirugía (NICE, 2018a).

La menorragia (reglas abundantes) es un problema frecuente ocasionado por el área más grande de endometrio que se desprende en el momento de la menstruación. Los miomas grandes pueden presionar el intestino, produciendo estreñimiento, o sobre la vejiga, provocando polaquiuria o retención urinaria.

Histerectomía

La histerectomía es la operación ginecológica mayor realizada con más frecuencia. Sin embargo, con los avances en cirugía laparoscópica y el uso de dispositivos intrauterinos de levonorgestrel, ahora existen varias alternativas para el tratamiento de la menorragia y, como consecuencia, las tasas de histerectomía por causas benignas están disminuyendo (Murkhopad-haya y Manyonda, 2013).

Existen diferentes tipos de histerectomía (fig. 20.3), y el recomendado en cada caso dependerá del motivo de la operación (cuadro 20.2).

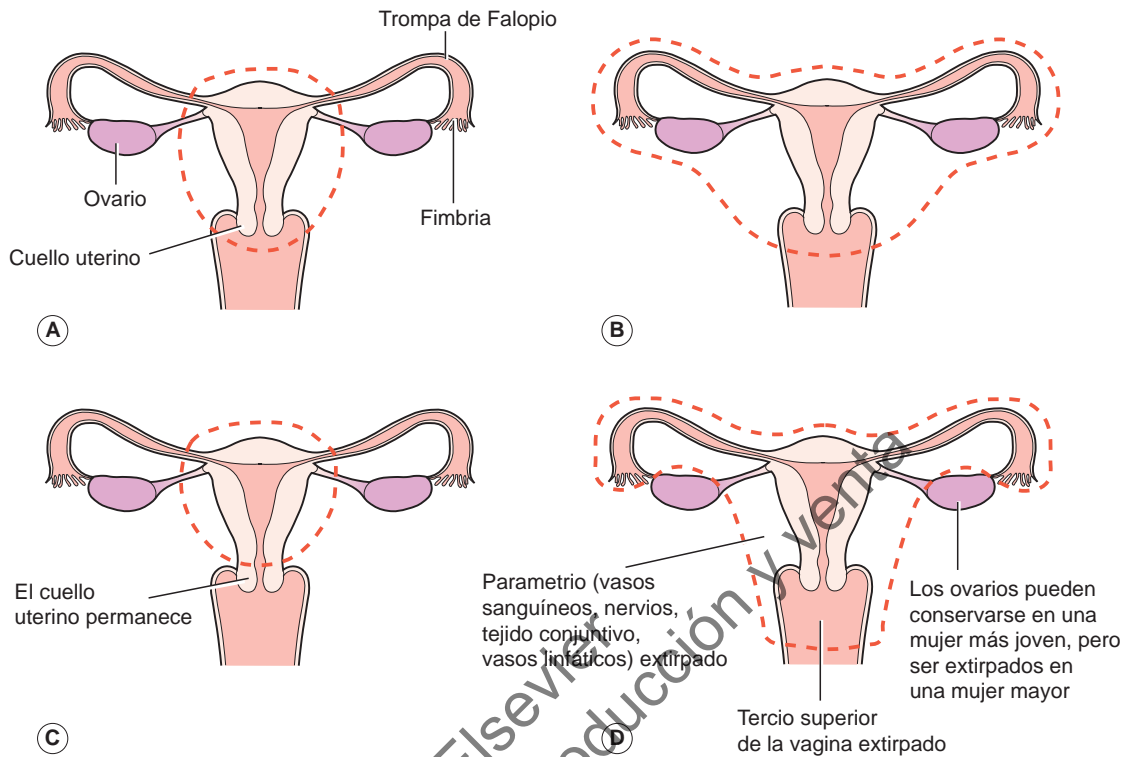


Figura 20.3 Tipos de histerectomía. (A) Histerectomía abdominal total. (B) Histerectomía abdominal total y ovariosalpingectomía bilateral. (C) Histerectomía subtotal. (D) Histerectomía (radical) de Wertheim.

Cuadro 20.2 Motivos para una histerectomía

- Reglas dolorosas o irregulares o episodios de hemorragia vaginal sin causa aparente.
- Miomas, que pueden producir dolor, hemorragia abundante y, en ocasiones, presión sobre otros órganos pélvicos; por ejemplo, la vejiga.
- Prolapso uterino, que puede interferir en la función de la vejiga y del intestino.
- Dolor pélvico crónico producido por una infección pélvica.
- Cánceres ginecológicos de vagina, cuello uterino, endometrio, trompas de Falopio u ovarios.
- En ocasiones se realiza una histerectomía en un servicio de urgencias; por ejemplo, en casos de hemorragia posparto o después de una intervención ginecológica en la que no se puede mantener la hemostasia.

Histerectomía abdominal total

Esta operación supone la extirpación del útero y del cuello uterino mediante un corte horizontal en el abdomen, justo por encima del pubis, es decir, una incisión de Pfannenstiel o «línea del bikini». Sin embargo, algunas mujeres pueden necesitar una incisión vertical donde exista una gran hinchazón abdominal, cicatrización previa o en casos en los que se sospecha un cáncer y, por lo tanto, se requiere una inspección completa del abdomen para la estadificación.

Ovariosalpingectomía bilateral

La ovariosalpingectomía bilateral se refiere a la extirpación de ambas trompas de Falopio y ovarios y, a menudo, se realiza al mismo tiempo que una histerectomía abdominal total, especialmente cuando existen signos de enfermedad o si la mujer es posmenopáusica o se está aproximando a la menopausia. La ovariectomía impide que aparezca un cáncer de ovario en el futuro. En el caso de las mujeres premenopáusicas, se intenta conservar los ovarios si están sanos, para evitar

una disminución repentina de los estrógenos que podría provocar síntomas menopáusicos graves. Sin embargo, se ha demostrado que, si se conservan los ovarios, pueden presentar una disminución de la función hormonal en mujeres premenopáusicas, posiblemente porque su aporte sanguíneo puede verse afectado durante la cirugía.

Histerectomía subtotal

En esta intervención quirúrgica se extirpa el útero, pero el cuello uterino se deja *in situ*. Todavía se necesitan citologías cervicouterinas anualmente para someter a un cribado para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino. Se han producido algunas afirmaciones de que, para la cirugía benigna, conservar el cuello uterino puede reducir el riesgo de prolapsos en el futuro; sin embargo, los datos detrás de estas afirmaciones no son concluyentes (Lethaby et al., 2012).

Histerectomía radical/de Wertheim

Esta operación es una histerectomía ampliada en la que se extirpan el útero, los ovarios, las trompas de Falopio, el tejido pélvico próximo, los conductos linfáticos y el tercio superior de la vagina. Es necesaria en casos de cáncer de cuello uterino avanzado. Más adelante en este capítulo se describen más detalles.

Histerectomía vaginal

Esta operación supone la extirpación del útero a través de la vagina, sin dejar cicatriz aparente. Cuando existe un prolapsos del útero se suele realizar una histerectomía vaginal. Las contraindicaciones para la histerectomía vaginal son, entre otras, un útero voluminoso (más grande que un útero de 14 semanas) y una sospecha o ya conocida neoplasia maligna.

Histerectomía laparoscópica e histerectomía vaginal asistida por laparoscopia

La histerectomía laparoscópica fue descrita por primera vez por Reich en 1989 y fue ideada como una alternativa de mínimo acceso al abordaje abierto abdominal o vaginal de la histerectomía (Maclaran et al., 2016). La histerectomía laparoscópica utiliza «cirugía endoscópica» para realizar la histerectomía y luego el útero puede ser extirpado por vía vaginal o, después de su fragmentación (reducirlo en trozos más pequeños), a través de una de las pequeñas incisiones. Esta técnica se puede utilizar para casos benignos o malignos, aunque en los casos en los que se sospecha un cáncer la pieza no debería fragmentarse.

Existen diferentes tipos de histerectomía laparoscópica, según el alcance de la cirugía realizada por vía laparoscópica en comparación con la realizada por vía vaginal (Aarts et al., 2015). En función de la técnica quirúrgica, la intervención puede realizarse completamente a través del abordaje lapa-

roscópico y extraer solo la pieza por vía vaginal o se puede emplear una técnica «asistida por laparoscopia» en la que parte de la cirugía se realiza por vía laparoscópica y otra por vía vaginal (p. ej., cuando también son necesarias correcciones del suelo pélvico).

Existen numerosas ventajas de la técnica laparoscópica, como la reducción del dolor postoperatorio, menos infecciones del sitio quirúrgico, menor hemorragia y una estancia hospitalaria postoperatoria más corta. Esta intervención se puede realizar tanto para enfermedades benignas como malignas, pero se ha demostrado que es especialmente beneficiosa para pacientes con cáncer de endometrio (NICE, 2010; Asher et al., 2018; Galaal et al., 2018).

Histerectomía laparoscópica asistida por robot

Un avance en la técnica laparoscópica es el uso de la robótica. Al igual que con las técnicas laparoscópicas, la cirugía robótica es de mínimo acceso. Sin embargo, a diferencia de la cirugía laparoscópica convencional, la realiza el cirujano sentado en una consola (en lugar de estar de pie en la mesa de operaciones). La consola proporciona imágenes 3D de alta definición del campo quirúrgico y la cirugía se realiza con instrumentos articulados que son más adaptables y precisos que los instrumentos laparoscópicos habituales.

Los defensores de las técnicas robóticas afirman que ofrecen muchas ventajas, como instrumentos más precisos, una visión quirúrgica 3D optimizada, una mejor ergonomía y una estancia hospitalaria más corta para las pacientes. La robótica se utiliza cada vez más para una mayor variedad de operaciones (Sinha et al., 2015). Sin embargo, también es cara y los datos que respaldan su uso para enfermedades benignas son limitados (Liu et al., 2014).

Aspectos psicológicos de la histerectomía

Toda cirugía mayor tiene repercusiones por una alteración de la imagen corporal, pero la extirpación de un útero puede cambiar la imagen de uno mismo de una mujer y su femineidad percibida y tener un profundo efecto sobre sus sentimientos de sexualidad. La incapacidad para reproducirse, incluso si la mujer no quisiera, puede marcar un acontecimiento importante en la vida. Para muchas mujeres, la indicación de someterse a una histerectomía provoca miedo y aversión debido a las ideas equivocadas y antiguas creencias infundadas que rodean a esta operación en concreto. Los antiguos griegos creían que el útero (*histero*) era la fuente de todas las emociones; de ahí las palabras «histeria» e «histerectomía».

El profesional sanitario es de suma importancia para descubrir inquietudes y miedos, corregir mitos e ideas equivocadas y ofrecer consejos claros y precisos. Por desgracia, en lugar de la información detallada que necesitan las mujeres, a menudo solo se les ofrecen breves pistas sobre «no levantar», y se descuidan asuntos importantes, como cuándo

reanudar la actividad sexual. Algunas mujeres no se dan cuenta de que ya no tendrán reglas después de una histerectomía, y otras que han sufrido de síndrome premenstrual pueden pensar erróneamente que la histerectomía curará este problema. Sin embargo, si se han conservado los ovarios, los síntomas cíclicos persistirán.

Asistencia de enfermería para cirugía mayor ginecológica

Asistencia preoperatoria

La importancia de la asistencia preoperatoria para los casos ginecológicos menores ya ha sido analizada anteriormente en este capítulo. Evidentemente, cuando se está llevando a cabo una operación más grave es aún más importante que la mujer y su familia se sientan suficientemente preparadas. Esto se describe con más detalle en el capítulo 4.

Se debería realizar una evaluación completa de ingreso. La paciente necesitará información sobre lo que sucederá exactamente. Cada paciente responderá de manera diferente y necesitará distintos tipos de apoyo.

También es necesario preparar físicamente a la mujer para la cirugía. Según la intervención quirúrgica, puede ser necesaria una preparación intestinal, y se deberían consultar las normas locales.

Tras una cirugía mayor abdominal y pélvica existe el riesgo de TVP (NICE, 2018b), por lo que a las mujeres se les miden y ajustan las medias antiembólicas y se les puede administrar heparina profiláctica según las normas del servicio y la valoración individual de la paciente. Se recomienda una evaluación individual, ya que para algunas pacientes es necesario sopesar el riesgo de TVP frente al riesgo de hemorragia.

A las pacientes sometidas a una cirugía ginecológica mayor no se les da de comer antes de la cirugía para evitar la aspiración gástrica. Las directrices de la ASA (2017) recomiendan un mínimo de 6 h para los alimentos y 2 h para los líquidos transparentes. Se debería recomendar a todas las pacientes que dejen de fumar durante al menos 48 h antes de la cirugía, preferiblemente más.

Será necesario que todas las mujeres firmen un formulario de consentimiento para la operación después de que se le hayan explicado por completo los beneficios y los riesgos graves y frecuentes. Estos deberían haberle sido explicados en su totalidad durante su consulta ambulatoria original y en el momento de la evaluación preoperatoria para asegurarse de que obtener su consentimiento haya sido un proceso y no solo firmar un formulario (Dimond, 2011; RCOG, 2015b).

En los hospitales universitarios es probable que los estudiantes de medicina estén presentes en todas las fases del protocolo asistencial de la paciente. A algunas mujeres les resulta intimidante hablar sobre sus síntomas personales frente a una audiencia, y la enfermera debe actuar como defensora de la mujer (Nursing and Midwifery Council, 2018). Todas las mujeres tienen derecho a negarse a participar en la docencia

de los estudiantes universitarios y, si este es el caso, se deberían respetar sus deseos. En algunos hospitales, las mujeres pueden firmar un formulario de consentimiento para que los estudiantes de medicina realicen tactos vaginales mientras están en el quirófano con anestesia general. La mujer puede solicitar que la explore una doctora y esto debería apoyarse siempre que sea posible. Siempre se debería acompañar a un médico masculino y ahora se recomienda que todos los médicos, con independencia de su sexo, estén acompañados (RCOG, 2015b).

Consulte la tabla 20.1 para obtener un plan asistencial preoperatorio detallado para una paciente sometida a una cirugía ginecológica mayor.

Cuidado postoperatorio

En la tabla 20.2 se muestra un plan detallado de cuidados postoperatorios. La cirugía ginecológica mayor, como la histerectomía, la miomectomía o la reparación vaginal, puede llevar de 45 min a varias horas, según la operación específica. Tras la anestesia general será necesario administrar oxigenoterapia, especialmente si se usa analgesia controlada por el paciente, y se continuará desde la recuperación hasta la planta.

La paciente llevará una infusión intravenosa continua, que permanecerá *in situ* durante 24–48 h y, en ocasiones, puede ser necesaria una transfusión de sangre, según la hemorragia estimada durante la operación. Para mantener la vejiga vacía se puede colocar una sonda urinaria (de Foley). Se puede utilizar un drenaje Redivac. Este drenaje tiene un vacío y drena el exceso de sangre del sitio de la operación para evitar la formación de un hematoma y está situado cerca de la herida. Sin embargo, a veces los drenajes pueden aumentar el riesgo de infección (debido a infecciones en el sitio de la conexión) y algunos cirujanos ya no los usan de forma habitual, sino que utilizan drenajes según la necesidad quirúrgica.

A menos que exista una exudación especialmente abundante de la herida, un apósito seco y ligero será suficiente para cubrir la herida durante 48 h. Después de una miomectomía existe un mayor riesgo de formación de un hematoma. Posteriormente se pueden formar adherencias entre los intestinos y las líneas de sutura en el útero.

A las mujeres que han sido sometidas a una histerectomía vaginal y/o una reparación vaginal se les puede colocar un «taponamiento vaginal» (una tira de gasa empapada en glicerina) *in situ*, que se introduce en la vagina como un tampón grande. Este ejerce presión y detiene cualquier hemorragia desde los puntos de sutura. Se puede retirar después de 24 h, y esto se hace de manera más cómoda mientras la mujer se sienta en un baño tibio. La presencia o extracción de un taponamiento debe registrarse en la historia clínica.

Durante las primeras 24 h serán necesarios analgésicos potentes, y a menudo se administra sulfato de morfina mediante una inyección intramuscular o mediante analgesia controlada por el paciente (ACP), en la que la paciente puede administrarse la cantidad necesaria por sí misma a través de una bomba. En algunos servicios se encuentran disponibles

Tabla 20.1 Plan asistencial preoperatorio para una paciente sometida a una cirugía ginecológica mayor

Cuidados personales generales	Problema	Objetivo	Actividad de la paciente	Requisitos de la actividad de enfermería
Promover la normalidad	Ansiedad relacionada con el ingreso hospitalario Entorno desconocido y alteración de las actividades cotidianas	Aliviar la ansiedad asociada con el ingreso y los entornos y personas desconocidos Ofrecer suficiente información sobre la estancia en tratamiento y el alta	Que la paciente se familiarice con el personal, las demás pacientes y la disposición de la planta La paciente puede hacer preguntas y expresar inquietudes y miedos	Bienvenida a la paciente a la planta. Presentar al personal e indicar a la enfermera asignada a la paciente Explicar la disposición de la planta y los aseos, los baños y la sala de estar e informar sobre las actividades (p. ej., horarios de visitas, horarios de comidas, número de teléfono de la planta, etc.) Ofrecer una explicación adecuada del tratamiento y la cirugía previstos (con materiales de información si corresponde). Responder a las preguntas planteadas por la paciente. Si no puede, derivar al miembro apropiado del equipo interdisciplinario. Ser sensible a las inquietudes y miedos de la paciente, que pueden ser expresados mediante el habla o mediante un comportamiento no verbal. Conversar sobre cualquier problema familiar/social que surja durante el ingreso
Prevención de riesgos para la vida, el bienestar y el funcionamiento	Desprevenida para la cirugía	Preparación segura para el quirófano	La paciente comprende la justificación del ayuno La paciente colabora en la preparación preoperatoria de la piel La paciente se da un baño/una ducha La paciente colabora en el procedimiento de preparación intestinal La paciente vacía la vejiga de orina La paciente usa bata quirúrgica y medias antiembólicas	Hacer una evaluación preoperatoria completa de enfermería: medición de temperatura, pulso, respiración y peso y análisis de orina Comprobar que el formulario de consentimiento se ha firmado y que se administra premedicación si es necesario Colocar una pulsera de identificación Registrar los resultados de las pruebas complementarias preoperatorias: <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo • Rasgo drepanocítico • Urea y electrolitos • ECG si es necesario Asegurar que se ha realizado cualquier preparación intestinal necesaria Paciente medida para medias antiembólicas Paciente en ayuno durante 6 h Acompañar a la paciente al quirófano

Adaptado y publicado con autorización de Lisa Stewart.

anestias epidurales u otras formas de anestesia regional, como «bloques con punción lumbar». Se pueden utilizar supositorios de diclofenaco sódico por sus propiedades antiinflamatorias y analgésicas.

Las pacientes ginecológicas parecen ser más propensas a las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) (Apfelbaum et al., 2013) y, por lo tanto, los antieméticos como la proclorperacina o la metoclopramida pueden resultar beneficiosos.

Tabla 20.2 Plan asistencial postoperatorio para una paciente sometida a una cirugía ginecológica mayor

Cuidados personales generales	Problema	Objetivo	Actividad de la paciente	Requisitos de la actividad de enfermería
Mantener un aporte suficiente de oxígeno	En riesgo de insuficiencia/infección respiratoria	Vía respiratoria despejada Ventilación independiente	Entiende la razón para realizar activamente ejercicios respiratorios cada 4 h después de la operación Entiende el motivo del alivio suficiente del dolor para realizar ejercicios respiratorios Participa en ejercicios de fisioterapia	Llevar a cabo una administración segura de oxígeno según las instrucciones del anestesista Observar y registrar la frecuencia y la profundidad respiratoria, así como el color de la paciente Reforzar los ejercicios respiratorios Observar los efectos secundarios, como la depresión respiratoria Ofrecer y colaborar con el cuidado de la boca
Prevención de riesgos para la vida, el bienestar y el funcionamiento	En riesgo de complicaciones postoperatorias	Mantener la seguridad de la paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Hipovolemia • Infección • Dolor • Higiene 	Entiende y utiliza la ACP de manera adecuada	Registrar el pulso, la presión arterial, el color de la paciente, el nivel de conciencia según la valoración individual Observar y registrar el drenaje Redivac Comunicar cualquier anomalía a las enfermeras con experiencia y al personal médico Registrar la temperatura Administrar antibioterapia Retirar el apósito alrededor del segundo día después de la operación Retirar las suturas según la valoración y las instrucciones Evaluar el grado de dolor Controlar y administrar los analgésicos prescritos Ayudar a la paciente a encontrar una posición cómoda Colaborar con las necesidades de higiene Mantener la dignidad de la paciente
Mantener una ingesta suficiente de líquidos	Ingesta de líquidos influida por la cirugía	Suficiente hidratación y equilibrio hidroelectrolítico	Entiende las razones de la hidratación i.v. hasta que regresen los ruidos intestinales Si puede, ayuda a completar la hoja de balance hídrico	Mantener la vía i.v. según prescripción Explicar a la paciente la justificación de la hidratación i.v. Enseñar a la paciente a completar la hoja de líquidos Comprobar la permeabilidad de la vía i.v. y el sitio de inserción de la vía para detectar signos de infección

(Continúa)

Tabla 20.2 Plan asistencial postoperatorio para una paciente sometida a una cirugía ginecológica mayor (cont.)

Cuidados personales generales	Problema	Objetivo	Actividad de la paciente	Requisitos de la actividad de enfermería
			Capaz de beber líquidos de forma independiente una vez que se haya interrumpido la administración i.v.	Ofrecer y ayudar con el cuidado de la boca Vigilar la historia de balance hídrico de la paciente Proporcionar bateas y pañuelos para los vómitos
Mantener una ingesta suficiente de comida	Ayuno forzado y anorexia temporal	Alimentación equilibrada Suficientes calorías	Entiende la razón de seguir dieta absoluta Comprende la justificación de la lenta reintroducción de alimentos sólidos una vez que han regresado los ruidos intestinales Capaz de participar en la elección del menú	Mantener a la paciente en dieta absoluta hasta que se restablezcan los ruidos intestinales Observar la presencia de signos de íleo paralítico Introducir líquidos lentamente Ofrecer una alimentación ligera, avanzando a una alimentación normal
Cuidados asociados con la eliminación	En riesgo de retención urinaria o vaciamiento incompleto	Orina con normalidad una vez que se ha retirado la sonda	Comprende la razón de llevar una sonda. Entiende cómo cuidar y vaciar: • Una sonda uretral • Una sonda suprapúbica, que se utiliza tras una cirugía reparadora de vejiga o, en ocasiones, una reparación vaginal Es capaz de ayudar a completar la hoja de líquidos	Observar con atención la diuresis y la permeabilidad de la sonda Comunicar la disminución de la diuresis al personal médico y de enfermería Vaciar la sonda cada 6 h Asegurar que la paciente orina con normalidad una vez que se retire la sonda Asegurar que se ha completado la hoja de balance de líquidos
	En riesgo de estreñimiento	Funcionamiento intestinal normal	Entiende la justificación para evitar el estreñimiento: • Aumento de la fibra • Suficientes líquidos • Pedir aperitivos • Mayor movilidad	Vigilar el funcionamiento intestinal de la paciente Enseñar a la paciente cómo completar la hoja de líquidos Administrar aperitivos según sea necesario Asesorar sobre las medidas para evitar el estreñimiento
Mantener el equilibrio entre la actividad y el descanso	Reposo forzado y limitación de la actividad debido a la cirugía y el cansancio asociado después de la cirugía	Para que la paciente entienda las limitaciones temporales de la actividad debido a la cirugía Conocer las instalaciones de alta y el apoyo domiciliario	Entiende el motivo del cansancio temporal Entiende que se encontrarán alteradas las actividades habituales en las que participan los músculos abdominales: • Conducir • Trabajar • Limpiar/levantar objetos • Tener relaciones sexuales La paciente determina a un pariente o amigo para ayudarla en el período de recuperación en el domicilio	Explicar y reforzar las limitaciones de la paciente Asegurar que la paciente reciba un folleto y/o consejos después de una cirugía mayor Explorar con la familia de la paciente las instalaciones después del alta

Tabla 20.2 Plan asistencial postoperatorio para una paciente sometida a una cirugía ginecológica mayor (cont.)

Cuidados personales generales	Problema	Objetivo	Actividad de la paciente	Requisitos de la actividad de enfermería
			Participa en ejercicios activos La paciente comprende las limitaciones de la independencia durante la convalecencia y hace planes adecuados para recibir ayuda después del alta Informar a los servicios comunitarios/sociales para poner en marcha el plan de alta si es necesario	Fomentar el equilibrio entre una movilización y un descanso suficientes Fomentar la participación de la paciente en los ejercicios postoperatorios Confirmar las circunstancias domésticas después del alta
Mantener el equilibrio entre la soledad y la interacción social	Alteración en los métodos habituales de comunicación e intimidad	Mantener la interacción social de la paciente Expresar sentimientos al personal de enfermería o amigo o familiar Respetar la intimidad y la soledad de la paciente Fomentar las actividades sociales para limitar el aburrimiento y el aislamiento	La paciente entiende la alteración en la sociabilidad habitual de la paciente Involucrar a parientes o amigos en la comunicación, si resulta apropiado La paciente comprende la razón fundamental para limitar las visitas con el fin de evitar cansancio	Ayudar en la presentación de otros pacientes Dejar tiempo para que la paciente exprese sus sentimientos (preocupaciones, miedos, inquietudes, etc.) Garantizar que se promuevan las visitas de pacientes y que el número se mantenga dentro de unos límites manejables
Favorecer la normalidad	Posible alteración de la imagen corporal La pérdida de una parte del cuerpo puede llevar al duelo Limitaciones físicas temporales del funcionamiento sexual relacionadas con la cicatrización de los tejidos y el flujo vaginal Libertad para expresar creencias espirituales	La paciente se siente «cómoda» con la imagen corporal, el funcionamiento sexual y la espiritualidad	La paciente comprende las limitaciones temporales del funcionamiento sexual	Ofrecer la oportunidad de expresar sentimientos/ inquietudes sobre la limitación temporal en el funcionamiento sexual Explorar formas alternativas de expresar afecto si resulta apropiado Implicar a la pareja si resulta apropiado Respetar las necesidades espirituales de la paciente

Adaptado y publicado con autorización de Lisa Stewart.

Además, la acupresión puede ayudar y se puede aplicar a la cara interna de las muñecas usando Sea-Bands.

Al día siguiente de la cirugía mayor se recomendará a la mujer que se siente fuera de la cama durante un rato y se la animará a realizar ejercicios de piernas, balanceo pélvico, es decir, mover las caderas de lado a lado, y respiraciones profundas. Estas medidas ayudarán a evitar problemas postoperatorios frecuentes, como TVP e infecciones torácicas. Desde una perspectiva de recuperación optimizada, la movilización temprana también resulta beneficiosa (McDonald, 2015; Nelson et al., 2016).

Cuando se reanudan los ruidos intestinales, la mujer puede empezar a beber agua a sorbitos y avanzar poco a poco a una alimentación ligera. Se retirará la sonda urinaria y se interrumpirá la infusión intravenosa. Se debería mantener una hoja estricta de balance hídrico hasta que la mujer esté comiendo y bebiendo con normalidad. Algunas mujeres contraen una infección de las vías urinarias después de la histerectomía, que se tratará con antibióticos. Es importante que las mujeres vacíen la vejiga por completo y expriman las últimas gotas, ya que esto evita que la orina quede retenida en la vejiga.

Al segundo día después de la cirugía, las mujeres suelen poder caminar hasta el baño y darse una ducha sin demasiadas molestias. Para aliviar el dolor, ahora se administran analgésicos orales junto con un supositorio antiinflamatorio.

Las mujeres pueden preocuparse porque «salten sus puntos de sutura» y necesitan que se les tranquilice advirtiéndolas de que existen varias capas de puntos de sutura. Puede que les resulte útil mantener las manos sobre el abdomen (o mantener la compresa en su lugar si han sido sometidas a una histerectomía vaginal) cuando tosen. Las suturas utilizadas para el cierre de la piel suelen ser absorbibles y, por lo tanto, no es necesario retirarlas. De manera parecida, las suturas vaginales se absorberán o, en ocasiones, se caerán. A veces es posible que deba cortarse una apretada, si la herida se siente como si estuviera tirando. Cuando se utilizan grapas, se pueden quitar entre el 4.º y 5.º día para una herida horizontal y entre el 7.º y 10.º día para una incisión vertical.

Después de una cirugía abdominal o laparoscópica muchas mujeres sufren un dolor punzante por «gases», que puede provocar un malestar considerable. La infusión de menta poleo bebida a sorbitos lentamente puede ayudar, y algunos médicos recetan cápsulas gastrorresistentes de aceite de menta. Caminar y sentarse en un baño tibio también puede ayudar.

El estreñimiento puede ser un problema, y se puede recetar un jarabe de lactulosa o un laxante suave con regularidad. Si la paciente no ha hecho de vientre durante varios días, se pueden administrar supositorios de glicerina.

Es muy frecuente que las mujeres se sientan «tristes» al tercer o cuarto día después de la cirugía, y muchas mujeres se encuentran llorando sin razón aparente. Se les debería asegurar de que se trata de una reacción normal, aunque algunas mujeres vuelven a presentar sentimientos parecidos al salir del hospital. Para las mujeres que han sido sometidas a una histerectomía y/o una ovariectomía bilateral y aquellas que son perimenopáusicas, el tratamiento de reposición hormonal será de ayuda, pero pueden existir razones más profundas para esta sensación de depresión.

Consejos para el alta tras una cirugía mayor

La duración de la estancia después de la cirugía dependerá en gran medida de la paciente individual y del alcance de su intervención quirúrgica.

Cualquiera que sea la situación, resulta fundamental que la mujer, su pareja y el resto de su familia sepan lo que puede y no puede hacer mientras se recupera en casa. Esto debería estar respaldado con información escrita específica y con la garantía de que puede llamar a la planta para pedir consejo en cualquier momento. También se le deberían proporcionar los detalles de cualquier red de apoyo local de interés, por ejemplo, la Hysterectomy Association o la National Endometriosis Society (v. «Recursos», más adelante).

Los siguientes temas deberían ser analizados con la mujer, su pareja y su familia, si corresponde.

Hemorragia

Puede existir una secreción vaginal hasta 4 semanas, que cambiará de color rojo a marrón pálido. Si se vuelve más densa, de color más brillante u olor desagradable, se debería buscar consejo médico. Cuando las suturas se caen pueden aparecer manchas rojas ocasionales. Para evitar infecciones se deberían usar compresas en lugar de tampones durante el tiempo que sea necesario. Si la mujer no ha sido sometida a una histerectomía, esto puede hacerse hasta después de la siguiente regla.

Descanso

Es importante que la mujer descanse lo suficiente durante las primeras 2 semanas y que se acueste a descansar cuando se sienta cansada. Es frecuente sentirse cansado durante varias semanas después del alta. Algunas mujeres pueden necesitar comprimidos de hierro después de la cirugía si su cifra de hemoglobina es baja.

Ejercicio

El ejercicio es importante y cualquier ejercicio realizado en el hospital debería ser continuado en casa, siempre que no provoque excesivo dolor. En ocasiones, algunas mujeres notan sensaciones extrañas en el abdomen, a veces descritas como «una goma elástica que se tensa», lo cual es normal. Es recomendable realizar caminatas cortas, aumentando gradualmente a 45 min a las 6 semanas después de la operación. Se puede reanudar la natación después de aproximadamente 4 semanas si la hemorragia vaginal se ha detenido. El ciclismo y otros ejercicios ligeros también pueden reanudarse en esta etapa.

Tareas del hogar

La mujer no debería realizar ningún trabajo doméstico durante las primeras 2 semanas, pero después se pueden llevar a cabo tareas livianas de manera segura. Es muy importante evitar levantar objetos pesados durante las primeras

4 semanas, y objetos muy pesados, como compras, ropa mojada, bolsas de basura llenas o niños pequeños, no deberían levantarse durante al menos 6 semanas. Cuando se levanta algo, es importante recordarle a la mujer que debe doblar las rodillas, mantener la espalda recta y sostener el objeto cerca de ella, ya que esto evita tensar su abdomen.

Alimentación

Muchas mujeres han escuchado que aumentarán de peso o presentarán una «barriga de los 40» después de una histerectomía. Se trata de un mito, y cualquier aumento de peso se debe a un mayor aporte de calorías combinado con la falta de ejercicio. Es recomendable comer una variedad de alimentos, como frutas y verduras frescas, para evitar el estreñimiento. Algunas mujeres encuentran que el zumo de ciruelas pasas es un laxante eficaz. También se recomiendan otras medidas preventivas, como beber al menos ocho vasos de agua al día y tomar alimentos ricos en fibra.

Trabajo

Algunas mujeres se sienten capaces de regresar al trabajo de 6 a 8 semanas después de la cirugía, mientras que otras pueden necesitar tomarse más tiempo de descanso. Obviamente, algunos trabajos son más agotadores que otros, y las mujeres deberían juzgar por sí mismas cuándo se sienten preparadas. Algunas empresas pueden permitir que las mujeres regresen a tiempo parcial inicialmente, lo que es una forma ideal de readaptarse a las demandas de su trabajo.

Conducción

Una mujer debería evitar conducir hasta que se sienta capaz de realizar un frenazo de emergencia. Golpear con el pie el pedal del freno tirará de los músculos abdominales y la mujer debería tener el control total de esta maniobra. También resulta aconsejable consultar con su compañía de seguros, ya que pueden tener sus propias pautas.

Actividad sexual

Todas las enfermeras que trabajan en especialidades donde la sexualidad es un tema central deben darse cuenta de que las pacientes tienen inquietudes sexuales y que las enfermeras pueden contribuir a este aspecto crucial de la recuperación. Algunas enfermeras están preocupadas por violar la intimidad de sus pacientes con respecto a la sexualidad y ansiosas por no poder ayudar con las preguntas que surgen. Sin embargo, las enfermeras que trabajan en plantas de ginecología no tienen por qué ser sexólogas. Pueden ayudar a sus pacientes proporcionándoles información y comprensión sobre sí mismas y su cuerpo, y su relación con la sexualidad antes y después del diagnóstico y la cirugía.

Es fundamental que cada mujer sea tratada como persona y que no se hagan suposiciones sobre su sexualidad. Es importante que no se ignore la sexualidad de una mujer mayor.

Es menos probable que las mujeres mayores inicien conversaciones sobre asuntos sexuales y, por lo tanto, la enfermera de ginecología debe actuar como una facilitadora sensible. La sexualidad en los ancianos puede ser difícil de comentar.

El tema de la confidencialidad es importante para todas las pacientes ginecológicas, ya que la ginecología está íntimamente relacionada con la sexualidad. La sexualidad de una paciente no debería registrarse en la historia clínica médica o de enfermería, ya que su inclusión puede dejar a las pacientes expuestas a actitudes negativas de otros miembros del personal en el futuro.

También es importante que las enfermeras tengan en cuenta las diferencias culturales entre las mujeres a las que asisten. Ciertos grupos étnicos encuentran que la histerectomía es especialmente difícil de aceptar, y las enfermeras deberían estar al tanto del impacto que esta operación puede tener en diferentes culturas y comunidades. Las mujeres de ascendencia indígena ven la menstruación como un acto de limpieza que elimina las impurezas del cuerpo y, por lo tanto, son reacias a ser sometidas a una histerectomía. Algunas también temen ser «menos mujer» a los ojos de sus hombres, que pueden verse tentados a buscar otra «mujer completa». Por este motivo es posible que no deseen que su pareja o familia sepan exactamente a qué operación van a ser sometidas, y todo el personal debería respetar su derecho a la confidencialidad.

En términos generales, se necesitan alrededor de 6 semanas para sentirse tanto física como emocionalmente preparada para reanudar las relaciones sexuales tras una cirugía ginecológica mayor, y la mayoría de los ginecólogos recomiendan este intervalo de tiempo antes de intentar el coito. Para evitar el riesgo de infección es importante esperar hasta que se detenga la hemorragia vaginal. La pareja de la mujer debería comprender la importancia de ser delicado al principio para evitar excesivos traumatismos en la zona. En este momento, la resistencia del tejido es suficiente y el riesgo de infección es prácticamente nulo en presencia de una cicatrización completa.

Los efectos hormonales de la ovariectomía, es decir, la reducción de estrógenos y testosterona, pueden provocar la pérdida de la libido, atrofia vaginal y reducción de la lubricación vaginal. Esto puede superarse con tratamiento de reposición hormonal o crema de estrógenos aplicada a nivel local. La sequedad vaginal también se puede aliviar con el uso de un lubricante como KY Jelly o Senselle, que reducirá las irritaciones y las molestias, y también aumentará la sensibilidad.

Habitualmente, la histerectomía supone la extirpación del cuello uterino, que puede disminuir ligeramente la longitud de la vagina. Al principio, un cambio de posición puede resultar más cómodo, por ejemplo, si la mujer está a horcajadas o con las piernas juntas. Algunas mujeres refieren una disminución de la respuesta sexual después de la histerectomía. Esto puede deberse a que el tejido cicatricial en el sitio quirúrgico dentro de la vagina no es tan táctil y no se hinchará ni se estimulará tan bien como otros tejidos genitales durante las fases de excitación y meseta de la excitación sexual. Es posible que también se hayan interrumpido las vías de los nervios sensitivos hacia la vagina y el perineo. Si bien la porción interna de la vagina no contiene terminaciones nerviosas táctiles,

presenta nervios sensibles a la presión que pueden provocar congestión sexual. Antes de la operación, la penetración profunda del pene puede haber resultado placentera debido a la presión que ejerce sobre la porción interna de la vagina y el cuello uterino. El empuje del pene también puede producir sensaciones placenteras mediante el movimiento de los órganos internos del abdomen provocado por la movilización del cuello uterino y el útero durante el coito. Si esto ha sido parte de los hábitos de disfrute y excitación de una mujer, se le debería animar a que se concentre en otras sensaciones que la ayudarán a generar su respuesta sexual.

Para las mujeres que han sido sometidas a una histerectomía, el carácter del orgasmo puede cambiar. Esto se debe a la falta de contracciones uterinas, pero no suele afectar a la satisfacción general.

Resección endometrial

La resección endometrial es una de las diferentes intervenciones histeroscópicas aparecidas en los últimos años y cada vez más se realiza de forma ambulatoria (Clark y Gupta, 2005; NICE, 2018a). Supone la destrucción del endometrio e impide la regeneración cíclica del endometrio, en lugar de realizar una histerectomía, que es una intervención quirúrgica mucho más extensa, con un aumento de los riesgos asociados y del período de recuperación. Mientras se observa la técnica en una pantalla de vídeo a través de un histeroscopio se extrae el endometrio. En la práctica no se extrae todo el endometrio, por lo que aún se producirá algo de hemorragia, pero ya no suele ser un problema para la mujer como antes de la operación. A fin de garantizar su idoneidad para dicha cirugía, antes de la operación las mujeres serán sometidas a una histeroscopia.

Existen diferentes tipos de técnicas de ablación y el método elegido dependerá de la preferencia del cirujano y de factores específicos de la paciente. Por ejemplo, una paciente que presenta fibromas intrauterinos puede beneficiarse de la resección de los miomas además de una ablación, mientras que para otras mujeres sin fibromas esto puede no resultar necesario.

Antes de la aparición de la resección endometrial, los tratamientos tradicionales para la metrorragia abundante eran el tratamiento farmacológico, una dilatación y legrado, o la opción de cirugía mayor en forma de una histerectomía. La resección endometrial se suele realizar como cirugía de día y, cada vez más, en consultas externas. En consecuencia, para muchas mujeres, las repercusiones físicas, sociales y psicológicas asociadas la hacen

preferible a una histerectomía. Han aparecido diferentes técnicas, pero se basan en el mismo principio, que consiste en destruir el endometrio con calor. En el cuadro 20.3 se puede encontrar una lista de las diferentes técnicas.

Las ventajas y desventajas de ser sometido a una resección endometrial en comparación con una histerectomía se describen en la tabla 20.3 y las contraindicaciones para la ablación endometrial en el cuadro 20.4.

Resección endometrial con balón

Tras la histeroscopia, se introduce una sonda especial a través del cuello uterino hasta la cavidad endometrial. El agua distiende el balón de la sonda para que entre en contacto directo con el endometrio. A continuación se sobrecalienta el agua. El calor producido destruye con eficacia el endometrio.

Una técnica más nueva (NovaSure) implica una intervención parecida, pero utiliza un dispositivo de malla triangular que se introduce en la cavidad uterina y se expande para adaptarse al endometrio. Luego se administra energía eléctrica para destruir el endometrio como se indicó anteriormente. La duración exacta de la intervención dependerá del tamaño de la cavidad uterina, pero habitualmente la técnica lleva menos de 90 s, razón por la cual este método se usa a menudo en el medio ambulatorio.

Dispositivo intrauterino de levonorgestrel

Mirena, el sistema intrauterino de levonorgestrel, es un dispositivo anticonceptivo intrauterino en forma de T que contiene la progesterona levonorgestrel en una manga alrededor de su tallo. La progesterona es liberada lentamente desde el núcleo y puede usarse tanto con fines anticonceptivos como para el tratamiento de la menorragia. Resulta ideal para mujeres perimenopáusicas mayores que precisan tratamiento de reposición hormonal, pero aún necesitan anticoncepción, y tiene un posible papel para algunas pacientes con hiperplasia.

Si se usa para mujeres con menorragia que no desean ser sometidas a una intervención quirúrgica, debe explicarse detalladamente que la mujer puede presentar una hemorragia imprevisible e irregular durante los primeros 3–4 meses después de la inserción. Luego, la hemorragia disminuye de forma considerable si la mujer es capaz de tolerar este período de incertidumbre. El dispositivo se puede conservar durante 5 años antes de que sea necesario sustituirlo.

Cuadro 20.3 Dispositivos de segunda generación para la resección endometrial

- Globos térmicos.
- Solución salina caliente.
- Electroodos (primera generación, pero todavía en uso).
- Dispositivos de microondas (usados con poca frecuencia).

Tabla 20.3 Comparación entre la resección endometrial y la histerectomía

Intervención	Ventajas	Inconvenientes
Resección	<ul style="list-style-type: none"> Se puede llevar a cabo con sedación y anestesia local Necesidad de analgésicos muy reducida Rápida recuperación y convalecencia Sin cicatriz visible Para muchas mujeres se puede realizar de forma ambulatoria Conserva el útero, símbolo de feminidad y fecundidad La función sexual se reanuda rápidamente 	<ul style="list-style-type: none"> Posible riesgo de perforación uterina No se puede garantizar el cese total de las reglas o la esterilidad Todavía puede requerir una histerectomía por miomas, menorragia y problemas ováricos Varias contraindicaciones (v. cuadro 20.4)
Histerectomía	<ul style="list-style-type: none"> No hay más reglas Esterilidad garantizada No es necesario realizar más intervenciones quirúrgicas para miomas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de hemorragia Posible infección de la herida Mayor tiempo de anestesia Complicaciones postoperatorias: <ul style="list-style-type: none"> • Infección torácica • TVP • Estreñimiento • Necesidad de analgésicos potentes Alteración de la imagen corporal con cambio en la función sexual Cicatriz abdominal Se requiere una larga convalecencia

Cuadro 20.4 Contraindicaciones para la resección endometrial

- Embarazo o embarazos futuros planificados.
- Cualquier mujer con prolapso vaginal.
- Endometriosis o miomas.
- Si existe sospecha de cáncer, se requiere una histerectomía abdominal total, durante la que se pueden tomar biopsias de otros sitios de la pelvis.
- Infección activa del aparato genital.
- Cirugía uterina previa que provoque debilidad del miometrio.
- Algunos métodos de tratamiento no precisan que se fugue líquido de la cavidad uterina durante la técnica. Por lo tanto, un orificio cervical muy dilatado puede impedir que funcione el dispositivo de resección.

Cirugía reparadora vaginal/colporrafia

La cirugía reparadora vaginal (o colporrafia) es una intervención quirúrgica que se usa para tratar el prolapso de la pared uterina o vaginal. Los prolapsos se forman debido a la falta de soporte de los órganos pélvicos por parte de los músculos o los ligamentos del suelo pélvico. Esto puede ser producido por un aumento de la presión abdominal debido al embarazo y el parto, tos persistente o, con mayor frecuencia, después de la menopausia. El útero puede descender a la vagina e incluso llegar al orificio vaginal. En casos graves, el útero

se extiende justo fuera de la vagina y se conoce como procidencia. A menudo, un prolapso se descubre por primera vez cuando una mujer refiere que «se le cae algo»; también puede presentar dolor pélvico, dolor de espalda, dispareunia y síntomas urinarios como incontinencia de esfuerzo. Existen varios tipos de prolapso uterino:

- **Cistocele:** prolapso de la vejiga y la pared vaginal anterior.
- **Cistouretrocele:** la uretra desciende al igual que la vejiga, lo que provoca problemas urinarios como dificultad para vaciar la vejiga, infecciones recurrentes de las vías urinarias e incontinencia de esfuerzo. Esta puede ser demostrada al pedirle a la mujer que tosa cuando la vejiga está llena. Mientras un espéculo de Sims separa las paredes vaginales se ve salir un pequeño chorro de orina de la uretra.

- *Rectocele*: el recto se prolapsa a través de la pared vaginal posterior contigua. La mujer puede presentar dolor de espalda o una sensación de arrastre en el suelo pélvico y puede tener dificultad para vaciar el intestino.
 - *Enterocele*: hernia del fondo de saco rectovaginal en el tercio superior de la vagina. Puede ocurrir sin prolapso uterino y, en ocasiones, después de una histerectomía, en la que puede producirse un prolapso de la cúpula.
- También se utilizan varios sistemas de clasificación para diferenciar entre la situación y la extensión de un prolapso (Persu et al., 2011).

Tratamiento conservador

Muchas mujeres con un prolapso leve no presentan molestias y no requieren tratamiento quirúrgico, pero se benefician de los ejercicios del suelo pélvico. Un prolapso que produce malestar debería ser tratado con cirugía, a menos que la mujer planea tener otro bebé, o si es demasiado mayor o frágil para ser sometida a una operación. En estos casos, se puede colocar un pesario de anillo de polietileno en la vagina para sostener los órganos pélvicos. El pesario de anillo debe cambiarse cada 6 a 12 meses, a menos que exista una hemorragia o secreción atípica.

Tipos de cirugía

Tradicionalmente, la histerectomía vaginal y la reparación del suelo pélvico han sido las intervenciones habituales para la corrección del prolapso.

Colporrafia anterior

Esta operación consiste en una reparación de la pared vaginal anterior y está diseñada para curar un cistocele o un cistourethrocele, debido a la incompetencia del esfínter uretral. Se practica una incisión en la pared vaginal anterior y se extirpa una porción triangular de piel vaginal desde debajo de la abertura uretral externa hasta la parte frontal del cuello uterino. Se colocan una o dos suturas en profundidad alrededor del cuello de la vejiga. A fin de proporcionar un soporte adicional para la vejiga y la uretra se suturan los bordes de la herida entre sí.

Colporrafia posterior

Esta intervención se utiliza para reparar un rectocele, o un rectocele y enterocele. Mediante una incisión en T invertida para exponer los músculos elevadores del ano, se extirpa una porción triangular de la pared vaginal posterior con su vértice a nivel de la parte media de la vagina y su base en el orificio vaginal. Se unen estos músculos con una o dos suturas interrumpidas y se cierran en forma de Y para evitar estrechar la entrada a la vagina. La operación también supone la extirpación de cualquier enterocele y la reparación del cuerpo perineal (perineorrafia).

Uso de malla para colporrafia

Existen varios tipos de mallas, que son dispositivos biológicos o sintéticos fabricados que se utilizan para reforzar o sostener el tejido durante la colporrafia. Sin embargo, en julio de 2018, NHS Improvement y NHS England pusieron en marcha un período de «elevada restricción de vigilancia», lo que significa que para la gran mayoría de las pacientes no se debería realizar una cirugía con malla. La única excepción a esta medida es para aquellas pacientes en las que las intervenciones con malla son valoradas como la única opción viable. Esto se debió a informes de complicaciones, como dolor crónico (RCOG, 2018). Actualmente se están realizando más investigaciones.

Cirugía de continencia

La incontinencia urinaria es muy frecuente en todo el mundo, especialmente con la edad. Puede asociarse con un estigma y con una reducción importante de la calidad de vida (Irwin et al., 2011). Existen varias operaciones diferentes que tienen como objetivo mejorar la continencia, y pueden realizarse por vía vaginal o laparoscópica, o mediante un abordaje abdominal o suprapúbico.

Los objetivos de la cirugía de continencia son elevar el cuello de la vejiga y la uretra desde la pelvis hacia el abdomen, donde la presión intraabdominal puede actuar como un cono más de cierre. La cirugía también debería proporcionar apoyo al cuello de la vejiga.

Es fundamental que antes de la cirugía se haya realizado una evaluación exhaustiva de la mujer y sus síntomas para garantizar que el tratamiento ofrecido sea el más apropiado para cada mujer.

Las mujeres que presentan incontinencia de urgencia (especialmente aquellas con síntomas de polaquiuria) pueden beneficiarse de la inyección de toxina botulínica o bótox. Esta posee el efecto de relajar los músculos de la vejiga. Las inyecciones se administran mientras se observa la vejiga mediante una cistoscopia. La intervención se puede realizar con anestesia general o, en algunos casos, con anestesia local. Sin embargo, los efectos no son permanentes y la técnica debe repetirse según la respuesta del paciente.

Las operaciones de cabestrillo se realizan para elevar el cuello de la vejiga y, en parte, para proporcionar soporte debajo de él. El material del cabestrillo puede ser orgánico (fascia de la vaina del recto) o inorgánico (Silastic o Mersilene). El cabestrillo puede estar unido a la vaina del recto o a los ligamentos ileoperitoneales. La cantidad de tensión en el cabestrillo dependerá de si se utiliza para obstruir el flujo de salida o simplemente para sostener el cuello de la vejiga.

La inserción de una «cinta vaginal sin tensión» (CVST) se ha ideado como una técnica alternativa de mínimo acceso que facilita una recuperación más rápida que la cirugía suprapúbica abierta. Hasta hace poco, se recomendaba como la opción

terapéutica de primera línea para la incontinencia de esfuerzo donde el tratamiento conservador había fracasado (NICE, 2015). Se practican dos pequeñas incisiones por vía suprapúbica y se pasa una aguja desde la vagina hacia arriba para coger un trozo de cinta a cada lado de la vejiga y proporcionar un cabestrillo a la vejiga y la uretra. A menudo, esta operación se realiza con anestesia local o regional para permitir que el cirujano ajuste la cinta en respuesta a los aumentos de la presión abdominal pidiéndole a la mujer que tosa en determinados momentos de la intervención. El tiempo de recuperación es considerablemente más rápido que el de la cirugía suprapúbica abierta con cabestrillo. Sin embargo, cabría señalar que la alerta de seguridad de la paciente relacionada con el uso de una malla vaginal también se aplica a la CVST (RCOG, 2018). Como tal, en el momento de escribir este artículo existe un período continuo de elevada vigilancia en el uso de CVST, lo que significa que solo se puede usar en pacientes en las que esta técnica es la única opción terapéutica viable.

Colposuspensión de Burch

Esta operación se suele realizar si es necesaria una histerectomía abdominal y se lleva a cabo mediante una incisión suprapúbica. Se colocan suturas a ambos lados del cuello de la vejiga y la uretra, lo que eleva la fascia paravaginal, y se suturará a los ligamentos iliopéctíneos. Además de elevar la uretra y el cuello de la vejiga, esta técnica eleva la cúpula vaginal, por lo que cualquier prolapso de la pared vaginal anterior existente se repara al mismo tiempo.

Los resultados de esta operación suprapúbica son mejores que los de la colporrafia anterior tradicional con refuerzos del cuello de la vejiga, pero requiere una estancia hospitalaria más prolongada y el uso de una sonda suprapúbica en el postoperatorio. Las mujeres pueden experimentar dificultades para orinar, por lo que la paciente puede ser dada de alta con una sonda suprapúbica *in situ* hasta que se recupere la función urinaria.

Tratamiento laparoscópico del prolapso

Al igual que con otras intervenciones laparoscópicas, la laparoscopia para el tratamiento del prolapso proporciona al cirujano una excelente exposición y la capacidad de ver los detalles quirúrgicos. Se ha demostrado que las técnicas laparoscópicas para el prolapso reducen la hemorragia y la necesidad de una manipulación intestinal excesiva, lo que las convierte en un excelente método para realizar la cirugía del suelo pélvico (Manodoro et al., 2011). Los tipos de intervenciones que se pueden realizar por vía laparoscópica son, entre otras, la histeropexia (en la que el útero permanece *in situ* y se coloca una malla a su alrededor para proporcionar soporte) o la sacrocolpoxia (en la que se usa el cuello uterino para proporcionar soporte mediante una malla). A diferencia de la malla utilizada

para las correcciones vaginales o la CVST, esta malla no está sujeta a las restricciones actuales impuestas por NHS England. Se ha demostrado que estas técnicas proporcionan una mejora importante a largo plazo para las pacientes (Rahmanou et al., 2014).

Asistencia de enfermería para las pacientes que precisan una cirugía reparadora vaginal y de continencia

Asistencia preoperatoria

La asistencia preoperatoria es muy parecida a la de las mujeres que son sometidas a cualquier cirugía ginecológica mayor. Todas las mujeres necesitarán una explicación completa de la cirugía propuesta, y las posibilidades de éxito y los riesgos deberían ser analizados con franqueza para que la mujer pueda tomar una decisión informada antes de decidirse por la cirugía. La planificación del alta debería comenzar en la evaluación preoperatoria, ya que estas pacientes suelen ser ancianas.

Al ingreso se debería enviar una muestra de orina del chorro medio y comenzar con antibióticos si es necesario. Incluso si una mujer les parece «anciana» a las enfermeras, se debería determinar si todavía es sexualmente activa. Si es así, el ginecólogo debería estar al tanto de ello cuando suture cerca del orificio vaginal, para evitar una futura dispareunia.

Asistencia postoperatoria

Estas operaciones suelen tardar entre 45 min y 1 h y la asistencia es muy parecida a la que sigue a una histerectomía abdominal. Tras la corrección vaginal se colocará un taponamiento vaginal *in situ*, y si la mujer ha sido sometida a una cirugía de vejiga, es posible que se coloque una sonda suprapúbica *in situ*. Se trata de un tubo de plástico fino que se introduce justo por encima del monte de Venus y tiene un disco de plástico con cuatro suturas fijadas a la piel para evitar que se caiga.

El dolor puede ser un problema especial para las mujeres que han sido sometidas a una corrección posterior. Se recetarán opioides mediante una bomba de ACP, mediante infusión continua o mediante inyecciones intramusculares inicialmente, y los supositorios de diclofenaco son muy eficaces a la hora de reducir la inflamación y el dolor. Aconsejar a la mujer que cambie de posición en la cama con regularidad o que se acueste boca abajo puede ayudar, junto con los consejos del fisioterapeuta. Las mujeres necesitan que se las tranquilice después de la cirugía reparadora, ya que el dolor y la incomodidad inicialmente puede parecer que están empeorando debido a los hematomas y al hecho de que probablemente se estén moviendo más que el día después de la operación.

Tras una reparación vaginal sin afectación de la vejiga, se retirará la sonda urinaria uretral en los primeros 2–3 días. Si se ha

utilizado una sonda suprapúbica, se dejará drenar libremente durante 3–5 días, según la preferencia del uroginecólogo. Después de este tiempo comenzará una «pauta de pinzamiento suprapúbico» para comprobar si la función normal de la vejiga ha regresado. El primer día se pinza la sonda durante un tiempo acordado, por ejemplo, 3 o 4 h, para observar si la mujer puede orinar por vía uretral. Pasado este tiempo, se suelta la pinza y se mide la orina residual que drena en la bolsa. Inicialmente, la orina residual puede ser mayor que la cantidad de orina eliminada por la uretra, pero tras unos días, la orina residual suele disminuir, y cuando es inferior a aproximadamente 100 ml, se puede retirar la sonda. Se trata de una técnica indolora y la pequeña herida abdominal cicatriza rápidamente sin la fuga de orina que las mujeres podrían esperar.

La pauta utilizada en diferentes hospitales puede variar, e inicialmente puede parecer complicada. Se requiere tiempo y paciencia mientras se explica a la mujer acerca del pinzamiento y la medición de la orina residual. A las mujeres se les suele enseñar cómo pinzar su propia sonda, vaciar la bolsa de drenaje y registrar sus propias medidas de balance de líquidos.

A menudo, las mujeres necesitan un estímulo considerable, especialmente cuando se comparan con otras pacientes que pueden estar evolucionando con mayor rapidez. En ocasiones, las mujeres no pueden orinar por la uretra y estas mujeres pueden irse a casa con su sonda suprapúbica *in situ*. Pueden dejar la sonda con drenaje libre, o pueden continuar con la pauta de pinzamiento suprapúbico, en la que el entorno doméstico familiar a menudo produce mejores resultados. Se les enseña cómo sujetar correctamente la sonda, cómo usar una bolsa para la pierna durante el día y cómo cambiarse a una bolsa durante la noche cuando sea necesario. Algunas enfermeras domiciliarias supervisarán la pauta de pinzamiento.

Cuando se ha utilizado una sonda uretral, se pueden medir las cantidades residuales de orina, sin sondaje adicional y sus riesgos inherentes de introducir una infección, mediante el uso de un ecógrafo de vejiga. Se puede formar a las enfermeras en el uso de un pequeño ecógrafo portátil, que es mucho más cómodo para la mujer que ser sondada.

En casos infrecuentes de mujeres que no pueden orinar por la uretra después de al menos 1 mes después de la cirugía, se les enseñará el autosondaje intermitente.

Autosondaje intermitente

Esta técnica supone la introducción de una sonda en la vejiga para eliminar cualquier orina residual. Luego se retira la sonda hasta que se necesite nuevamente. En el hospital, esto debe hacerse de forma aséptica para evitar infecciones cruzadas, pero la mujer puede usar una técnica limpia en casa.

Para que la mujer domine la técnica son necesarios factores como estar muy motivada, buenas habilidades cognitivas, destreza manual, habilidad física y buena vista (Newman y Wilson, 2011). Llevar a cabo esta intervención no resulta admisible para todas las mujeres, y las enfermeras deben tener esto en cuenta.

Poco a poco, la mujer puede descubrir que es capaz de vaciar su vejiga por completo y la cantidad residual de orina puede ser cada vez menor cuando se autosonda. Es posible

que solo entonces necesite usar la sonda cuando se despierte por la mañana.

Muchas mujeres descubren que beber zumo de arándanos ayuda a evitar la aparición de cistitis o infecciones de las vías urinarias, y existen algunos datos de que ayuda a reducir la incidencia de infecciones urinarias. Sin embargo, actualmente no se puede recomendar el zumo de arándanos para la prevención de las infecciones urinarias porque los datos son insuficientes (Jepson et al., 2012).

Consejos para el alta

Las mujeres que son sometidas a intervenciones correctoras necesitan que se les informe sobre sus suturas internas, ya que no se ven heridas externas. Es posible que no comprendan por qué son necesarias las precauciones sobre levantamientos, etc., como se explicó anteriormente.

Hábitos intestinales

Tras cualquier intervención quirúrgica vaginal, se debe tener cuidado para evitar el estreñimiento o esfuerzos de defecación. A algunas mujeres les puede gustar llevar una compresa para sostener el perineo y se les debería animar a comer muchas frutas y verduras frescas y beber muchos líquidos, especialmente agua. Algunos analgésicos también pueden provocar cambios en los hábitos intestinales y, para contrarrestarlos, algunos especialistas recetarán laxantes suaves de forma sistemática.

Ejercicios del suelo pélvico

Todas las mujeres que son sometidas a cirugía reparadora vaginal y cirugía de continencia deben aprender a realizar ejercicios del suelo pélvico. Estos aumentan el volumen muscular en el suelo pélvico. Pueden ser enseñados por enfermeras o fisioterapeutas. Se le debería indicar a la mujer que tense los músculos alrededor del ano como si tratara de evitar que se escapen las ventosidades, y luego haga lo mismo alrededor de la vagina. Pedirle a la mujer que se imagine que está en el aseo tratando de detener el flujo de orina puede ayudarla a visualizar lo que debería estar notando. Una vez que pueda manejar esto, se le debería animar a mantener estas contracciones durante al menos 5 s y luego repetirlas de 5 a 10 veces al menos cinco veces al día. Se debería recomendar a las mujeres que realicen estos ejercicios con regularidad y los recordatorios visuales, como pegatinas en las puertas de los armarios, pueden actuar como señales. Las mujeres de todas las edades deberían crear el hábito de realizar ejercicios diarios del suelo pélvico a largo plazo para que sean eficaces. También son especialmente importantes después del parto y pueden mejorar el placer sexual.

Tratamiento laparoscópico del embarazo ectópico

Esta afección se incluye en la cirugía ginecológica mayor porque un embarazo ectópico es potencialmente mortal para la mujer.

¿Qué es un embarazo ectópico?

La palabra «ectópico» proviene del griego *ektos*, que significa «fuera de lugar», y un embarazo ectópico se produce cuando el óvulo fecundado se implanta y desarrolla fuera del útero. Por esta razón, un nombre alternativo para un embarazo ectópico es «embarazo de situación desconocida».

En el Reino Unido, varios estudios indican que la incidencia está aumentando. Elson et al. (2016) comunicaron 11 embarazos ectópicos por cada 1.000 embarazos. A menudo es consecuencia de fibrosis o daño a los cilios en las trompas después de una salpingitis (infección o inflamación de las trompas de Falopio). Otros factores contribuyentes se muestran en el cuadro 20.5.

Una mujer con sospecha de embarazo ectópico siempre debería ser tratada como una urgencia ginecológica. Esto se debe a que existe un alto riesgo de rotura repentina de las trompas de Falopio, lo que puede provocar una hemorragia intraperitoneal cuantiosa. Los síntomas de la mujer varían según el sitio de implantación, aunque la mayoría de los embarazos ectópicos se producen en las trompas de Falopio. Si la implantación se ha producido dentro de las 4–6 semanas posteriores a su última regla, es posible que la mujer no se dé cuenta de que está embarazada. Los primeros síntomas pueden consistir en una hemorragia vaginal irregular y dolor pélvico provocado por la distensión de la trompa. Algunas mujeres llegan al hospital en estado de síncope por rotura tubárica, precisando reanimación, transfusión de sangre y cirugía inmediata por laparoscopia o laparotomía. Los síntomas de la rotura tubárica se enumeran en el cuadro 20.6.

El diagnóstico de embarazo ectópico se puede confirmar mediante una prueba de embarazo con β -hCG sérica, que es precisa 2 semanas después de la concepción, y una ecografía pélvica o transvaginal, que no mostrará un embarazo intrauterino. Si el diagnóstico sigue siendo dudoso, se realizará una laparoscopia. Se practica una incisión en la trompa y se extrae el embarazo —luego la trompa cicatriza espontáneamente o bien se extirpa la

trompa dañada (salpingectomía). La mujer debería comprender que existe el riesgo de que pueda ser necesaria una laparotomía si la trompa se ha roto.

Asistencia preoperatoria específica

Con frecuencia no hay tiempo para ingresar y preparar completamente a una mujer para la cirugía, ya que es posible que la lleven al quirófano de urgencia. Para garantizar que la enfermedad de la mujer sea evaluada con precisión resulta fundamental la vigilancia frecuente de las constantes vitales. Si una mujer llega a la planta inicialmente, debe estar preparada como para una cirugía mayor, ya que siempre es una posibilidad. Más importante aún, es primordial su asistencia psicológica.

Las mujeres pueden sentirse muy angustiadas cuando se les diagnostica un embarazo ectópico, ya que están sufriendo una pérdida múltiple, es decir, la de un bebé y posiblemente una trompa de Falopio, lo que genera preocupaciones sobre su futura fecundidad. Es posible que se sientan muy sorprendidas si estaban tomando anticonceptivos y ni siquiera se hubieran dado cuenta de que estaban embarazadas. Por otro lado, una pareja puede haber estado intentando concebir durante muchos años, haber tenido un embarazo ectópico previo o haber participado en un programa de fecundación *in vitro* (FIV).

Asistencia postoperatoria

La asistencia postoperatoria dependerá de si la mujer ha sido sometida a una laparoscopia o a una laparotomía. Las mujeres suelen permanecer en el hospital durante 24 h después de la laparoscopia y durante 2–3 días después de la laparotomía. Es importante que se determine el estado Rh de la mujer antes de que se vaya a casa. Las enfermeras deben asegurarse de que la mujer y su pareja reciban la asistencia psicológica adecuada. Esto puede suponer hablar sobre el embarazo y su

Cuadro 20.5 Factores que contribuyen al embarazo ectópico

- Cirugía tubárica, como la esterilización.
- Infección posparto o postaborto.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Endometriosis (en la que el tejido endometrial se deposita fuera del útero).
- Embarazo ectópico anterior.

Cuadro 20.6 Síntomas de una rotura tubárica

- Dolor intenso repentino.
- Hemorragia vaginal.
- Dolor irradiado al hombro izquierdo, producido por la irritación del diafragma por sangre en la cavidad peritoneal.
- Palidez y signos de shock y hemorragia.
- Distensión abdominal por la hemorragia.

desenlace u ofrecer la oportunidad de reunirse con un consejero en una fecha posterior. Sin embargo, la enfermera debe saber que las mujeres reaccionarán de manera diferente a esta angustiada experiencia y debe respetar a la mujer si no desea hablar sobre sus sentimientos en ese momento.

Consejos para el alta específicos

Las relaciones sexuales se pueden reanudar una vez que se haya detenido la hemorragia. Probablemente sea aconsejable que la pareja espere hasta que se hayan producido una o dos reglas normales antes de intentar otro embarazo. La pareja también puede encontrar útil ponerse en contacto con la Miscarriage Association (v. «Recursos», más adelante).

Tratamiento de cánceres ginecológicos

La asistencia a pacientes con cáncer ha sido una prioridad cada vez mayor para el gobierno británico en los últimos años. El sistema de derivación rápida fue iniciado como parte del NHS Cancer Plan (NHS, 2000), según el cual cualquier paciente con sospecha de padecer un cáncer debe ser atendido en un plazo de 14 días. Las mujeres con cánceres infrecuentes, por ejemplo, cáncer de ovario, trompas de Falopio y vulva, son remitidas a centros oncológicos, que pueden estar lejos del domicilio de la paciente, donde equipos interdisciplinarios han creado y mantenido las habilidades y los conocimientos y experiencia necesarios.

La histerectomía total y la ovariopringectomía bilateral son el tratamiento de elección para las mujeres con cáncer de endometrio. Esto se logra cada vez más mediante el abordaje laparoscópico o asistido por robot. Los ganglios linfáticos pélvicos también pueden ser extirpados al mismo tiempo. Para asegurarse de que el tumor esté limitado al endometrio se lleva a cabo una RM preoperatoria del abdomen y la pelvis. Para la enfermedad en estadio IC y la enfermedad más avanzada, la cirugía va seguida de sesiones de tratamiento de radioterapia complementaria, que puede administrarse a nivel externo o interno. La tabla 20.4 muestra los estadios del cáncer de endometrio. Si la mujer padece una forma invasiva de cáncer de endometrio, por ejemplo, un tumor papilar seroso o de células claras, también se le puede administrar quimioterapia junto con radioterapia postoperatoria. Si la enfermedad es inoperable, se administra radioterapia paliativa para detener la hemorragia.

Una histerectomía radical o de Wertheim es una histerectomía ampliada en la que se extirpan el útero, las trompas de Falopio, el tejido parametrial contiguo, los ganglios linfáticos pélvicos y el tercio superior de la vagina. Se suele llevar a cabo para el cáncer de cuello uterino inicial, hasta el estadio IB2. Según la edad de la mujer, también se pueden extirpar los ovarios. Si la mujer es más joven y desea conservar su fecundidad, se lleva a cabo una operación para extirpar el cuello uterino, pero conservar el útero. Esta técnica se llama cervic-

tomía uterina. Al mismo tiempo se coloca un cerclaje cervical para permitir la menstruación, pero en el caso de una futura concepción será necesaria una cesárea.

La tabla 20.5 muestra la clasificación de la International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) para la estadificación del cáncer de cuello uterino. Para el cáncer de cuello uterino en estadio IIA-IV más avanzado, el tratamiento puede ser quimioterapia junto con radioterapia externa y radioterapia interna, según la función renal y el estado físico general de la mujer.

En el Reino Unido, el cáncer de ovario es la principal causa de muerte por cáncer ginecológico. Se sospecha que esto se debe a que las pacientes a menudo acuden en un estadio avanzado, ya que, a diferencia del cáncer de cuello uterino, no existe un sistema de cribado y la aparición de los síntomas suele ser gradual. La incidencia de cáncer de ovario está aumentando, con un riesgo de por vida de alrededor del 2% en Inglaterra y Gales (NICE, 2011). Existe un fuerte vínculo genético, son hereditarios aproximadamente el 20% de los cánceres epiteliales de ovario (el tipo más frecuente) (RCOG, 2015a).

El tratamiento quirúrgico de las mujeres a las que se les diagnostica un cáncer de ovario dependerá del alcance de la enfermedad. Una TC del abdomen y la pelvis lo determinará. Si está indicada la cirugía, se realiza una laparotomía con histerectomía abdominal total, ovariopringectomía bilateral, lavados peritoneales, exéresis de ganglios linfáticos pélvicos y epiplectomía, ya que el objetivo es lograr una eliminación macroscópica completa.

La quimioterapia se utiliza junto con las opciones de tratamiento quirúrgico. Para la enfermedad avanzada se suele administrar un ciclo de quimioterapia en el postoperatorio. La quimioterapia se puede administrar como tratamiento de inducción si la enfermedad está demasiado avanzada para el tratamiento quirúrgico. A continuación se realiza una TC del abdomen y la pelvis a la mitad de la quimioterapia para determinar si la enfermedad se ha reducido lo suficiente como para realizar una cirugía citorreductora de intervención. Posteriormente se administra más quimioterapia.

Para las mujeres más jóvenes con enfermedad en estadio inicial, el objetivo es proporcionar un diagnóstico y, si es posible, se conservan el ovario restante, las trompas de Falopio, el útero y el cuello uterino para la futura fecundidad. Por desgracia, esto no siempre es posible y la mujer puede necesitar más apoyo y asesoramiento para adaptarse tanto al diagnóstico como a las consecuencias del tratamiento.

El cáncer de ovario es percibido como una enfermedad crónica, ya que tiende a recidivar. Cuanto más tiempo pase una persona entre un tratamiento y el siguiente, mejor. Si la enfermedad recidiva, puede proporcionarse más cirugía para eliminar la recidiva o más quimioterapia con diferentes medicamentos antineoplásicos. En ocasiones, si una mujer presenta una recidiva dentro de la pelvis, también puede recibir radioterapia. Dada la morbilidad relativamente alta de esta enfermedad, las enfermeras especialistas en oncología son fundamentales para proporcionar apoyo tanto a las pacientes como a sus familiares.

Tabla 20.4 Estadificación del cáncer endometrial y los sarcomas uterinos de la International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO)

Estadio	Descripción
Carcinoma de endometrio	
Ia	Tumor limitado al útero, sin invasión miometrial o < {1/2}
Ib	Tumor limitado al útero, invasión miometrial > {1/2}
II	Invasión estromal cervicouterina, pero no más allá del útero
IIIa	El tumor invade la serosa o los anexos uterinos
IIIb	Afectación vaginal y/o parametrial
IIIc1	Afectación de los ganglios pélvicos
IIIc2	Afectación paraaórtica
IVa	Invasión tumoral de la vejiga y/o de la mucosa intestinal
IVb	Metástasis a distancia, incluidas metástasis abdominales y/o ganglios linfáticos inguinales
Sarcomas uterinos (leiomiosarcoma, sarcoma estromal endometrial y adenosarcoma)	
Ia	Tumor limitado al útero < 5 cm
Ib	Tumor limitado al útero > 5 cm
IIa	El tumor se extiende a la pelvis, afectación de los anexos uterinos
IIb	El tumor se extiende a otro tejido pélvico uterino
IIIa	El tumor invade los tejidos abdominales, un sitio
IIIb	Más de un sitio
IIIc	Metástasis a los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos
IVa	El tumor invade la vejiga y/o el recto
IVb	Metástasis a distancia
El estadio I del adenosarcoma difiere de otros sarcomas uterinos	
Ia	Tumor limitado al endometrio/endocervix
Ib	Invasión a < {1/2} del miometrio
Ic	Invasión a > {1/2} del miometrio

Fuente: BGCS Uterine Cancer Guidelines: Recommendations for Practice (2017). Basada en la FIGO Classification de Pecorelli (2009).

Vulvectomía

El cáncer de vulva representa aproximadamente el 3% de todos los cánceres ginecológicos (Lai et al., 2014). Se suele observar en mujeres mayores de 70 años, aunque se ve un número cada vez mayor de mujeres más jóvenes con cáncer de vulva, debido a los efectos del virus del papiloma humano (VPH). Los factores predisponentes que pueden contribuir al cáncer de vulva son la neoplasia intraepitelial vulvar (NIV 3, una afección precancerosa), el liquen escleroso, las verrugas genitales, el tabaquismo y múltiples parejas sexuales. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide, que representa el 90% de todos los cánceres de vulva. Los primeros signos son prurito o irritación, dolor, ardor, inflamación, hemorragia, una úlcera o un bulto. También pueden existir cambios de color en la zona afectada. A menudo, las mujeres mayores se muestran reacias a buscar ayuda médica debido a la vergüenza; en consecuencia, el cáncer puede encontrarse en un estado avanzado en el momento de la primera consulta.

Extirpación local amplia

Las anomalías vulvares precancerosas como el liquen escleroso y la NIV 3, junto con los estadios iniciales del cáncer de vulva, es decir, los tumores con una profundidad de menos de 1 mm, pueden ser tratadas mediante cirugía que implica una extirpación local amplia. El objetivo es eliminar el tejido anómalo junto con un margen mínimo de 1 cm de tejido sano. La cirugía adicional depende del tamaño y la profundidad del tumor y también puede requerir la extirpación de los ganglios linfáticos inguinales en uno (unilateral) o ambos lados (bilateral). Muchas mujeres con NIV 3 presentan una enfermedad multifocal, lo que significa episodios repetidos de cirugía para tratar de controlar la enfermedad.

Vulvectomía radical

Para el cáncer invasivo de vulva se realiza una vulvectomía radical. En el pasado, el tejido vulvar se extirpaba *en bloque*

Tabla 20.5 Clasificación del cáncer de cuello uterino de la International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO)

Estadio	Descripción
I	El carcinoma se encuentra estrictamente limitado al cuello uterino (debería descartarse la extensión al cuerpo uterino)
IA	Carcinoma invasivo que solo puede ser diagnosticado mediante microscopia, con una profundidad máxima de invasión < 5 mm ^a
IA1	Invasión estromal medida < 3 mm de profundidad
IA2	Invasión estromal medida ≥ 3 mm y < 5 mm de profundidad
IB	Carcinoma invasivo con invasión más profunda medida ≥ 5 mm (mayor que en el estadio IA), lesión limitada al cuello uterino ^b
IB1	Carcinoma invasivo ≥ 5 mm de profundidad de invasión estromal y < 2 cm en su mayor dimensión
IB2	Carcinoma invasivo ≥ 2 cm y < 4 cm en su mayor dimensión
IB3	Carcinoma invasivo ≥ 4 cm en su mayor dimensión
II	El carcinoma invade más allá del útero, pero no se ha extendido al tercio inferior de la vagina ni a la pared pélvica
IIA	Afectación limitada a los dos tercios superiores de la vagina sin afectación parametrial
IIA1	Carcinoma invasivo < 4 cm en su mayor dimensión
IIA2	Carcinoma invasivo ≥ 4 cm en su mayor dimensión
IIB	Con afectación parametrial, pero sin llegar hasta la pared pélvica
III	El carcinoma afecta el tercio inferior de la vagina y/o se extiende a la pared pélvica y/o provoca hidronefrosis o un riñón no funcional y/o afecta a los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos ^c
IIIA	El carcinoma afecta al tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica
IIIB	Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis o riñón no funcional (a menos que se sepa que se debe a otra causa)
IIIC	Afectación de los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos, con independencia del tamaño y la extensión del tumor (con anotaciones r y p) ^c
IIIC1	Solo metástasis en los ganglios linfáticos pélvicos
IIIC2	Metástasis en ganglios linfáticos paraaórticos
IV	El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado (comprobado por biopsia) a la mucosa de la vejiga o el recto. (Un edema buloso, como tal, no permite asignar un caso al estadio IV)
IVA	Diseminación a los órganos pélvicos contiguos
IVB	Diseminación a órganos distantes

En caso de duda, se debería asignar la estadificación más baja.

^aEn todos los estadios, para complementar las manifestaciones clínicas con respecto al tamaño y extensión del tumor, se pueden utilizar pruebas de imagen y anatomía patológica, cuando estén disponibles.

^bLa afectación de los espacios vasculares/linfáticos no cambia la estadificación. Ya no se tiene en cuenta la extensión lateral de la lesión.

^cAñadir la anotación de r (prueba de imagen) y p (anatomía patológica) para indicar los signos que se utilizan para asignar el caso al estadio IIIC.

Ejemplo: si las pruebas de imagen indican metástasis en los ganglios linfáticos pélvicos, la asignación de estadio sería el estadio IIIC1r y, si los datos anatomopatológicos lo confirman, sería el estadio IIIC1p. Siempre se debería registrar el tipo de modalidad de imagen o técnica anatomopatológica utilizada.

Fuente: Bhatla et al. (2018).

en una sola pieza. Sin embargo, esta intervención se asoció con una morbilidad importante y puede tener una considerable repercusión sobre la calidad de vida de la paciente (Lai et al., 2014). Para reducir este problema, en la década de 1980 se introdujo una técnica de triple incisión. Se trata de la extirpación de la lesión vulvar, junto con los ganglios inguinales y femorales izquierdos y derechos. En algunos casos también se extirpan el extremo terminal de la uretra y el clítoris. El grado de cirugía depende de la situación y del alcance de la lesión primaria, y el cirujano planificará para llevar a cabo el tratamiento, pero reduciendo la morbilidad y las complicaciones postoperatorias. Sin embargo, si es necesario extirpar una gran área de piel, es posible que se requiera un injerto de piel del muslo o del abdomen. Las estadísticas sobre este asunto varían mucho entre los estudios, pero el consenso es que las heridas de vulvectomía están sometidas a una enorme tensión y presentan un riesgo muy alto de dehiscencia o infección de la herida (BGCS y RCOG, 2014; Iavazzo y Gkegkes, 2017).

Asistencia preoperatoria

La asistencia preoperatoria será la misma que para cualquier cirugía ginecológica mayor, pero obviamente resulta fundamental que las mujeres y sus parejas reciban una explicación completa de la operación y sus consecuencias. En el momento del ingreso, tanto las enfermeras especializadas como las de planta deben participar en el cuidado de la mujer. Se debería realizar una evaluación y una anamnesis sexual completa. Las mujeres pueden tener dificultades para aceptar los efectos mutiladores que tendrá la cirugía, y será necesario dedicar un tiempo considerable antes de la operación para conversar con toda la familia. También puede resultar útil dibujar esquemas del área que será extirpada.

Si es posible, inicialmente existen ventajas de asistir a una mujer sometida a vulvectomía en una habitación individual, dada la intimidad y los cuidados intensivos de enfermería necesarios. Sin embargo, si una mujer prefiere estar con otras pacientes, se debería organizar.

Deberían medirse y adaptarse las medias antiembólicas, ya que la movilidad se verá afectada por el dolor y los vendajes voluminosos. Estas pacientes son a menudo ancianas y se les debería enseñar ejercicios de respiración profunda y piernas antes de la cirugía, para reducir los riesgos de TVP. También se recetará heparina subcutánea, como para todas las pacientes sometidas a cirugía mayor.

Es posible que sea necesario un afeitado antes de la cirugía. Sin embargo, la mayoría de los datos indican que esta medida resulta más beneficiosa si se completa inmediatamente antes de la cirugía.

Asistencia postoperatoria

Después de la operación serán necesarios analgésicos opioides, ya sea mediante ACP, bombas de infusión o inyecciones, o se puede administrar anestesia epidural. Será necesaria

la rehidratación por vía intravenosa, ya que la pérdida de líquidos puede ser considerable durante esta complicada operación. Tras la somnolencia y las náuseas iniciales, se puede reanudar poco a poco la ingesta de líquidos y alimentos. Para evitar deposiciones voluminosas y esfuerzos de defecación, es necesaria una alimentación con bajo contenido en fibra.

Se colocará una sonda uretral (Foley) y permanecerá *in situ* mientras se produce la cicatrización. Si se extirpa el extremo terminal de la uretra, las mujeres pueden encontrar que la orina ya no fluye en un chorro constante, por lo que es necesario que se les enseñe a ponerse en cuclillas e inclinarse ligeramente para evitar mojarse las piernas o el suelo.

Para evitar la formación de linfoquistes si se han extirpado los ganglios linfáticos inguinales se colocan dos drenajes (uno en cada ingle). La cantidad de drenaje linfático debe medirse diariamente y los drenajes se retiran una vez que el drenaje es inferior a 50 ml a día. El cuidado de las heridas varía entre los diferentes servicios y parece existir muy poca investigación publicada que recomiende el mejor abordaje. A menudo, el personal de enfermería toma la iniciativa a la hora de determinar el tratamiento más apropiado de la herida, según el fundamento de promover la cicatrización y reducir la dehiscencia de la herida, que se ha asociado con esta cirugía en el pasado. Tras el baño o la ducha se puede secar la zona completamente con un secador de pelo. Sin embargo, si existe alguna infección, esta práctica no es apropiada ya que el secador de pelo puede expulsar microorganismos a la atmósfera. En algunos hospitales, las mujeres regresan al quirófano para recibir una anestesia ligera antes de retirar las suturas, o se usa analgesia por inhalación como el óxido nitroso. La cirugía que implica la extirpación de tejido linfático puede provocar un linfoedema de las extremidades inferiores, con lo cual la linfa no puede drenar correctamente y se acumula en el tejido intersticial. Se deben ofrecer consejos sobre el cuidado de la piel, ya que es imprescindible mantener la piel tersa e hidratada. Se debe tener especial atención en el cuidado de las piernas; por ejemplo, se debe prestar atención al cortar las uñas de los pies, para prevenir cualquier infección, y se debería evitar el afeitado de piernas. También se puede hacer una derivación a una enfermera especialista en linfoedema para un tratamiento adicional y ajuste de medias de compresión.

Alteración de la imagen corporal

Todas las mujeres sometidas a cirugía vulvar pueden sufrir una alteración de la imagen corporal y necesitar asistencia psicológicamente sensible (Lai et al., 2014). Las mujeres pueden tener dificultades para mirar su nuevo aspecto alterado, y es aconsejable que intenten hacerlo antes de irse a casa. Muchas mujeres de este grupo de edad no están acostumbradas a mirar «hacia abajo», por lo que es necesaria una comunicación sensible. Si es posible, la mujer debería mirar con la ayuda de un espejo, en su tiempo propio, pero con su enfermera presente si lo prefiere. Puede ser mejor esperar hasta

que se quiten las grapas o suturas, ya que pueden hacer que las cicatrices parezcan peores. A muchas mujeres les resulta difícil visualizar qué aspecto tendrá la cicatriz. Debido a la naturaleza grasa y elástica de la piel vulvar, se puede estirar la piel restante para dejar una cicatriz muy limpia. Se debe advertir a las mujeres que, dado que se han extirpado los labios, la abertura de la vagina será más visible. Si se ha extirpado el clítoris, el área ahora será piel plana, sin los pliegues habituales de la vulva. Además, si se han extirpado los ganglios linfáticos, la ingle puede notarse tirante al principio. Muchas mujeres se sienten incapaces de hablar sobre su diagnóstico y tratamiento con familiares y amigos y pueden beneficiarse de psicoterapia para reducir el impacto de las consecuencias postoperatorias sobre su estilo de vida, imagen corporal y autoestima.

Consejos para el alta

Desde el momento de la valoración preoperatoria resulta fundamental la planificación del alta. La Vulva Awareness Campaign Organisation (VACO), un grupo específico de apoyo para pacientes con vulvectomía, puede ayudar a las mujeres a sentir que no son las únicas con esta enfermedad. Los datos de contacto de VACO se encuentran en el apartado «Recursos», más adelante. En general, se deberían ofrecer consejos de alta similares a los de las pacientes que han sido sometidas a una cirugía ginecológica mayor.

Asesoramiento sexual

Es fundamental que, antes del alta, se comente cualquier inquietud sexual que pueda tener la pareja. Las repercusiones psicosexuales de la vulvectomía son de suma importancia, ya que los genitales están íntimamente asociados con la sexualidad, la imagen corporal, la identidad sexual y la calidad de vida general de una mujer.

Es probable que la extirpación del clítoris reduzca en gran medida la sensibilidad, y algunos estudios observaron la pérdida del orgasmo. El tejido cicatrizado en la abertura vaginal restante puede ser insensible a la penetración, y también puede producirse una pérdida de sensibilidad en el área genital con entumecimiento persistente y pérdida de la libido (Aerts et al., 2014).

Se debería recomendar a una mujer que ha sido sometida a una vulvectomía que puede reanudar las relaciones sexuales cuando se sienta preparada, probablemente de 4 a 12 semanas después de la cirugía. Se debería aconsejar a las parejas que compensen la pérdida de la sensibilidad perineal explorando otras zonas eróticas, es decir, mamas, glúteos, muslos. Debe recordarse que las parejas pueden necesitar consejos e información explícitos en lugar de vagas generalizaciones sobre el coito, ya que las experiencias sexuales de las personas varían enormemente. Aunque las enfermeras pueden o no lograr un análisis detallado, como las posiciones alternativas recomendadas para hacer el amor, según su experiencia y conocimientos personales y su grado de comodidad, es importante no descuidar el tema de la alteración de la sexuali-

Estudio de caso 20.3

La Sra. Jones es una mujer casada de 70 años que ha sido sometida a una vulvectomía después de ser diagnosticada de un carcinoma epidermoide de la vulva. Actualmente se encuentra en el primer día postoperatorio, pero le preocupa el aspecto de la herida y la posibilidad de una infección.

Preguntas para reflexionar

¿Cómo puede la información proporcionada a la paciente por parte del profesional sanitario favorecer una cicatrización eficaz de las heridas? ¿Cómo podrían influir la cirugía y los cuidados postoperatorios en la idea que la Sra. Jones tiene de sí misma y de su sexualidad?

dad de la paciente. En tales circunstancias, deberían participar enfermeras especializadas en oncología.

Exenteración pélvica total

La exenteración pélvica total es una operación importante que puede planearse tras la recidiva de un cáncer de cuello uterino o, más raramente, del endometrio. Se lleva a cabo si una RM del abdomen y la pelvis y una TC del tórax han descartado la existencia de cualquier enfermedad metastásica en otras partes del cuerpo. También se puede utilizar una tomografía por emisión de positrones (PET). La cirugía implica la extirpación del recto y colon sigmoide de la porción distal, la vejiga urinaria, todos los órganos genitales y todo el suelo pélvico, y requiere la creación de una urostomía y una colostomía sigmoidea. La reconstrucción vaginal se puede realizar en el momento de la operación o en una fecha posterior.

La posibilidad de curación conlleva un gran sacrificio por parte de la paciente. Existen múltiples posibles complicaciones de la cirugía (Petruzzello et al., 2014). La posible supervivencia implica la creación de dos estomas, con la pérdida de la vagina y, por tanto, provoca una drástica alteración de la imagen corporal, el amor propio y la sexualidad. Desde el momento en que se planifica la cirugía, resulta fundamental un abordaje interdisciplinario para la asistencia de estas mujeres, que incluya una evaluación por parte de un psiquiatra o un psicólogo clínico. En la cirugía participan especialistas en ginecología, oncología, urología y cirugía colorrectal, junto con un anestesiista. Tras la cirugía, la mujer es atendida en una cama de cuidados intensivos/cuidados intermedios. Las enfermeras especializadas participan a la hora de enseñar a la mujer a cuidar sus estomas, junto con el apoyo de dietistas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Los objetivos docentes de la enfermera son, entre otros, la formación de la paciente con respecto a la anatomía y los cambios que se producirán como consecuencia de la cirugía. Al comentar los desenlaces de la cirugía, la enfermera también

anima a la paciente a expresar sus sentimientos sobre las inminentes alteraciones de la imagen corporal y las funciones evacuativa y sexual.

Conclusión

Debido a los constantes avances en la salud de la mujer, ha resultado imposible hablar sobre cada operación ginecológica. Sin embargo, se espera que este capítulo haya proporcionado una descripción general sencilla de la cirugía ginecológica y una comprensión de los aspectos psicológicos de la asistencia. Los conflictos pueden aparecer en las plantas de ginecología donde algunas de las mujeres están deseando un embarazo, mientras que otras están abortando.

Aunque muchas de estas operaciones son consideradas por el personal sanitario, siempre debería recordarse que, para cada mujer individual, la cirugía en una parte íntima del cuerpo puede ser un acontecimiento vital importante. A menudo se olvidan las inquietudes sexuales de las mujeres, pero deberían ser un asunto primordial de la asistencia. Esto permitirá que la mujer se recupere por completo. Es responsabilidad del profesional sanitario preguntarle a la mujer sobre sus inquietudes específicas en lugar de esperar a que las ofrezca como temas de conversación, y siempre se debe mantener la dignidad y el respeto.

RESUMEN DE PUNTOS CLAVE

- La cirugía ginecológica es un área sumamente sensible, y esto debería ser tenido en cuenta a la hora de asistir a pacientes, y sus parejas, que son sometidas a cualquier forma de exploraciones complementarias y/o cirugía ginecológica.
- Los profesionales sanitarios deben conocer los efectos psicológicos y la sexualidad relacionada que rodean la cirugía ginecológica.
- El concepto que tiene una mujer de su imagen corporal, su papel como mujer y madre, su sexualidad y su relación con su pareja pueden verse amenazados tras una cirugía ginecológica.
- Durante el proceso de evaluación se deberían obtener los antecedentes médicos, sociales, obstétricos y ginecológicos generales.
- El profesional sanitario debería proporcionar un entorno en el que la mujer y su pareja puedan hablar sobre cualquier cuestión sexual.
- El objetivo principal de la enfermería ginecológica es ayudar a la mujer a ser independiente y autosuficiente después de su cirugía.
- En todo momento el profesional sanitario debe mantener una actitud sensible y sin introducir juicios de valor.

PUNTOS DE APRENDIZAJE PARA LA REFLEXIÓN

Tras haber leído este capítulo, piense en lo que sabe ahora y en lo que aún necesita averiguar. Estas preguntas pueden ser de ayuda:

- ¿Qué áreas clave debe abordar la enfermera antes de la operación con la mujer (y si corresponde con su familia) para ayudar a aliviar la ansiedad preoperatoria?
- ¿Cómo podría asegurarse de que la asistencia que ofrece a las mujeres no introduce juicios de valor?
- Resuma los aspectos biofísicos, psicosociales y culturales de la asistencia que deben proporcionarse a las mujeres con afecciones ginecológicas o afines.

Dedicatoria

Este capítulo está dedicado a la memoria de Sarah Moore (de soltera McAllister), paciente y amiga que perdió su batalla contra el cáncer de cuello uterino en el Boxing Day (el día después de Navidad) de 2018, a los 37 años. Nunca hubo un ejemplo más conmovedor de la importancia de reconocer a la persona detrás de cada enfermedad. Nunca olvide que detrás de cada paciente hay una persona.

Recursos

Antenatal Results and Choices

Tel.: 0845 077 2290 o 0207 713 7486 a través del teléfono móvil
<https://www.arc-uk.org/>

Association for Continence Advice

Tel.: +44 (0) 1506 811077

Correo electrónico: aca@fitwise.co.uk
www.aca.uk.com

British Society of Urogynaecology

Tel.: 020 7772 6211

Correo electrónico: bsug@rcog.org.uk
bsug.org.uk

Bladder and Bowel Community

Tel.: 01926 357220

Correo electrónico: help@bladderandbowel.org
www.bladderandbowel.org

British Gynaecological Cancer Society

Correo electrónico: administrator@bgcs.org
bgcs.org.uk

British Menopause Society

Tel.: 01628 890199

thebms.org.uk

Cancer Research UK

Tel. (consultas generales): 0300 123 1022
 Tel. (consultas relacionadas con el cáncer): 0808 800 4040
 www.cancerresearchuk.org/about-cancer/womens-cancer

Fertility Network UK

info@fertilitynetworkuk.org
 Tel.: 01424 732361

fertilitynetworkuk.org/about

Hysterectomy Association

healthyhappywoman.co.uk/hysterectomy-information

Miscarriage Association

Tel.: 01924 200799

Correo electrónico: info@miscarriageassociation.org.uk

www.miscarriageassociation.org.uk

National Association for Premenstrual Syndrome (NAPS)

Tel.: 0844 8157311

Correo electrónico: contact@pms.org.uk

www.pms.org.uk

National Endometriosis Society

Tel.: 020 7222 2781

endometriosis-uk.org

National Osteoporosis Society

Tel. (consultas generales): 01761 471 771

Tel. (servicio telefónico de información): 0808 800 0035

www.nos.org.uk

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Tel.: 020 7772 6200

www.rcog.org.uk

Sands (Stillbirth and Neonatal Death Charity)

Tel.: 020 7436 7940

Servicio telefónico de información: 0808 164 3332

Correo electrónico: helpline@sands.org.uk

www.sands.org.uk

VACO (Vulva Awareness Campaign Organisation)

www.vaco.co.uk

Bibliografía

- Aarts, J. W. M., Nieboer, T. E., Johnson, N., Tavender, E., Garry, R., Mol, B. J., et al. (2015). Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological diseases. *Cochrane Database*, 8, Article CD003677.
- Aerts, L., Enzlin, P., Verhaeghe, J., Vergote, I., & Amant, F. (2014). Psychologic, relational, and sexual functioning in women after surgical treatment of vulvar malignancy: a prospective controlled study. *International Journal of Gynecological Cancer*, 24(2), 372-380.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care, Apfelbaum, J. L., Silverstein, J. H., Chung, F. F., Connis, R. T., Fillmore, R. B., et al. (2013). Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*, 118(2), 291-307.
- Asher, R., Obermair, A., Franzcog, C. G. O., Monika, J., & Gebiski, V. (2018). Disease-free and survival outcomes for total laparoscopic hysterectomy compared with total abdominal hysterectomy in early-stage endometrial carcinoma: a meta-analysis. *International Journal of Gynecological Cancer*, 28(3), 529-538.
- Allison, J., & George, M. (2014). Using preoperative assessment and patient instruction to improve patient safety. *Association of Operating Room Nurses*, 99(3), 364-375.
- American Society of Anesthesiologists (ASA). (2017). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*, 126(3), 376-393.
- Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., & Sankaranarayanan, R. (2018). FIGO Cancer Report 2018, Cancer of the Cervix Uteri. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 143(S2), 22-36.
- British Gynaecological Cancer Society (BGCS) & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2014). *Guidelines for the diagnosis and management of vulvar carcinoma*. London: BGCS/RCOG.
- Clark, T. J., & Gupta, J. K. (2005). *Handbook of outpatient hysteroscopy*. London: Hodder.
- Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12(1), 32-37.
- Dimond, B. (2011). *Legal Aspects of Nursing* (6th ed.). Harlow: Pearson Education Ltd.
- Durnell Schuiling, K., & Likis, F. (2017). *Women's Gynecologic Health* (3rd ed.). Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning.
- Dyer, C. (2018). UK women launch legal action against Bayer over Essure sterilisation device. *British Medical Journal*, 360, k271.
- Elson, C. J., Salim, R., Potdar, N., Chetty, M., Ross, J. A., & Kirk, E. J. (2016). Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BJOG*, 123, e15-e55.
- Erickson, B. K., Conner, M. G., & Landen, C. N. (2013). The role of the fallopian tube in the origin of ovarian cancer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 209(5), 409-414.
- Food and Drug Administration. (2018). *Essure permanent birth control*. Available at: <www.fda.gov/medical-devices/implants-and-prosthetics/essure-permanent-birth-control>.
- Fritzer, N., Haas, D., Oppelt, P., Renner, S., Hornung, D., Wöfler, M., et al. (2013). More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 169(2), 392-396.
- Galaal, K., Donkers, H., Bryant, A., & Lopes, A. D. (2018). Laparoscopy versus laparotomy for the management of early stage endometrial cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
- Gray, C. E., Baruah-Young, J., & Payne, C. J. (2015). Preoperative assessment in patients presenting for elective surgery. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 16(9), 425-430.
- Iavazzo, C., & Gkegkes, I. D. (2017). Vulvar cancer and post-vulvectomy complications. In M. A. Farage, & H. I. Maibach (Eds.), *The vulva: Physiology and clinical management*. Boca Raton: CRC Press.
- Irwin, D. E., Kopp, Z. S., Agatep, B., Milsom, I., & Abrams, P. (2011). Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU International*, 108(7), 1132-1138.

- Kyle, E. B., Maheux-Lacroix, S., Boutin, A., Laberge, P. Y., & Lemyre, M. (2016). Low vs standard pressures in gynecologic laparoscopy: a systematic review. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 20(1).
- Lai, J., Elleray, R., Nordin, A., Hirschowitz, L., Rous, B., Gildea, C., et al. (2014). Vulval cancer incidence, mortality and survival in England: age-related trends. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(6), 729–739.
- Lethaby, A., Mukhopadhyay, A., & Naik, R. (2012). Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Article CD004993.
- Liu, H., Lawrie, T. A., Lu, D., Song, H., Wang, L., & Shi, G. (2014). Robot-assisted surgery in gynaecology. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, Article CD011422.
- Janssen, S. M., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2012). Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 89(2012), 221–226.
- Jepson, R. G., Williams, G., & Craig, J. C. (2012). Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, Article CD001321.
- Johnson, N. P., Hummelshoj, L., Adamson, G. D., Keckstein, J., Taylor, H. S., Ab Rao, M. S., et al. (2017). World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Human Reproduction*, 32(2), 314–322.
- Joint Committee on Vaccination and Immunization. (2018). *Statement on HPV vaccination*. Available at: <assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/726319/JCV_Statement_on_HPV_vaccination_2018.pdf>.
- Maclaran, K., Agarwal, N., & Odemmi, F. (2016). Perioperative outcomes in laparoscopic hysterectomy: Identifying surgical risk factors. *Gynecology Surgery*, 13, 75–82.
- Manodoro, S., Werbrout, E., Veldman, J., Haest, K., Corona, R., Claerhout, F., et al. (2011). Laparoscopic sacrocolpopexy. Facts, Views and Vision in Obstetrics. *Gynaecology and Reproductive Health*, 3(3), 151–158.
- McDonald, R. (2015). Enhanced recovery clinical education programme improves quality of post-operative care. *BMJ Quality Improvement Reports*. Available at: <bmjopenquality.bmj.com/content/4/1/u208370.w3387>.
- Murkhopadhaya, N., & Manyonda, I. T. (2013). The hysterectomy story in the United Kingdom. *Journal of Midlife Health*, 4(1), 40–41.
- Muto, M. G., Goff, B., & Falk, S. J. (2017). Risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy in women at high risk of epithelial ovarian and fallopian tubal cancer. *UpToDate*. Available at: <www.uptodate.com/contents/risk-reducing-bilateral-salpingo-oophorectomy-in-women-at-high-risk-of-epithelial-ovarian-and-fallopian-tubal-cancer>.
- National Institute of Health and Care Excellence (NICE). (2010). *Laparoscopic hysterectomy (including laparoscopic total hysterectomy and laparoscopically assisted vaginal hysterectomy) for endometrial cancer: Interventional procedures guidance*. London: NICE.
- National Institute of Health and Care Excellence (NICE). (2011). *Ovarian cancer: recognition and initial management*. London: NICE Clinical guideline [CG122].
- National Institute of Health and Care Excellence (NICE). (2012). *Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management*. London: NICE Clinical guideline [CG154].
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *Urinary incontinence in women: Management*. London: NICE [CG171].
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2016). *Routine preoperative tests for elective surgery*. London: NICE [NG45].
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). *Endometriosis diagnosis and management*. London: NICE [NG73].
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Heavy menstrual bleeding: assessment and management*. London: NICE NICE guideline [NG88].
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism*. London: NICE NICE guideline [NG89].
- Nelson, G., Altman, D., Nick, A., Meyer, L. A., Ramirez, P. T., Acheson, N., et al. (2016). Guidelines for Postoperative Care in Gynaecologic/Oncology Surgery: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS). Society Recommendations – Part 2. *Gynecologic Oncology*, 140(2), 323–332.
- Newman, D. K., & Wilson, M. M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urologic Nursing*, 31(1), 12–29.
- NHS. (2000). *The NHS Cancer Plan: a plan for investment, a plan for reform*. London: Department of Health.
- NHS Cervical Screening Programme. (2016). *Cancer screening programmes: Colposcopy and programme management* [Online]. Available at: <www.bsccp.org.uk/assets/file/uploads/resources/NHSCSP_20_Colposcopy_and_Programme_Management_(3rd_Edition)_2_.pdf>.
- Nursing and Midwifery Council. (2018). *The Code. Professional standards of practice and behaviour for nurses, midwives and nursing associates*. Available at: <www.nmc.org.uk/standards/code>.
- Pecorelli, S. (2009). FIGO committee on gynecologic oncology: revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix and endometrium. *Internal Journal Gynecology Oncology*, 105(2), 103–104.
- Persu, C., Chapple, C. R., Cauni, V., Gutue, S., & Ceavete, P. (2011). Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) – a new era in pelvic prolapse staging. *Journal of Medicine and Life*, 4(1), 75–81.
- Petruzzello, A., Kondo, W., Hatschback, S. B., Guerrero, J. A., Fiho, F. P., Vendrame, C., et al. (2014). Surgical results of pelvic exenteration in the treatment of gynecologic cancer. *World Journal of Surgical Oncology*, 12(1), 279–287.
- Rahmanou, P., White, B., Price, N., & Jackson, S. (2014). Laparoscopic hysteropexy: 1- to 4-year follow-up of women postoperatively. *International Urogynaecology Journal*, 25(1), 131–138.
- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (2003). *The roper-logan-tierney model of nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2011). *Management of suspected ovarian masses in premenopausal women*. London: RCOG.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2015). *Management of women with a genetic predisposition to gynaecological cancers scientific impact paper No. 48*. London: RCOG.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2015). *Obtaining valid consent clinical governance advice No. 6*. London: RCOG.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2016). *Female sterilisation: Consent advice No 3*. London: RCOG.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2018). *Mesh Safety Alert*. London: RCOG. Available at: <www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/mesh-safety-alert>.

- Setchell, M. E. (2013). Pre-operative assessment and diagnostic procedures. In M. E. Setchell, & J. H. Shepherd (Eds.), *Shaw's textbook of operative gynaecology* (pp. 29–37). Oxford: Elsevier.
- Sinha, R., Sanja, M., Rupa, B., & Kumari, S. (2015). Robotic surgery in gynaecology. *Journal of Minimal Access Surgery*, 11(1), 50–59.
- Tortora, G. J., & Grabowski, S. R. (2003). *Principles of anatomy and physiology* (10th ed.). New York: John Wiley.
- World Health Organization. (2014). *Comprehensive cervical cancer control a guide to essential practice* (2nd ed.). Geneva: WHO.

Lecturas adicionales

- Durnell-Schuiling, K., & Likis, F. (2017). *Womens gynecologic health* (3rd ed.). Burlington MA: Jones and Bartlett Learning.
- Gupta, S., Holloway, D., & Kubba, A. (2010). *Oxford handbook of women's health nursing*. Oxford: Oxford University Press.
- Iavazzo, C., & Gkegkes, I. D. (2017). Vulvar cancer and post-vulvectomy complications. In M. A. Farage, & H. I. Maibach (Eds.), *The vulva: Physiology and clinical management*. Boca Raton: CRC Press.
- Kaschak, E., & Tiefer, L. (2014). *A view of women's sexual problems*. New York: Routledge.
- Magowan, B. A., Owen, P., & Thomson, A. (2018). *Clinical obstetrics and gynaecology* (4th edn): Elsevier.
- Murray, S., McKinney, E., Holub, K., & Jones, R. *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (7th ed). Elsevier.
- Norwitz, E. R., & Schorge, J. O. (2013). *Obstetrics and gynecology at a glance* (4th ed.). Oxford: Wiley Blackwell.
- Oats, J. J. N., & Abraham, S. (2015). *Llewellyn-Jones fundamentals of obstetrics and gynaecology* (10th ed.). Edinburgh: Elsevier.
- Olshansky, E. F. (2015). *Women's health and wellness across the lifespan*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). *Providing quality care for women: Standards for gynaecology care*. London: RCOG.
- Spiers, M. V., Geller, P. A., & Kloss, J. D. (2013). *Women's health psychology*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Sundar, S., Balega, J., Crosbie, E., Drake, A., Edmondson, R., Fotopoulou, C., et al. (2017). *RCCS uterine cancer guidelines: Recommendations for practice*: BGCS. Available at: <<https://www.bgcs.org.uk/wp-content/uploads/2019/05/BGCS-Endometrial-Guidelines-2017.pdf>>.