

ESTUDIO DE CASO

Vulvectomía parcial en una paciente con neoplasia intraepitelial vulvar enfocado en el PAE

Partial vulvectomy in a patient with vulvar intraepithelial neoplasia (level II) focused on NCP

Brenda Yahaira Cetina-Lara¹, Karen Liliana Zavaleta-Baas¹, Carlos Iván Chi-May¹

RESUMEN

Introducción: La neoplasia vulvar intraepitelial es poco frecuente; sin embargo, es necesario destacar que en los últimos años su incidencia ha aumentado de manera significativa en mujeres más jóvenes, esto debido al aumento de la infección genital por el virus de papiloma humano.

Objetivo: Describir la intervención quirúrgica de vulvectomía parcial en una paciente con neoplasia intraepitelial vulvar, haciendo una valoración fundamentada en la teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, con un enfoque en el Proceso de Atención de Enfermería, durante el perioperatorio. **Material y métodos:** Estudio de caso *observacional, transversal y descriptivo*, enfocado en una paciente que se seleccionó de una institución de salud pública de segundo nivel de atención de la ciudad de Mérida, Yucatán, México. **Resultados:** Las intervenciones de enfermería fueron realizadas satisfactoriamente, por lo cual, la paciente tuvo un perioperatorio y una estadía hospitalaria sin complicaciones. **Discusión:** La modificación en el estilo de vida tras el diagnóstico de la patología vulvar en la paciente de estudio, nos demuestra que puede ser prevenida aplicando los métodos de autocuidado descritos por Dorothea Orem. **Conclusión:** La enfermera quirúrgica tiene un rol importante; en el preoperatorio, ayudando a la paciente a manejar sus sentimientos y brindándole información de su padecimiento y futura cirugía, en el transoperatorio evitando daños y vigilando que se realice una cirugía segura, en el posoperatorio, realizando una valoración para evitar riesgos que puedan prolongar su estadía hospitalaria.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, Neoplasia de la vulva, Vulvectomía

ABSTRACT

Introduction: Vulvar intraepithelial neoplasms are rare; however, it should be noted that in recent years their incidence has increased significantly in younger women, mainly due to the increase in genital infection by human papillomavirus. **Objective:** To describe the surgical intervention of partial vulvectomy in a 40-year-old patient with vulvar intraepithelial neoplasia, making an assessment based on Dorothea Orem's Self-Care Deficit theory, with a focus on the Nursing Care Process, during the perioperative period. **Material and Methods:** Observational, cross-sectional and descriptive case study, focused on a patient selected in a second level of the care public health institution in the city of Merida, Yucatan, Mexico. **Results:** All nursing interventions were performed satisfactorily, which is why the patient had an uncomplicated perioperative and hospital stay. **Discussion:** The modification in lifestyle after the diagnosis of vulvar pathology in the study patient shows that it can be prevented by applying the self-care methods described by Dorothea Orem. **Conclusion:** The surgical nurse has an important role in the preoperative period, helping to the patient to manage her feelings and providing information about her condition and future surgery, in the transoperative period avoiding damage. In the postoperative period, the nurse carry out an adequate assessment, to avoid risks that could prolong their hospital stay, as well as teach the proper way of self-care and avoid a recurrence.

Keywords: Nursing care process, Vulvar neoplasm, Vulvectomy.

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

Recibido: 17 de junio de 2023.

Aceptado: 03 de julio de 2023.

Correspondencia para la autora: Brenda Yahaira Cetina-Lara. Calle 26 #373 x 31E. Miguel Alemán. C.P. 97148. Mérida, Yucatán, México. brendacetinalara@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La neoplasia vulvar intraepitelial es poco frecuente; sin embargo, es necesario destacar que en los últimos años su incidencia ha aumentado de manera significativa y especialmente en mujeres más jóvenes, debido principalmente al aumento de la infección genital por el virus de papiloma humano (2).

Lo anterior hace necesario la exploración de forma sistemática en todas las mujeres que acudan a una consulta ginecológica, y en especial en quienes presentan lesiones en otras localizaciones del tracto ano-genital relacionadas con VPH, dermatopatías vulvares, o refieren algún tipo de sintomatología.

Una vez realizado el diagnóstico, la elección del tratamiento dependerá de la edad de la paciente y las condiciones del tejido vulvar, además de otros factores como son: tamaño del tumor, localización y profundidad de invasión.

El presente estudio de caso, describe la historia clínica de una mujer con lesión vulvar y prurito de un año de evolución, que tras la adecuada valoración clínica y biopsia se le diagnosticó con neoplasia intraepitelial tipo II, y por lo que dadas a las condiciones, el método de tratamiento que se eligió fue la vulvectomía parcial.

El objetivo del presente estudio es describir la intervención quirúrgica de vulvectomía parcial en una paciente de 40 años con neoplasia, haciendo una valoración fundamentada en la teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem en el preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio y con un enfoque en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

MARCO TEÓRICO

Las neoplasias son masas anormales de tejido que crecen de forma incontrolada, excesiva, autónoma e irreversible, superando a los tejidos normales en velocidad de crecimiento y que poseen rasgos funcionales y morfológicos diferentes a los de sus precursoras. Esta proliferación de células persiste incluso tras la desaparición del estímulo que la desencadenó. (1)

Las tres características principales de los tumores son: la formación de una masa anormal de células, presentan un crecimiento independiente, excesivo y sin control y por último, tienen la capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer la causa que lo provocó. (1)

De acuerdo con el comportamiento clínico se pueden clasificar en:

- Tumores benignos: son aquellos cuyas características microscópicas y macroscópicas no son graves, es decir, el tumor se encuentra en una zona que no ha dado lugar a implantes secundarios. Pero en ocasiones este tipo de neoplasias no solo provocan tumefacción sino también pueden dar lugar a enfermedades graves. (1)
- Tumores malignos: son aquellos que se pueden infiltrar en estructuras adyacentes destruyéndolas o propagarse a lugares lejanos dando lugar a implantes secundarios (metástasis) y ocasionando así una muerte casi segura. (1)

Epidemiología

El cáncer vulvar es una entidad poco frecuente, representa aproximadamente el 4% de las neoplasias ginecológicas. A nivel global, alrededor de 27.000 mujeres son diagnosticadas anualmente con cáncer de vulva (2), con un pico de incidencia en el rango de edad de 65 a 75 años. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un incremento marcado en las pacientes más jóvenes, asociado a infección del virus del papiloma humano, así como a la historia del tabaquismo. (3)

En México en 2006, se reportaron 162 casos de cáncer vulvar representando el 0.15% de los tumores del tracto genital en ambos sexos. En el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) en México en el año 2013 se reportaron 16 casos de cáncer vulvar

colocando a esta patología en el cuarto lugar de los cánceres ginecológicos. (3)

Definición

La neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) se define como una lesión precursora del carcinoma escamoso de vulva.(4)

La International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases (ISSVD) utiliza actualmente el término de VIN solo en casos de displasia grave (NIV 2 Y NIV3). (5)

Clasificaciones

Las VIN son clasificadas según la etiología o el proceso evolutivo:

- *VIN clásica o usual (usual VIN o UVIN)*: esta es de origen viral causada por el virus del papiloma humano (VPH)
- *VIN diferenciada (DVIN)*: la cual se asocia a dermatosis inflamatorias crónicas como el liquen escleroso y el liquen simple crónico.(5)

La VIN también puede ser clasificada en tres grados según el nivel de afectación del epitelio por las células anormales:

- *VIN I*: Son lesiones planas con atipia coilocítica y mínima evidencia de proliferación. (6)
- *VIN II y VIN III*: En estas se pueden evidenciar aspectos muy heterogéneos, que se clasifican en tres tipos: condilomatoso, basaloide y diferenciado (6)

Características

La VIN no tiene características específicas, las lesiones pueden ser únicas o múltiples, blancas, rojas o pigmentadas. Por lo regular suelen ser asintomáticas, sin embargo, en el 50% de las VIN son sintomáticas pudiendo presentar en algunas pacientes prurito vulvar, seguido de dolor, escozor, dispareunia o disuria y una superficie plana o sobrelevada (5)

Según la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvovaginales (ISSVD) la VIN se caracteriza por la pérdida de maduración de las células epiteliales, asociada con hiper cromasia y pleomorfismo nuclear, mitosis anormales y amontonamiento celular. Pueden estar presentes células disqueratóticas, corps ronds, hiperqueratosis, paraqueratosis e incontinencia pigmentaria.(1)

Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados más frecuentes son el tabaco y el VIH en inmunosupresión:

- Tabaco

Las fumadoras tienen aumentado el riesgo de VIN y de cáncer de vulva, con riesgo relativo de 4,9 para VIN III y de 12,3 para el cáncer condilomatoso o basaloides. Contrariamente, en el cáncer queratinizante no se observa esta asociación. El riesgo aumenta al aumentar el número de cigarrillos y es especialmente significativo en las mujeres que además tienen VPH-16. El mecanismo por el que actuaría el tabaco

sería doble, por una parte, transformando las células inmortalizadas por el VPH-16 y por otro inhibiendo la apoptosis. (6)

- VIH e inmunosupresión

Tanto el VPH como el VIH son virus que se transmiten sexualmente y comparten muchos factores de riesgo semejantes. Las mujeres VIH positivas tienen un riesgo cinco veces mayor de infectarse por VPH. En las pacientes inmunodeprimidas, las neoplasias intraepiteliales del tracto genital demuestran una mayor tendencia a progresar y recaer después del tratamiento. Esta evolución desfavorable está en relación con el grado de depresión inmunitaria. Las pacientes gravemente inmunodeprimidas tienen riesgo de un avance rápido de la enfermedad preinvasora, incluso fulminante. Contrariamente, las mujeres VIH positivas con normalidad del sistema inmunitario, ponen de manifiesto una evolución semejante al de las mujeres VIH negativas. Sin embargo, existe la posibilidad de que la eficacia de los tratamientos actuales para el VIH, al conseguir una larga supervivencia de las mujeres infectadas, permitiría que se manifestasen secuelas a largo plazo y en especial que aumentase el riesgo de transformación cancerosa de las infecciones por VPH. (6)

Diagnóstico

La exploración de la vulva debe realizarse de forma sistemática a todas las mujeres que acuden a una consulta ginecológica, y especialmente en las que

presentan lesiones en otras localizaciones del tracto ano-genital relacionadas con VPH, dermatopatías vulvares, o refieren algún tipo de sintomatología. (7)

La exploración de la vulva debe incluir una inspección general y de la zona perianal. El examen debe ser meticulosamente ordenado y con la ayuda de una adecuada iluminación. (7)

La inspección en estas condiciones permite identificar los diversos aspectos macroscópicos de las lesiones. (7)

La exploración con el colposcopio y ácido acético (vulvoscopia) permite un examen magnificado y una inspección más detallada, y es útil para identificar lesiones sospechosas y dirigir la biopsia. (7)

Tratamiento

Tabla 1. Tratamiento Escisional

Nombre del procedimiento	Procedimiento	Indicación
<i>Escisión local simple</i>	Escisión de la totalidad de la lesión con margen de seguridad de 0,5 cm alrededor de la lesión visible (o menor en lesiones con compromiso de estructuras anatómicas como el ano, uretra o clítoris) y profundidad mínima de 3 mm en áreas pilosas y 1 mm en áreas no pilosas.	Lesiones de VIN unifocales o multifocales aisladas.
<i>Vulvectomía cutánea parcial o total</i>	Escisión de todo el grosor de la piel vulvar que incluye los folículos pilosos y cutáneos, con preservación del tejido subcutáneo. Este método incluye la preservación del clítoris, aunque pueden extirparse superficialmente las lesiones sobre glande o	Lesiones de VIN muy extensas que afectan a la mayor parte del tejido vulvar.

Para la elección del tratamiento se debe considerar la edad, estado general, sintomatología del paciente, las condiciones del tejido vulvar, además de otros factores como son: tamaño del tumor, localización y profundidad de invasión. El estado de los ganglios linfáticos es el factor pronóstico más importante con impacto en la recurrencia tanto local como a distancia. (7)

El tratamiento ideal debe destruir completamente la lesión, mejorar los síntomas si hay invasión, alterar la morfología tan poco como sea posible, preservar la función de la vulva y evitar las recurrencias. (8)

Existen múltiples opciones de tratamiento (escisional, destructivo, médico) que se pueden aplicar de forma única o combinada (ver tablas 1 y 2).:

- Tratamiento Escisional:

<p><i>Vulvectomy simple</i></p>	<p>capuchón. El cierre del defecto la mayoría de las veces puede ser primario y excepcionalmente se debe recurrir a injerto libre. Consiste en la extirpación de todo el grosor de la piel vulvar incluyendo los labios mayores, los labios menores y el clítoris.</p>	<p>En la actualidad, no existe indicación de utilización en ningún caso de VIN</p>
---------------------------------	--	--

Fuente: Correa Uribe A, González Castañeda M, Realpe Palomino M; 2016

- Tratamiento destructivo: Consiste en eliminar la totalidad de la lesión con diferentes métodos de destrucción tisular sin que se obtenga pieza quirúrgica para su estudio histológico. Antes de aplicar este tratamiento se requiere obligatoriamente descartar la presencia de lesión invasiva mediante la toma de biopsias múltiples. (8)

Tabla 2. Tratamiento destructivo

Nombre del procedimiento	Procedimiento	Indicación
<i>Vaporización con láser</i>	Destrucción del tejido afectado mediante vaporización con láser de CO2. La profundidad que debe alcanzar la vaporización depende de la zona afectada: 3-4 mm en las áreas pilosas y 0,5-1 mm en las zonas no pilosas.	HSIL (VIN tipo común) preferentemente localizadas en introito o zonas no pilosas, una vez descartada invasión. Este procedimiento está especialmente recomendado cuando las lesiones son multifocales y extensas.

Fuente: Correa Uribe A, González Castañeda M, Realpe Palomino M; 2016

Procedimientos quirúrgicos pueden ser realizados con diferentes técnicas: bisturí, electrocirugía y láser.

1. Cirugía con bisturí frío: Los cirujanos deben tratar de ser lo más conservadores posibles, un margen periférico de 5 mm es apropiado para la vigilancia de la VIN. Una profundidad en las zonas pilosas de hasta 4 mm y en zonas lampiñas no debe ser superior a 1 mm. (8)
2. Escisión con electrocirugía con asa (LEEP): En comparación con el láser de CO2 tiene la ventaja de obtener muestras para la evaluación histopatológica. (8)
3. Laser de CO2: Las escisiones por láser son muy buenos teniendo en cuenta los resultados cosméticos y funcionales en manos experimentadas. Es fundamental reconocer los planos quirúrgicos del estroma colposcópicamente durante la cirugía, la resección debe ser hasta

el tercer plano (dermis reticular) con un margen de seguridad de 5 mm. (8)

- Tratamiento tópico

Los tratamientos tópicos de la VIN han surgido como alternativa a la cirugía, sin embargo, en la actualidad a pesar de que la FDA no ha aprobado ningún tratamiento tópico para la VIN, se recomiendan en determinadas situaciones y están admitidos por las sociedades científicas. (8)

Estas terapias tópicas están indicadas solo en el tratamiento de la VIN tipo común, para lesiones unifocales o multifocales aisladas de

forma única o en combinación con terapias escisionales una vez descartada la invasión oculta. Los medicamentos tópicos recomendados son el 5-fluorouracilo (5-FU), Imiquimod y el Ciclovir. (8)

- Tratamiento combinado

Consiste en la combinación de más de un tratamiento primario de la VIN. Generalmente se realiza la combinación de un tratamiento escisional con un tratamiento destructivo o tópico en la lesión residual. El procedimiento combinado más frecuente es la escisión + láser de CO2 o la escisión + imiquimod. (8)

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de tipo *observacional, transversal y descriptivo*, enfocado en una paciente que procede de una institución de salud pública de segundo nivel de atención de la ciudad de Mérida, Yucatán, México en el periodo de práctica clínica del Posgrado en Enfermería Quirúrgica que transcurrió de octubre a diciembre del 2022. La recolección de datos se hizo por medio del expediente clínico, obteniendo datos de las notas médicas, de las hojas de enfermería, así como de los estudios histopatológicos realizados previamente. Durante el preoperatorio se le realizó una anamnesis a la paciente para corroborar datos del expediente y posteriormente durante todo el proceso perioperatorio (preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio), se llevó a cabo una valoración clínica bajo el enfoque de la teoría del déficit de autocuidado de

Dorothea Orem, donde se identifica cuáles son los factores básicos condicionantes internos y externos como edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, factores del sistema familiar, patrón de vida y factores ambientales, los cuales afectan a los individuos en su capacidad para cuidarse.(9)

Los planes de cuidados de enfermería se elaboraron con base a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y las taxonomías Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC).

ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo de investigación se considera sin riesgo para el participante de

acuerdo a lo estipulado en el artículo 17 de la ley general de salud en materia de investigación, donde se establece que una investigación sin riesgo es aquella donde “se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.(10)

Para realizar este estudio se obtuvo el consentimiento informado de forma verbal donde la participante refirió aceptar participar en el estudio, basándose según lo estipulado y permitido en el artículo 23 y artículo 21 de la ley general de salud. Se explicó de manera verbal el objetivo del estudio, así como los riesgos o molestias esperados, de igual manera se informó sobre la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento del estudio si así lo desease y se le garantizó que su privacidad es protegida en todo momento como lo establece el artículo 16 de la Ley general de salud. (10)

HISTORIA CLÍNICA

Datos demográficos: V.B.C, mujer de la cuarta década de vida, que habita en un medio urbano en la ciudad de Mérida, Yucatán, cuenta con los servicios básicos de urbanización, casa construida con material de cemento, con un baño, dos cuartos, sala y cocina. Escolaridad media básica, estudiando hasta segundo año de secundaria. Actualmente, ama de casa y profesora la región católica.

Antecedentes gineco-obstétricos: Inicio de menarca a los 12 años, inicio de vida sexual activa a los 22 años, 2 parejas sexuales, 1 gesta por cesárea por insuficiencia ístmico-cervical. En los últimos 8 años previos al inicio del padecimiento actual, no se realizan estudios de citología vaginal (papanicolaou) y colposcopia, sin embargo, al iniciar padecimiento, en

septiembre del 2021 se realizó estos estudios dando como resultado del papanicolaou positivo al virus del papiloma humano, y la colposcopia evidenció procesos inflamatorios a nivel vulvar.

No cuenta con antecedentes heredofamiliares y quirúrgicos de relevancia.

Antecedente patológico de insuficiencia hepática autoinmune, diagnosticada desde el año 2003, secundaria a cuadro de hepatitis y alcoholismo. Actualmente con tratamiento de prednisona y azatioprina.

Inicia padecimiento actual en septiembre del 2021 con leucorrea no fétida, acude a Unidad de Medicina Familiar recibiendo tratamiento sin mejoría y con incremento de flujo transvaginal

agregándose prurito en región vulvar en enero del 2022.

Por esta razón acude a médico particular a la exploración se observa lesión en región vulvar bilateral, afectando ambos labios mayores y menores. Lesión tipo escamosa, no ulcerada, ni sangrante de coloración violácea y blanquecina, con dolor a la palpación. En lado derecho e izquierdo abarcando la lesión de 5 cm de tamaño. Del lado derecho con características similares a placa violácea, sin embargo, presenta máculas blanquecinas. Se toma biopsia dando como resultado Neoplasia Intraepitelial Vulvar II (NIV II).

Laboratorios: Grupo A+, tiempo de protrombina 11.7 segundos, tiempo parcial de tromboplastina 39.1 segundos, leucocitos 7 700, hemoglobina 15.1 g/dl, hematocrito 46%, plaquetas 145, glucosa 94.7 mg/dl, creatinina 0.7, urea 25.8, GGT 225, TG 221.8 Examen general de orina normal.

VALORACIÓN PRE-OPERATORIA

La valoración de enfermería pre quirúrgica se realizó el día 27 de octubre del 2022, bajo el enfoque del método de la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem, basándose en los factores condicionantes básicos, que se definen como factores internos o externos a los individuos que afectan las capacidades para ocuparse de su autocuidado.(9) Se obtuvieron los siguientes datos:

Edad: 40 años.

Sexo: Femenino.

Estado de desarrollo: Sin alteración.

Estado de salud: Padece de insuficiencia hepática autoinmune desde hace 19 años. Se encuentra consciente, orientada, intranquila, con buena coloración de tegumentos. Ruidos cardiacos rítmicos, abdomen doloroso a nivel suprapúbico, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis normoaudible, sin pérdidas transvaginales, genitales acordes a la edad, dolor EVA 7 a la palpación en lesión vulvar. Sin dentadura postiza y en ayuno de 8 horas. A la toma de signos vitales con TA: 110/60 milímetros de mercurio, FC: 80 latidos por minuto, FR: 20 respiraciones por minuto, TC: 36.0°C, SAT: 100%

Patrones de vida: Ama de casa, soltera. Toxicomanías negadas, tabaquismo y alcoholismo durante su juventud, sin embargo, cuando le diagnostican insuficiencia hepática autoinmune en el 2003, retira todo tipo de alcohol de sus hábitos. Actualmente tratamiento con prednisona y azatioprina. Sin alergias a alimentos y medicamentos.

Orientación sociocultural: Religión católica.

Factores del sistema de cuidados de salud: refiere desconocer acerca de los riesgos de su padecimiento actual y nunca recibir información acerca de la importancia de realizarse las pruebas de Papanicolaou y Colposcopia.

Factores del sistema familiar: Padres no vivos, soltera, vive sola, apoyo económico de su único hijo. Padre y madre sin padecimientos crónico-degenerativos u oncológicos.

VALORACIÓN TRANSOPERATORIA

Ingresa paciente a sala quirúrgica a las 12:05, se realizó monitoreo no invasivo. Se coloca en mesa quirúrgica y se coloca a la paciente en sedestación para la aplicación de anestesia por bloqueo mixto con ropivacaína, fentanilo y midazolam. Se coloca en posición de litotomía y se procede a la asepsia en región perivulvar y drenaje de vejiga con sonda Nelaton.

12:50 inicia procedimiento quirúrgico. Se realiza delimitación de bordes a 2 cm de la lesión, incisión en huso alrededor de la lesión con 0.5mm de borde por afuera de la lesión, se procede a la disección abarcando labio mayor y menor izquierdo y derecho, hemostasia de tejido sangrante con catgut crómico del 2-0, sale pieza quirúrgica, conteo textil, sutura de tejido celular subcutáneo y sutura de piel con nylon 3-0.

Finaliza procedimiento quirúrgico, se traslada paciente al área de recuperación. Consciente, orientada, sin movimiento en extremidades inferiores y sin dolor en la herida quirúrgica.

VALORACIÓN POS-OPERATORIA

Se realiza valoración inmediata en el área de recuperación una hora posterior al procedimiento quirúrgico, posoperada de vulvectomía parcial, consciente, orientada, con buena coloración de tegumentos, sin oxigenoterapia y sin compromiso respiratorio. Bajo efectos residuales de anestesia, se observa con movimiento en miembros pélvicos. EVA: 4, herida quirúrgica limpia, con sangrado mínimo. A la cuantificación de de signos vitales se obtienen los siguientes parámetros: TA: 112/90 milímetros de mercurio, FC: 65 latidos por minuto, FR: 20 respiraciones por minuto, TC: 35.8°C, SAT: 100%

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A continuación, se presentan los planes de cuidado del siguiente caso clínico durante el perioperatorio (tablas 3,4 y 5):

Tabla 3. Plan de atención de enfermería: Etapa preoperatoria.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	SISTEMAS DE ENFERMERÍA
<p>Dominio 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c neoplasia evidenciado por dolor agudo, alteración del color de la piel, prurito y área localizada caliente al tacto.</p> <p>Dominio 1: Promoción a la salud Clase 2: Gestión de la salud (00292) Conductas de mantenimiento ineficaz de la salud r/c recursos inadecuados de salud o dificultad con la complejidad del sistema sanitario evidenciado por el fracaso para adoptar medidas que eviten problemas de salud.</p> <p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento (00148) Temor r/c la situación desconocida evidenciado por tensión muscular e incremento de la sudoración.</p>	<p>Dominio 2: Salud fisiológica Clase L: Integridad tisular</p> <ul style="list-style-type: none"> (1101) Integridad tisular: Piel y membranas mucosas <p>Dominio 3: Salud psicosocial Clase O: Autocontrol</p> <ul style="list-style-type: none"> (3114) Autocontrol: cáncer <p>Dominio 3: Salud psicosocial Clase M: Bienestar psicológico</p> <ul style="list-style-type: none"> (1210) Nivel de miedo 	<p>Dominio 1: Fisiológico básico Clase F: Facilitación del autocuidado (1750) Cuidados perineales</p> <p>Dominio 1: Fisiológico básico Clase E: Fomento de la comodidad física (1410) Manejo del dolor agudo</p> <p>Dominio 1: Fisiológico básico Clase F: Facilitación del autocuidado (1800) Ayuda con el autocuidado (5818) Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5515) Mejora el acceso a la información sanitaria</p> <p>Dominio 3: Conductual Clase Q: potenciación de la comunicación (4920) Escucha activa</p> <p>Dominio 2: Fisiológico complejo Clase J: Cuidados perioperatorios (5610) Enseñanza pre quirúrgica</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Totalmente compensatorio</p> <p>Totalmente compensatorio</p>

Fuente: 11.- Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2021, 12.- Moorhead S., Swanson E Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier Mosby; 2018. 13.- Butcher H. Bulechek G, Dochterman J. Wagner C.. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). 7ª ed. España: Elsevier; 2011.

Tabla 4. Plan de cuidado de enfermería: Etapa transoperatoria.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	SISTEMAS DE ENFERMERÍA
Dominio 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c procedimiento quirúrgico evidenciado por sangrado y deterioro de la integridad cutánea	Dominio 2: Salud fisiológica Clase L: Integridad tisular • (1101) Integridad tisular: Piel y membranas mucosas	Dominio 2: Fisiológico complejo Clase L: Control de la piel/heridas (4020) Disminución de la hemorragia: herida (3620) Sutura	Totalmente compensatorio
Dominio 11: Seguridad/protección Clase 1: Infección (00004) Riesgo de infección de la herida quirúrgica evidenciado por procedimiento invasivo.	Dominio 4: Conocimiento y conducta de la salud. Clase T: Control del riesgo • (1924) Control del riesgo: proceso infeccioso	Dominio 4: Seguridad Clase V: Control de riesgos (6540) Control de infecciones Dominio 2: Fisiológico complejo Clase J: Cuidados perioperatorios (2910) Manejo de la instrumentación quirúrgica (2920) Precauciones quirúrgicas	Totalmente compensatorio
Dominio 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física (00087) Riesgo de lesión postural perioperatoria evidenciado por postura no anatómica de las extremidades.	Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud Clase HH: Seguridad • (1921) Preparación antes del procedimiento	Dominio 2: Fisiológico complejo Clase J: Cuidados perioperatorios (0848) Cambio de posición: intraoperatorio (0940) Cuidados de tracción/inmovilización (3540) Precauciones circulatorias	Parcialmente compensatorio

Fuente: 11.- Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2021, 12.- Moorhead S., Swanson E Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier Mosby; 2018. 13.- Butcher H. Bulechek G, Dochterman J. Wagner C.. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). 7ª ed. España: Elsevier; 2011.

Tabla 5. Plan de cuidados de enfermería: Etapa posoperatoria.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	SISTEMAS DE ENFERMERÍA
Dominio 11: Seguridad/protección Clase 1: Infección (00004) Riesgo de infección de la herida quirúrgica evidenciado por procedimiento invasivo.	Dominio 4: Conocimiento y conducta de la salud. Clase FF: Gestión de la salud • (3124) Autocontrol: herida Dominio 4: Conocimiento y conducta de la salud. Clase T: Control de riesgo • (1902) Control del riesgo	Dominio 2: Fisiológico complejo Clase L: Control de piel/heridas (3440) Cuidados del sitio de incisión (1750) Cuidados perineales (3590) Vigilancia de la piel	Totalmente compensatorio
Dominio 8: Sexualidad Clase 2: Función sexual (00059) Disfunción sexual r/c alteración de la función y estructura corporal evidenciado por cambio no deseado en la función sexual.	Dominio 3: Salud psicosocial Clase M: Bienestar psicológico • (1200) Imagen corporal	Dominio 3: Conductual Clase R: Ayuda para el afrontamiento (5248) Asesoramiento sexual (5220) Mejora de la imagen corporal (5230) Mejorar el afrontamiento	Totalmente compensatorio
Dominio 5: Percepción/cognición Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares (00161) Disposición para mejorar los conocimientos evidenciado por expresa deseos de mejorar en el aprendizaje.	Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud. Clase R: Creencias sobre la salud • (1705) Orientación sobre la salud Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud Clase T: Control de riesgo • (1917) Control de riesgo: cáncer	Dominio 3: Conductual Clase S: Educación de los pacientes (5602) Enseñanza: relaciones sexuales seguras. (6550) Protección contra las infecciones.	Parcialmente compensatorio

Fuente: 11.- Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2021, 12.- Moorhead S., Swanson E Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier Mosby; 2018. 13.- Butcher H. Bulechek G, Dochterman J. Wagner C.. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). 7ª ed. España: Elsevier; 2011

RESULTADOS

En los cuidados preoperatorios en un inicio la paciente se encontraba con mucho dolor en zona perineal, por lo que se corroboró que cuente con analgesia prescrita, logrando de esta manera, que el síntoma disminuyera; también se le informó junto con el equipo médico acerca de la intervención quirúrgica a realizar, explicándole que en todo momento se cuidaría su integridad física, mental y sexual, obteniendo como resultado, que el temor a la cirugía disminuyera.

En cuanto a los cuidados transoperatorios, en todo momento se vigiló el sangrado, logrando que éste sea controlado; se preparó todo el instrumental necesario, así como las suturas requeridas. Los cuidados para el riesgo de infección de la herida quirúrgica, resultaron satisfactorios, ya que, a pesar de ser una zona altamente contaminada, en todo momento se preservó la esterilidad del material e instrumental, se realizó lavado de manos, así como el lavado de la zona quirúrgica con yodopovidona solución y clorhexidina evitando con estos cuidados, infecciones futuras. Las intervenciones realizadas para el riesgo de

lesión postural resultaron parcialmente satisfactorias, ya que la posición requerida fue la ginecológica y no fueron posibles los cambios de posición durante la cirugía.

Durante el posoperatorio, la estadía de la paciente en el hospital fue corta, por lo tanto, no se presentaron complicaciones en el sitio quirúrgico, sin embargo, al ser una zona con alta humedad, se le indicaron cuidados específicos para la herida quirúrgica, se le brindó información para la prevención de recidiva del cáncer, así como información acerca del Virus del Papiloma Humano y formas correctas de tener relaciones sexuales seguras. A pesar de que la paciente tenía disposición para mejorar los conocimientos, no fue totalmente satisfactorio ya que el tiempo para brindarle toda la información necesaria no fue suficiente.

Todas las intervenciones de enfermería se realizaron satisfactoriamente, motivo por el cual la paciente tuvo un perioperatorio y una estadía hospitalaria sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Es importante destacar la necesidad de realizar exploración constante y detallada de la vulva (vulvoscopia) a todas las pacientes con factores de riesgo, y de manera sistemática a todas las mujeres que acudan a los servicios de salud para

realizarse estudios de rutina asociados a la prevención de las patologías ginecológicas.

La modificación en el estilo de vida tras el diagnóstico de la patología vulvar en la paciente de estudio, nos demuestra que

puede ser prevenida aplicando los métodos de autocuidado descritos por la teorista Dorothea Orem, e identificando los factores de riesgo que aumentan la prevalencia de padecer cáncer de vulva.

Borja y Hudry mencionan que la neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) es una lesión precursora del carcinoma escamoso de vulva. Actualmente solo se utiliza el término VIN para aquellos casos de displasia grave, ya sea VIN 2 o VIN 3, por lo general, estos son asintomáticos, sin embargo, se pueden presentar síntomas como prurito vulvar, dolor, escozor, dispareunia o disuria y una superficie plana o sobrelevada, misma sintomatología presentada por la paciente del presente estudio de caso. En etapas más avanzadas esta neoplasia presenta diversos aspectos, pudiendo ser condilomatoso, basaloide y diferenciado.

En otro estudio realizado por Gallegos J., nos explica que el método de diagnóstico más sensible, pudiendo encontrar lesiones sospechosas desde una etapa temprana es la Colposcopia y Vulvoscopía realizado con ácido acético, para posteriormente dirigir y confirmar con la realización de una Biopsia vulvar en caso de tener sospecha de cáncer. Analizando la historia clínica del estudio actual nos damos cuenta que no se realizan estudios de

colposcopia y vulvoscopia anteriormente, por lo que cuando se diagnóstica el padecimiento se encontraba en una etapa tardía, sin embargo, cumple con el protocolo que al existir sospecha de lesión precursora de cáncer se confirma el diagnóstico realizando una biopsia vulvar.

El tratamiento ideal es la cirugía para destruir y reseccionar por completo la lesión para evitar la recurrencia tumoral, sin embargo, hay que considerar preservar la morfología y función vulvar tanto como sea posible, tomando en cuenta la edad, la localización, tamaño y profundidad de la invasión.

El pronóstico de estas pacientes suele ser positivo, con una rápida recuperación. Puig L y Ordi J, mencionan que la extirpación local debe ser con un borde libre de 5 mm y cuando es necesario realizar una exéresis cutánea extirpando todo el grosor de la piel, folículos pilosos, afejos cutáneos y tejido celular subcutáneo, sin embargo, siempre se debe conservar el clítoris, extirpando solo superficialmente cualquier lesión encontrada, lo cual coincide con el tratamiento quirúrgico elegido para la paciente, ya que se reseccionaron márgenes libres de 0.5mm alrededor de la lesión, conservándose la anatomía vulvar.

CONCLUSIONES

El presente estudio pretende evidenciar la importancia de una resección quirúrgica adecuada según lo recomendado, valorando adecuadamente la edad de la paciente y el tamaño del tumor, ya que después de esta intervención las pacientes presentan cambios en su estilo de vida, en su salud mental y en su actividad sexual.

Por otra parte, realizar un estudio de caso con enfoque en el proceso de atención de enfermería guía a los profesionales de enfermería del área quirúrgica, para tener los conocimientos necesarios y guiarlos en la resección quirúrgica, ya que esta puede tener repercusiones graves en el estado de salud y mental de la paciente. De igual manera le da las herramientas para valorar adecuadamente durante todo el perioperatorio, evitando daños y de esta

manera procurar la pronta recuperación del paciente.

Podemos concluir que la enfermera quirúrgica tiene un rol importante en el preoperatorio, ayudando a la paciente a manejar sus sentimientos y brindándole información acerca de su padecimiento y futura cirugía, en el transoperatorio evitando daños y vigilando que se realice una adecuada resección vulvar y de esta manera evitar cambios drásticos en el funcionamiento y morfología vulvar, así como en su calidad de vida física y mental. En el posoperatorio, es importante que la enfermera realice una adecuada valoración, para evitar riesgos que puedan prolongar su estadía hospitalaria, así como enseñar la manera adecuada de como tener un autocuidado y evitar una recidiva.

REFERENCIAS

1. Soimout O. Neoplasias. Definiciones. Nomenclatura. Características. España: McGraw Hill; 2008.
2. Di Donato V, Bracchi C, Cigna E, Domenici L, Musella A, Giannini A, et al. Vulvo-vaginal reconstruction after radical excision for treatment of vulvar cancer: Evaluation of feasibility and morbidity of different surgical techniques. *Surgical Oncology*. Elsevier Ltd; 2017; 26:511-21.
3. Salazar-Báez I, Salazar-Campos JE, López-Arias A, et al. Manejo quirúrgico inicial del carcinoma epidermoide vulvar. *Gaceta Médica de México*. 2016; 152 (3): 297-303. Disponible en: www.anmm.org.mx
4. Álvarez Gil C, Sanz Baro R, Blanco Herraes I, Ferreira Borrego IM, Pineda Domínguez L, Redondo Guisasola C. Vulvar intra-epithelial neoplasia: Screening in population at risk. *Clin Invest Ginecol Obstet*; 2021. ;48(2):117-21.
5. Borja de Mozota D, Hudry D, Narducci F, Leblanc E. Tratamiento quirúrgico de las neoplasias intraepiteliales vulvares. *EMC - Cirugía General*. 2020 May;20(1):1-7.
6. Puig L, Ordi J, Torné A, Jou P, Pahisa J. Neoplasia Vulvar Intraepitelial (VIN). Barcelona; 2002.
7. Gallegos Hernández J. Cáncer de Vulva. Neoplasia poco frecuente con tratamiento evolutivo, recomendaciones para su abordaje diagnóstico-terapéutico en etapas iniciales. *Acta Médica, Grupo Ángeles*; 2019. 17 (3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=89102>
8. Correa Uribe A, González Castañeda M, Realpe Palomino M. Neoplasia intraepitelial vulvar. Revisión de la literatura y presentación de un caso. 2016 [cited 2023 May 28]. p. 1-10. Disponible en: <https://revistamedicacountry.com/app/default/files>

-module/local/documents/Neoplasia-intraepitelial-vulvar.pdf

9. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Matanzas, Cuba; 2017;19: 4-8
10. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México; 2014.
11. Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª Ed. España: Elsevier; 2021.
12. Moorhead S, Swanson E Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier Mosby; 2018.
13. Butcher H. Bulechek G, Dochterman J. Wagner C. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). 7ª ed. España: Elsevier; 2018.