

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

19
22

HISTERECTOMIA POR MIOMATOSIS UTERINA

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE INVESTIGACION
U.N.A.M.

ESTUDIO CLINICO CON PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA QUE
PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTE
TRICIA.

PRESENTA:

MA. MAGDALENA RAMOS RODRIGUEZ

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

MEXICO, D. F.

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

	PAG.
INTRODUCCION	001
CAPITULO I.	
MARCO TEORICO DE LOS PROBLEMAS BIOPSIICOSOCIALES DEL CASO DE ESTUDIO	003
1.1. Problemas Biológicos	003
1.1.1. Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino	003
1.1.2. Miomatosis Uterina (patología)	028
1.1.3. Histerectomía	040
1.1.4. Anemia Hipocrómica	049
1.1.5. Hipermenorrea	061
1.2. Problemas Psicológicos	065
1.2.1. Partes Anatómicas y Funcionales del Sistema -- Nervioso	065
1.2.2. Ansiedad	069
1.2.3. Angustia	070
1.2.4. Miedo	072
1.3. Problemas Socioculturales	075
1.3.1. Cultura y Sociedad	075
1.3.2. Desequilibrio Familiar a causa de la enferme--	

dad de la paciente	080
CAPITULO 2.	
FUNDAMENTACION DEL CASO CLINICO	082
2.1. Descripción de la situación problema	082
2.2. Historia Clínica de Enfermería	083
2.3. Jerarquización de los problemas y sus necesidades.	090
2.3.1. Biológicos	090
2.3.2. Psicológicos	092
2.3.3. Socioculturales	093
2.4. Objetivos del Proceso de Atención de Enfermería ..	093
2.4.1. General	093
2.4.2. Específicos	093
CAPITULO 3.	
METODOLOGIA DE TRABAJO	094
3.1. Diagnóstico de Enfermería	094
3.1.1. Integral	094
3.1.2. Biológico	095
3.1.3. Psicológico	096
3.1.4. Sociocultural	096
3.2. Plan de Atención de Enfermería	097

3.2.1. Biológico	097
3.2.2. Psicológico	102
3.2.3. Sociocultural	104
CAPITULO 4.	
4.1. Valoración de la Metodología de Trabajo	105
4.2. Evaluación del Plan de Atención	106
CAPITULO 5.	
EXTENSION AL HOGAR	107
5.1. Promoción de la salud	107
5.2. Prevención de la Salud	108
5.3. Rehabilitación	109
CAPITULO 6.	
CONCLUSIONES GENERALES	111
CAPITULO 7.	
GLOSARIO DE TERMINOS	113
CAPITULO 8.	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	120

INTRODUCCION.

A pesar de la gran difusión que se recibe de los investigadores científicos, de los múltiples efectos que causan los problemas ginecológicos en la mujer, se ha observado que éstos no disminuyen a pesar de que hoy en día la mayoría de la población tiene derecho a ser atendido en alguna de las Instituciones de Salud. Uno de estos problemas es el mioma uterino que se considera como el más común de todos los tumores. La mayoría son benignos y su causa de formación es desconocida.

Los principales aspectos a tratar en los capítulos subsiguientes de este trabajo son los siguientes:

En el capítulo 1 se menciona el Marco Teórico; explicando brevemente cada uno de los problemas detectados en la paciente. Asimismo, para dar una orientación más clara sobre su problemática, se menciona también la Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino.

En el capítulo 2 se describe la fundamentación del caso clínico, mencionando la Historia Clínica del Paciente, su jerarquización de problemas y necesidades biopsicosociales. Parte importante de éste lo constituyen los objetivos de este proceso, enmarcando claramente el general de los específicos.

La parte central de este trabajo se encuentra en el capítulo 3, ya que se dan a conocer, tanto el Diagnóstico de En-

fermerfa como el plan de atención que se siguió con la paciente durante su hospitalización.

La valoración de la metodología de trabajo que está descrita en el capítulo 4 presenta los resultados de las acciones y permite comprobar si se lograron los objetivos deseados.

En virtud de que la paciente debe ser orientada al salir del hospital, sobre los cuidados que deberá tener en su hogar para una mejor rehabilitación; en el presente se proporciona la información que ayudará a promover su salud, previendo enfermedades posteriores y poder evitar también alguna complicación. Lo anterior se encuentra desglosado en el capítulo 5, e intenta incorporar a la enferma nuevamente a la vida productiva.

Las conclusiones que se dan en el capítulo 6 son generales para todo el trabajo; mencionando en este el grado de recuperación de la paciente y si su atención fué satisfactoria. Se incluye en el capítulo 7 un glosario de términos permitiendo aclarar mejor algunos significados.

Finalmente en el capítulo 8 se menciona la bibliografía -- que se consultó en la realización de este Proceso de Atención de Enfermería.

Este trabajo se llevó a cabo en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 Centro Médico La Raza del I. M. S. S.; tomando como caso clínico a una paciente con Histerectomía por Miomatosis Uterina.

1. MARCO TEORICO DE LOS PROBLEMAS BIOPSIOSOCIALES.

1.1. PROBLEMAS BIOLOGICOS.

1.1.1. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR - FEMENINO.

El aparato genital de la mujer esta compuesto - por dos glándulas de secreción interna y externa (los ovarios); dos conductos por donde se dirigen los óvulos del ovario al útero (trompas uterinas); un órgano que recibe y contiene el huevo fecundado (el útero).

OVARIOS.

Los ovarios, derecho e izquierdo, son glándulas mixtas, cuya secreción externa origina los óvulos, y cuya secreción interna genera las hormonas ováricas, que intervienen en la producción de los caracteres sexuales secundarios de la mujer. Están situados en las caras laterales de la excavación pélvica, por detrás del ligamento ancho y descansan en una foseta peritoneal llamada foseta ovárica. (1).

En la mujer adulta alcanza un peso de 8 gramos - en estado de reposo, pero después del periodo -

menstrual disminuye su peso en uno y hasta dos gramos. El ovario tiene una forma ovoidea, po see como medios de fijación, cuatro ligamentos:

1. Ligamento lumboovárico también llamado liga mento suspensor o infundíbulo pélvico de -- Henle.
2. Ligamento uteroovárico.
3. Ligamento mesoovárico.
4. Ligamento tuboovárico.

Configuración exterior y relaciones.- Se puede distinguir en él una cara superior y otra infe-- rior y dos extremidades, superior e inferior.

La cara superior o superointerna está en rela-- ción con el pabellón de la trompa que lo cubre-- y con el mesosalpinx que a menudo cubre parte -- de esta cara. La cara inferior o inferoexterna descansa sobre el peritoneo pélvico ocupando -- una depresión que es la foseta ovárica. Esta -- es de profundidad variable y limitada atrás por los vasos hipogástricos y el útero; hacia ade--

1) Fernando Quiróz Gutiérrez. Anatomía Humana. - Edit. Po-- rrrúa. México, 1974. p. 307.

lante, por el ligamento ancho; hacia arriba, - por los vasos iliácos externos, y hacia abajo, por la arteria uterina.

A través del peritoneo que cubre la foseta ovárica, se pone en relación con los vasos y nervios obturadores. (2)

Constitución Anatómica.- El ovario está constituido por una envoltura, el epitelio ovárico, que encierra un estroma conjuntivo, donde están contenidos los folículos de De Graaf.

El epitelio ovárico se halla formado por un -- epitelio cilíndrico, que al nivel del mesovario, se continua bruscamente con el peritoneo, formando la línea de Farre.

El estroma conjuntivo está constituido por heces de tejido conjuntivo que se entrecruzan entre sí, y que en la periferia se condensan, -- formando una delgada capa, llamada falca albúginea.

Los folículos de De Graff son vesículas más o menos redondeadas que contienen los óvulos.

2) Ibidem p. p. 308 y 309.

El folículo de De Graff es una vesícula minúscula situada en la capa periférica del ovario, y que contiene en su interior al óvulo. Este al madurar es recogido por la trompa uterina, dejando una pequeña cavidad con restos foliculares que toman una coloración amarillenta al cicatrizar, por lo que se le ha dado el nombre de cuerpo amarillo.

Vasos y Nervios.- El ovario recibe sangre de la arteria ovárica, rama de la aorta abdominal. Al abordar al ovario por su polo superior, emite una rama tubaria para la trompa y otra para el ovario, que recorre el borde adherente hasta su polo inferointerno, donde se anastomosa con la uterina, dando múltiples ramas para el ovario.

La irrigación arterial del ovario se hace por consiguiente por las ramas de la uterina y de la ovárica. (3)

Las venas salen del ovario y forman al nivel del hilio una red abundante que se anastomosa -

3) Ibidem p.p. 311 y 312.

por una parte con las redes venosas del útero. Por otra constituyen, los troncos uteroovaricos que ascienden por el abdomen para desembocar en la vena renal las del lado izquierdo, y en la vena cava inferior las del lado derecho. Los linfáticos toman su origen en las paredes de los folículos por redes que se anastomosan y emiten conductos que atraviesan el tejido glandular para llegar al hilio, de aquí parten conductos eferentes que acompañan a las venas uteroováricas y van a los ganglios preaórticos. Los nervios proceden de los ganglios mesentéricos superiores, preaórticos y de los troncos que van al riñón. De ellos emanan ramitas que acompañan a los vasos uteroováricos y abordan al ovario por su hilio, distribuyendo en los vasos (ramas vasculares) y en los folículos (ramas sensitivas).

TROMPA UTERINA.

La trompa uterina o de Falopio es un conducto que se extiende de la superficie exterior del ovario al ángulo lateral del utero, recorriendo el borde superior del ligamento ancho. Parte del ángulo uterino y se dirige transversalmente hasta la mitad del cuerpo del ovario,

donde sufre una flexión hacia arriba; después nuevamente se dobla hacia adentro, abarcando en su concavidad al ovario. Es recta en su parte interna y más o menos ondulada en sus dos tercios externos. La trompa uterina mide de 10 a 12 centímetros de longitud, y su diámetro al salir del útero es de 2 a 4 milímetros, aumentando progresivamente para medir en su extremidad ovarica 8 milímetros. (4)

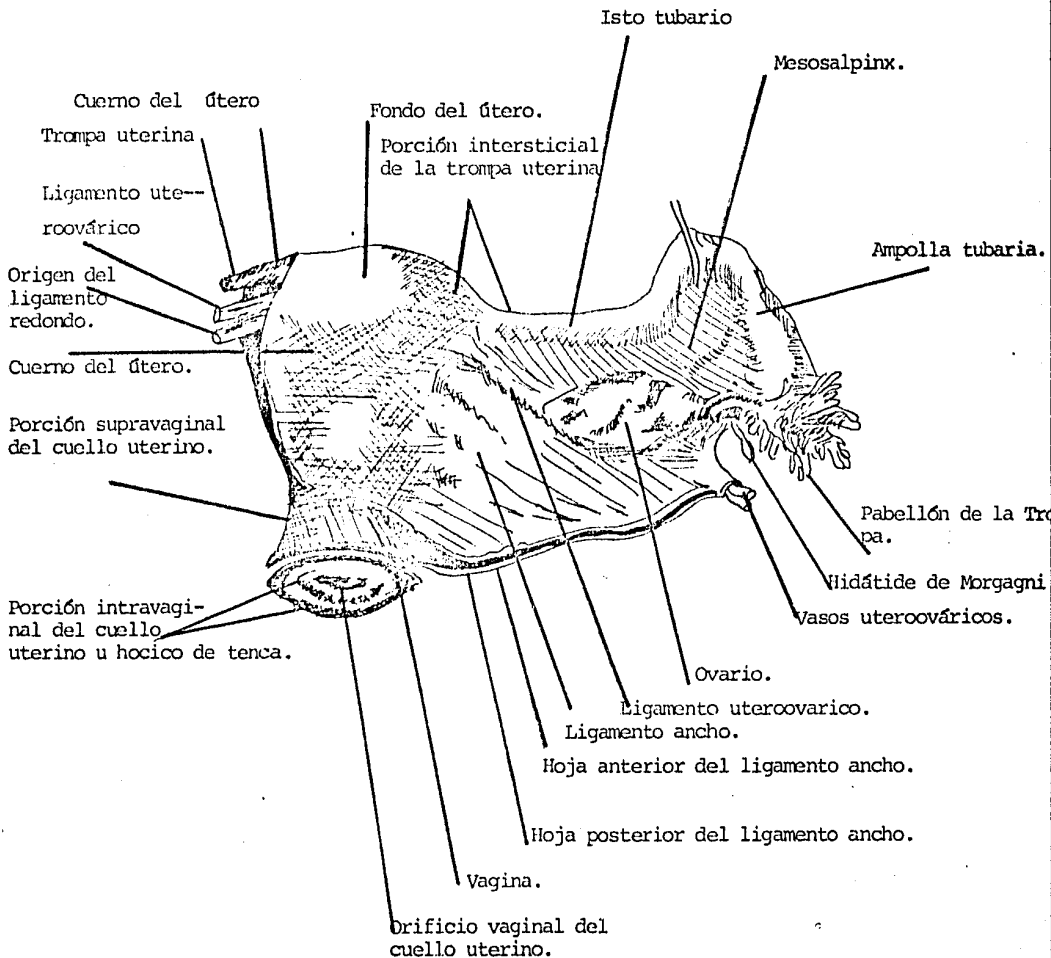
Se distinguen cuatro porciones que de adentro hacia afuera son: La intersticial, el istmo, la ampolla y el pabellón. (figura 1)

El istmo principia en el vértice del ángulo del útero, mide tres o cuatro centímetros de longitud, con un diámetro de tres o cuatro milímetros y su forma es más o menos cilíndrica.

La ampolla mide de 7 a 8 centímetros de longitud y de 7 a 8 milímetros de diámetro. Sigue por el borde anterior del ovario y presenta en su trayecto flexuosidades más o menos marcadas.

-
- 4) R. D. Lockhart. Anatomía Humana. Edit. Interamericana, México, D. F. p. 571.

UTERO, OVARIO Y TROMPA UTERINA; PRESENTADA HACIA ADELANTE PARA VER EL MESOSALPINX.



La porción del istmo y de la ampolla ocupan la aleta media del borde superior del ligamento ancho y está en relación con las asas intestinales y con el recto por detrás y la vejiga -- por delante cuando estos órganos están llenos.

El pabellón es infundibuliforme y posee un vértice, una base, una superficie exterior y otra inferior. El vértice corresponde a un orificio de 2 a 3 milímetros de diámetro, por donde comunica la superficie interior del pabellón con la ampolla. Por la disposición que adoptan las franjas del pabellón, pone en comunicación este orificio la cavidad peritoneal con el conducto tubario y éste con la cavidad uterina. (5)

La superficie exterior del pabellón está recubierta por el peritoneo, y se continua con la superficie externa de la ampolla. La superficie interna se halla cubierta por la mucosa -- que se continua con la mucosa de la trompa y es muy irregular por la disposición de las - -

5) Ibidem. p. 572

franjas.

Interiormente, la trompa es de un color rosado y presenta múltiples pliegues longitudinales - de dimensiones muy variables, y desempeñan un papel importante en el conducto que deben tener el óvulo y el espermatozoide para facilitar la fecundación que se realiza en la trompa.

La trompa uterina está constituida por tres capas. La capa interior mucosa, tiene células - columnares ciliadas que producen una corriente que impulsa el óvulo en el interior de las tubas uterinas, y células secretoras que se contribuyen a la nutrición del óvulo. La capa media muscular, está compuesta de fibras circulares de músculo liso. Las contracciones peristalticas del músculo sirven para desplazar el óvulo hacia abajo en dirección del útero. La capa exterior de las tubas uterinas es la membrana serosa que depende del peritoneo que la cubre por arriba, por delante y por atrás, formando en su borde inferior por adosamiento de sus hojas, el mesosalpinx o aleta superior del ligamento ancho. (6)

Vasos y Nervios.- La trompa uterina recibe - sangre arterial de la tubaria interna, rama de

la ovárica, las cuales se anastomosan en el mesosalpinx, dando ramas ascendentes para el ovario.

Las venas, que nacen de las redes capilares de la capa muscular, emiten troncos que van a las uteroováricas.

Los linfáticos emanan de las redes de sus paredes, y van al mesosalpinx. Los más externos - se anastomosan con los del ovario y los más internos con los del útero para ir con ellos a los gánглиos lumboaórticos.

Los nervios proceden de los nervios uterinos y de los ováricos, acompañan a las arterias, y - con ellas penetran en las paredes de la trompa.

UTERO.

El órgano del sistema reproductor femenino que tiene un importante papel en la menstruación, - la implantación del óvulo cuando es fertilizado, el desarrollo del feto durante el embarazo y el trabajo del parto, es el útero. Está situado en la parte media de la excavación pélvi

-
- 6) Gardner Weston D. Anatomía Humana. Edit. Interamericana, México, D. F. 1984. p. p. 556 - 558.

ca, entre la vejiga y el recto, por arriba de la vagina y por debajo de las asas intestinales.

El útero tiene la forma de un cono truncado y aplanado de adelante atrás, de base superior y de vértice inferior. Presenta en la unión de su tercio inferior con sus dos tercios superiores, un estrechamiento circular llamado istmo, que lo divide en una parte superior o cuerpo y una parte inferior o cuello. (7)

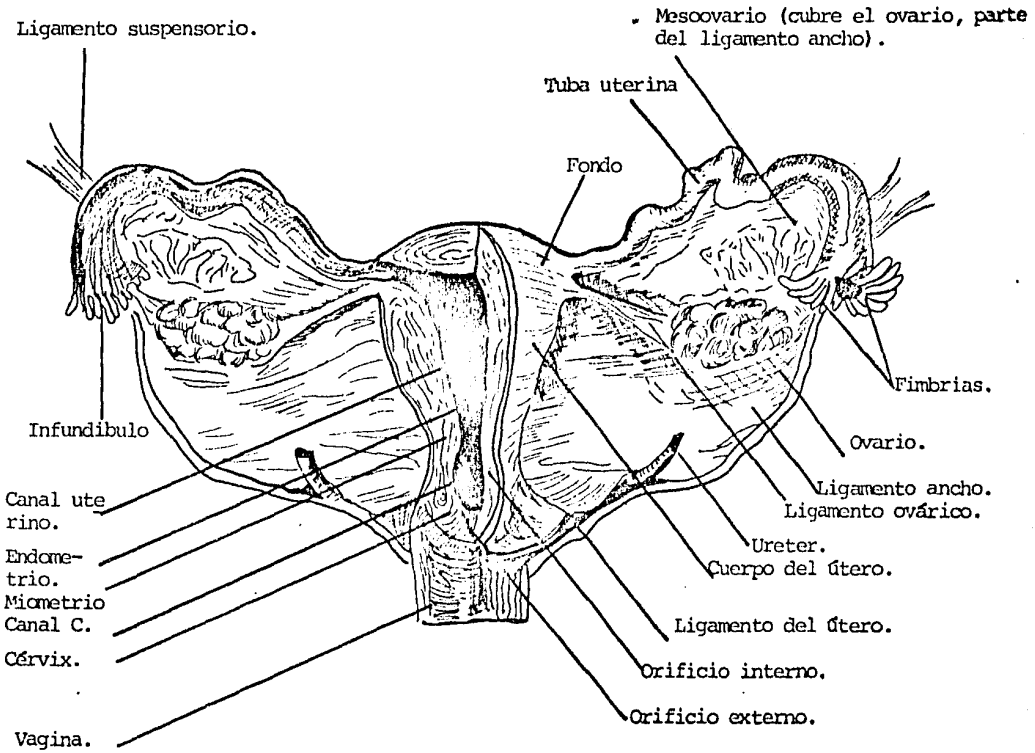
Antes del primer embarazo, el útero mide 7.5 centímetros de longitud por 4 de ancho y dos y medio centímetros de espesor. En la multípara su longitud es de 8 centímetros y de espesor 3 cm. (figura 2) Tiene un peso de cuarenta a cincuenta gramos en la nulípara, llegando de sesenta a sesenta gramos en la multípara.

La posición normal es en situación central, -- con ligera anteflexión y ligera anteversión.

El útero está sostenido en su posición normal por seis ligamentos, constituidos por replie--

7) Fernando Quiróz Gutiérrez. op. cit. p. 36

UTERO, Y ESTRUCTURAS REPRODUCTORAS FEMENINAS ASOCIADAS. EL LADO IZQUIERDO FUE SECCIONADO PARA MOSTRAR ESTRUCTURAS INTERIORES.



gues peritoneales que contienen en su interior las formaciones ligamentosas propiamente dichas. También contribuyen a su fijación la cúpula vaginal y los músculos del perineo. Los ligamentos uterinos pares y simétricos, son los ligamentos anchos, los ligamentos redondos y los uterosacros. Hay dos ligamentos anchos constituidos cada uno por un pliegue doble del peritoneo parietal que une el útero a cada lado de la cavidad pélvica.

Los ligamentos uterosacros pares, también son extensiones peritoneales que unen el sacro al útero a cada lado del recto. El ligamento cardinal (cervical lateral) se extiende en el interior y por debajo de la base del ligamento ancho entre la pared de la pélvis, el cuello y la vagina. Este ligamento tiene en sus componentes músculo liso.

El principal ligamento que sostiene en su posición al útero y evita que este órgano caiga hacia abajo detrás de la vagina es el ligamento cardinal. Los ligamentos redondos son bandas de tejidos conjuntivo fibrosos entre las capas del ligamento ancho. Se extienden desde el útero, precisamente debajo de las tubas uterinas, hasta parte de los órganos genitales externos.-

A pesar de que los ligamentos normalmente conservan la posición del útero le permite al cuerpo uterino cierta movilidad. Como resultado, el útero puede adquirir posiciones defectuosas. (8) (figura 3)

Configuración exterior y relaciones.- En el útero se consideran una porción superior o cuerpo y otra inferior o cuello, unidas por el istmo.

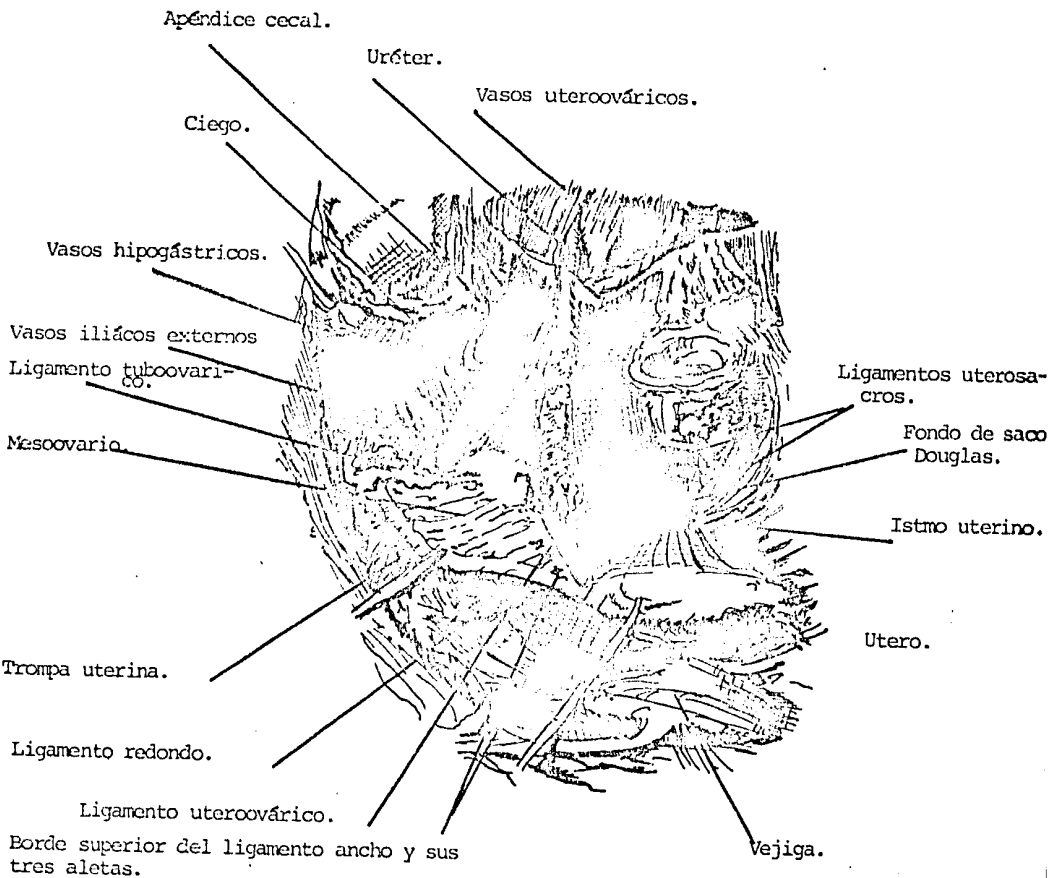
El cuerpo posee dos caras, tres bordes y tres ángulos. La cara anteroinferior es lisa, ligeramente convexa y está cubierta en toda su extensión por el peritoneo, que desciende hasta el istmo para reflejarse hacia la vejiga, formando el fondo del saco vesicouterino.

La cara posterosuperior, lisa y más convexa -- que la anterior, se halla revestida por el peritoneo, que desciende más allá del istmo hasta cubrir la parte superior de la pared posterior de la vagina, en una extensión de dos a tres centímetros. Se refleja luego sobre la -

8) R. D. Lockhart. op. cit. p. p. 74 y 75

OVARIO Y UTERO LIGAMENTO LEVANTADOS PARA VER LA FOSETA OVARICA Y LOS LIGAMENTOS UTEROSACROS.

1. OVARIO ; 2. RECTO.



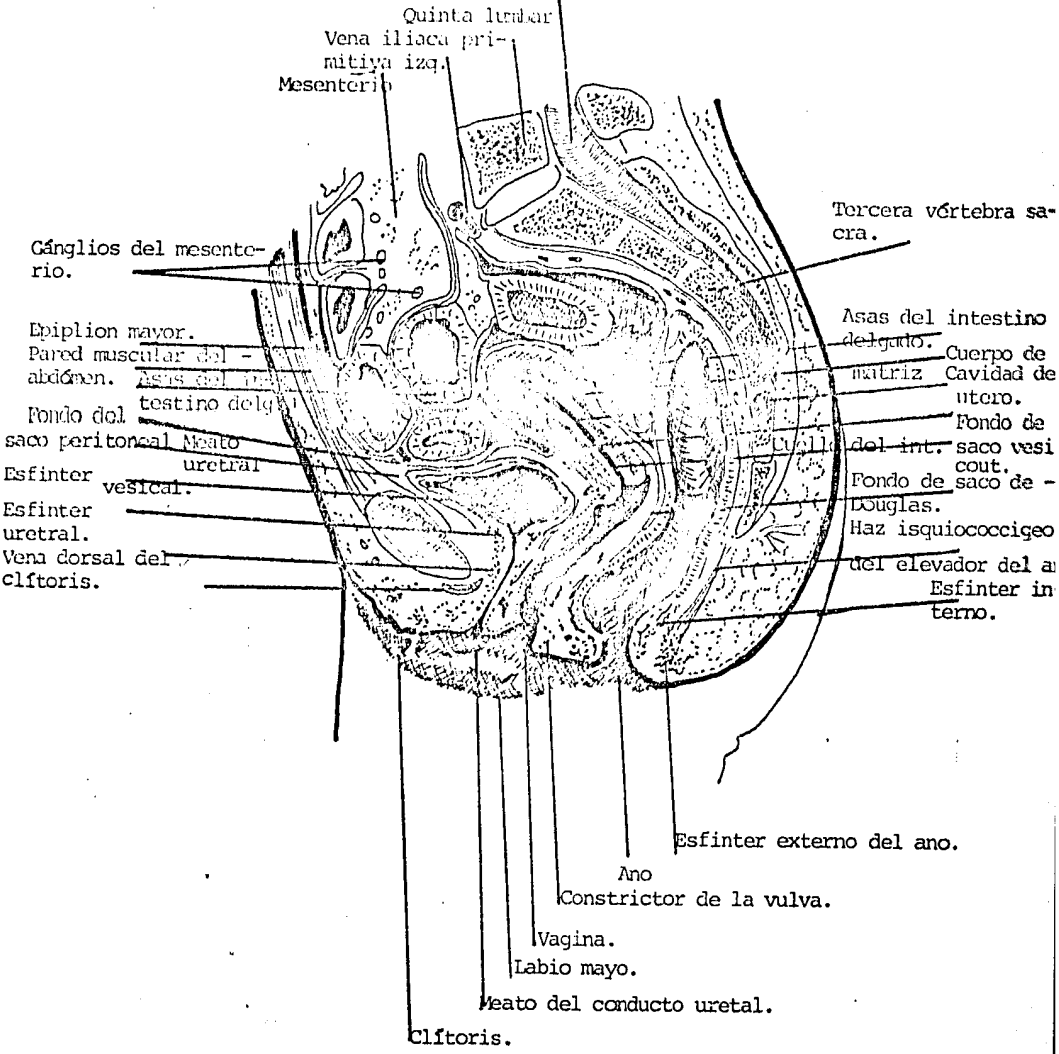
cara anterior del recto para constituir el -- fondo del saco recto vaginal o fondo de saco - de Douglas. Se relaciona esta cara con la cara anterior del recto o con las asas intestinales- que se interponen entre ambos. (9)

Bordes laterales redondeados de adelante atrás, corresponden al borde interno de los ligamentos anchos y están en relación con la arteria uteri na y los plexos venosos que la acompañan. (fi- gura 4).

Borde superior, también llamado fondo uterino - o base del útero, es recto en la nulípara y con vexa en la multípara. Se halla cubierto por el peritoneo y en relación con las asas intestina- les.

Los ángulos laterales resultan de la unión de - los bordes laterales con el borde superior, y - de ellos se desprenden la trompa uterina, el li gamento redondo y el uteroovárico. El ángulo - inferior se continua con el istmo, formando el - estrangulamiento que marca los límites del cue-

9) Fernando Quiróz Gutiérrez. op. cit. p.p. 319 y - 320.



llo y del cuerpo uterino.

El cuello es la porción del útero situada por debajo del istmo y del orificio interno. En la cara anterior del útero su límite superior está más o menos en el punto donde el peritoneo se dobla y se dirige a la vejiga.

El cuello uterino está compuesto sobre todo de tejido conjuntivo, con algunas fibras musculares lisas, muchos vasos y tejidos elásticos. Las propiedades físicas del cuello depende del estado del tejido conjuntivo y que durante el embarazo y el parto, la gran capacidad de dilatación del cuello se debe a la disociación de las fibras colágenas.

El hocico de tenca, tiene forma cónica, de vértice redondeado y presenta un orificio llamado orificio externo del cuello, que sirve de comunicación a la cavidad cervical.

El hocico de tenca y su orificio varían según las mujeres. En la mujer virgen es cónico, redondeado y de orificio circular. En la primípara se aplasta de adelante atrás, disminuyendo su consistencia y el orificio se alarga transversalmente. En la multípara se hace más ancho, su consistencia disminuye más y el orificio alcanza uno y medio centímetro.

El hocico de tenca forma con la cúpula vaginal fondos de saco anterior, posterior y laterales (10).

El cuerpo presenta una cavidad constituida por dos paredes y tres bordes. Las paredes son -- planas y lisas.

Los bordes, dos laterales y uno superior, son convexos hacia el centro de la cavidad. Los -- laterales limitan por abajo el estrechamiento del istmo y con el borde superior por arriba, -- y a los lados, los orificios de las trompas -- uterinas.

El útero consta de tres capas de tejido. La -- capa exterior derivada del peritoneo, se conoce como la capa serosa y cubre todo el útero, ex- -- cepto el cuello. Lateralmente la serosa se -- convierte en el ligamento ancho. Hacia adelante se repliega sobre la vejiga urinaria y forma una bolsa cóncava llamada excavación vesicouterina. Hacia atrás se repliega sobre el recto- y forma una bolsa profunda, la excavación rec-tourinaria, antes fondo de saco de Douglas.

La capa media del útero es el miometrio, que - forma la parte más voluminosa de la pared uterina. Esta capa consta de fibras musculares - lisas y es más gruesa en el fondo y más delgada en el cuello.

La capa interior del útero, el endometrio, es una membrana mucosa compuesta de dos capas principales. La funcional, es la capa más próxima a la cavidad uterina y se desprende durante la menstruación y da origen a una nueva capa funcional.

Vasos y Nervios del útero.- El útero recibe arterias de la uterina rama de la hipogástrica, la cual, al ascender por sus bordes, proporciona múltiples ramas a sus paredes. Al llegar - al ángulo, emite la tubaria externa, rama terminal de la ovárica. La arteria uterina suministra ramos vesicouterinos y el ramo uretral inferior. (11).

Recibe también sangre arterial de la ovárica, - rama de la aorta, y de la arteria del ligamen-

11) Ibidem p. 324.

to redondo, rama de la epigástrica.

Las venas se originan en las capas del útero,- principalmente de la capa muscular, donde nacen de los senos uterinos. Son avalvulares, gruesas y numerosas; se dirigen hacia los bordes donde forman los plexos uterinos, de los cuales emanan abajo dos gruesas venas uterinas, satélites de la arteria.

Los linfáticos nacen de redes, mucosas que se inician en algunas que existen en el corión y redes musculares, cuyos conductos siguen direcciones longitudinales y transversales. Los conductos eferentes se dirigen a la superficie exterior del útero, donde con la red serosa, forman una rica red subserosa, de la cual parten numerosos conductos colectores que van a desembocar de diversos modos (12).

Los linfáticos superiores del cuerpo siguen el trayecto de las venas uteroováricas y ascienden con ellas hasta el riñón. Después de recoger los linfáticos del ovario van a desembocar a --

12) Ibídem p. 325.

los gánglios preaórticos y yuxtaaórticos. Los linfáticos anteriores nacen de los ángulos uterinos, acompañan a los vasos del ligamento redondo y van a terminar en el grupo superointerno de los gánglios inguinales superficiales. - Los linfáticos laterales se originan en los bordes uterinos, caminan dentro del ligamento ancho y desemboca en los gánglios ilíacos internos; otros corren hacia la cara anterior del sacro, bordean el recto y terminan en los gánglios presacros y del promontorio.

VAGINA.

La vagina sirve como vía de paso para el flujo menstrual, como receptáculo para el pene durante la copulación y como la parte baja del canal del nacimiento. Es un órgano muscular tubular revestido por una túnica mucosa que mide alrededor de 10 centímetros de longitud y está situado entre la vejiga y el recto. Está dirigido hacia arriba y hacia atrás, en donde se une al útero. La mucosa de la vagina presenta una serie de pliegues transversales o arrugas-capaces de una gran extensibilidad. La capa muscular está compuesta de músculo liso que puede distenderse considerablemente. En el extremo inferior a la cobertura vaginal (orifi-

cio vaginal) existe un pliegue delgado de mucosa vascularizada denominada himen, que forma un borde en torno al orificio y lo cierra parcialmente. En algunas ocasiones el himen cubre completamente el orificio, condición denominada himen imperforado.

La mucosa de la vagina tiene grandes cantidades de glucógeno que mediante descomposición produce ácidos orgánicos. Estos ácidos crean un medio con un pH bajo en la vagina, situación que retarda el crecimiento microbiano.

VULVA.

El término vulva o pudendo femenino es una designación colectiva para los órganos genitales exteriores de la mujer.

El monte del pubis es una elevación de tejido-graso cubierta de pelos y situada por encima de la sínfisis púbica. Se encuentra por delante de las aberturas vaginal y uretral. A partir del monte del pubis se extiende hacia abajo y atrás dos pliegues longitudinales de la piel denominados los labios pudendos mayores. Los labios pudendos mayores tienen abundante tejido graso y glándulas sebáceas y sudoríparas; están cubiertas por pelos en sus superfi-

cies altas externas. Hacia adentro de los labios mayores hay dos pliegues de piel denominados labios menores están desprovistos de pelos y tienen relativamente pocas glándulas sudoríparas. Contienen sin embargo, numerosas glándulas sebáceas. (13)

El clítoris es una masa pequeña cilíndrica de tejido eréctil, vasos sanguíneos y nervios. Está localizado precisamente detrás de la unión de los labios menores. El prepucio es una capa de piel que se forma en el punto donde se unen los labios menores y cubre el cuerpo del clítoris. La porción expuesta del clítoris se conoce como el glande. El clítoris es el homólogo del pene en el hombre y es susceptible de agrandarse a la estimulación sexual de la mujer.

La hendidura entre los labios se llama vestíbulo. En el interior del vestíbulo están el himen, el orificio vaginal, el orificio uretral y las aberturas de diversos conductos. El ori

ficio vaginal ocupa la mayor parte del vestibulo y es bordeado por el himen. Delante del -- orificio vaginal y detrás del clítoris está el orificio uretral. Detrás y a cada lado del -- orificio uretral están las aberturas de los -- conductos de las glándulas vestibulares menores. Estas glándulas se abren por conducto en el espacio entre el himen y los labios menores y producen una secreción mucosa que sirve como lubricante durante el acto sexual.

PERINEO.

El perineo es un área en forma de diamante en el extremo inferior del tronco entre los muslos y las nalgas en el hombre y en la mujer. Esta rodeado adelante por la sínfisis púbica, lateralmente por las tuberosidades isquiáticas y -- atrás por el coxis.

Una línea transversal dibujada entre las tuberosidades isquiáticas divide, el perineo en un triangulo anterior denominado triángulo urogenital, que contiene el ano. (14)

14) Gerard, J. Tortora. op. cit. p. 566

1.1.2 MIOMATOSIS UTERINA (PATOLOGIA)

Los miomas son los tumores uterinos más comunes. Son cuando menos tres veces más comunes entre las negras que entre las mujeres blancas. Alrededor de 20% de todas las mujeres mayores de 35 años de edad tienen miomas; la mayoría son benignos y la mayor parte no produce síntomas.

La causa de la formación de miomas es desconocida. Los miomas se desarrollan a partir de las células inmaduras de músculo liso que envainan a las arterias del miometrio; incluyen a tejido conjuntivo pero no provienen de él. (15)

La palabra fibroides término común con el cual se designan los miomas es un nombre equivoco, debido a que tales tumores están compuestos primordialmente de músculo liso y no de tejido fibroso, por lo tanto, deberían de designarse con el nombre de leiomiomas, pero el --

-
- 15) Ralp. C. Benson. Diagnóstico y tratamiento Gineco - obstetricos. Edit. El Manual Moderno.- México, 1974
p. 224.

término más corto de miomas se considera aceptable. Los miomas no constituyen un problema clínico antes de la pubertad y rara vez crecen después de la menopausia. Pueden ser solos, pero es más probable que sean múltiples. Oscilan en tamaño desde lesiones microscópicas hasta masas enormes que pesan más de 45 kilogramos. Al parecer surgen de células mesenquimatosas no diferenciadas o de células musculares del miometrio, pero el porque son tan frecuentes no ha sido -- aclarado, ni tampoco el papel de los estrógenos ayuda a explicar su formación.

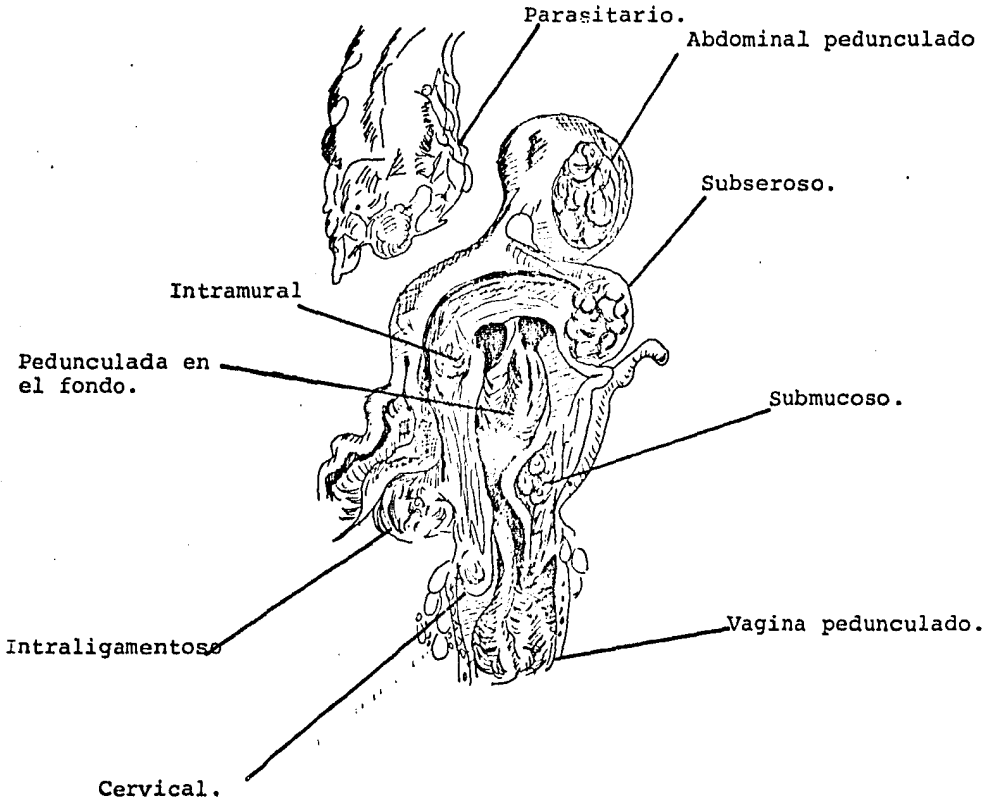
Por lo general, los miomas son múltiples, discretos y esféricos, pero ocasionalmente tienen lobulaciones irregulares. Aunque los miomas -- tienen una cubierta falsa, se encuentran delimitados claramente del miometrio circunvecino y pueden ser enucleados con facilidad del tejido normal sobre el cual están fijados. Estos tumores tienen un color más claro que el miometrio.

Los miomas uterinos se originan en el miometrio y se clasifican por su localización anatómica.

(figura 5).

Los miomas submucosos se encuentran abajo del -- endometrio y tienden a comprimirlo a medida que -

MIOMAS DEL UTERO.



FUENTE: Ralph. C. Benson. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétrico. Edit. El Manual Moderno. México, 1974. p.224

se desarrollan hacia la luz uterina. Pueden de sarrollar pedículos y nacer procedencia por com pleto en el interior de la cavidad e inclusive- pasar a través del conducto cervical mientras se encuentran todavía insertado dentro del cuerpo- uterino por un tallo largo. (16)

Los miomas intramurales o intersticiales, nacen del interior de la pared uterina dando una consistencia variable. Los tumores subserosos - - o superitoneales pueden hallarse justamente en la superficie serosa del útero o pueden apare- cer hacia el exterior saliendo del miometrio. - Estos tumores externos tienden a ser peduncula- dos, tal tumor adquiere una circulación sangui- nea extrauterina a partir de los vasos del epi- plión, su pedículo puede atrofiarse y reabsor- verse; hablándose entonces de la existencia de- un tumor parasítico. Los tumores subserosos -- que se originan lateralmente, pueden extenderse entre las dos capas peritoneales del ligamento- ancho, volviéndose miomas intraligamentarios.

ESTRUCTURA MICROSCOPICA.- Las fibras del músculo no estriado se encuentran arregladas en haces entrelazados de tamaño variable que corren en diferentes direcciones. Las células individuales son fusiformes, tienen núcleos alargados y son bastante uniformes en tamaño (teniendo la tolerancia debida a los diferentes ángulos de corte.)

Los tumores se encuentran muy demarcados de la musculatura normal circunvecina por una deudocapsula de tejido areolar y miometrio comprendido. La densidad arterial de un mioma es menor que la densidad arterial del miometrio circunvecino y las pequeñas arterias que abastecen al tumor son menos tortuosas que las arterias radiales adyacentes.

CAMBIOS SECUNDARIOS (DEGENERATIVOS).- Puede haber zona de hialinización (degeneración quística), calcificación, hemorragia, grasa o inflamación. (17)

17) Ibidem p. 225.

DATOS CLINICOS.

Signos y síntomas. Un mioma no necesariamente produce síntomas o inclusive masas miomatosas - muy grandes pueden no ser detectadas por la enferma, en particular si ella es obesa. Los síntomas dependen de la situación, tamaño y estado de preservación del tumor, y si la enferma está o no embarazada.

1. Sangrado endometrial anormal: Constituye la manifestación clínica más importante de los miomas y éste por lo general, se manifiesta bajo la forma de hipermenorrea. Los mecanismos por los cuales el mioma produce sangrado excesivo no ha sido delucidados, pero las sugerencias más comunes consideran que se debe al aumento en la superficie endometrial y a la desorganización de la contractilidad normal del miometrio, circulando mayor sangre a través de las arterias radiales. Otra teoría supone que la obstrucción mecánica producida por el tumor causa actacia venular endometrial y que puede haber sangrado substan--cial proveniente de las vénulas endometria--les a pesar del aspecto atrófico y adelgazado del endometrio que recubre al tumor sub--mucoso.

Puede haber un menor grado de metrorragia -- (sangrado intermenstrual) asociado con un tumor de la submucosa, que tiene zonas de -- trombosis venosa en el endometrio y necrosis sobre su superficie dependiente, en particular si está pedunculado y hace procedencia - parcial a través del conducto cervical. - -- (18).

Los tumores submucosos también pueden provocar dismenorrea, leucorrea hipermenorrea a metrorragia. Una enferma que sangra en exceso durante su menstruación, puede continuar sangrando ligeramente durante varios días posteriormente, debido a la cicatrización endometrial incompleta en la superficie del tumor. - El sangrado iterativo asociado con los miomas, produce anemia finalmente.

2. Dolor: Es raro con los miomas, pero puede deberse a la degeneración en el interior del tumor después de la oclusión circulatoria o de-

18) Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y -- Obstetricia No. 3 del I.M.S.S. Ginecología y Obstetricia. México, 1979 Edit. Francisco Méndez Oteo. p. p. 701 y 702.

la infección, torsión del pedículo de un tumor subseroso o al esfuerzo contractil del miometrio para expulsar al tumor submucoso del interior de la cavidad uterina. Los grandes tumores pueden producir simplemente una sensación de pesantés en la región pélvica o quizá el malestar discreto como una sensación de hundimiento. Los tumores que se incrustan en la pelvis ósea pueden comprimir los nervios, produciendo dolor que irradia a la espalda o a las extremidades inferiores.

3. Efectos de la compresión: Los tumores parasíticos causan obstrucción intestinal si son grandes o afectan al epiplión o al intestino. Los tumores intramurales o intraligamentosos pueden distorsionar u obstruir otros órganos, provocando dolor o sangrado. Los tumores cervicales provocan secreción y sangrado vaginal, dispareunia y esterilidad. Los grandes tumores cervicales pueden llenar la pelvis verdadera, desplazando a otras estructuras pélvicas.

Otros efectos de la presión incluyen la pollaquiuurias debido a la distorción de la vejiga el hidroureter y la constipación o do--

lor por la defecación. Un mioma del fondo-uterino puede llevar al útero en retroflexión extrema, distorcionando la base de la vejiga y provocando retención urinaria.

DIAGNOSTICO.- Los miomas se descubren con facilidad mediante la palpación bimanual sistemática del útero o por la simple palpación de la parte baja del abdomen (19).

Hallazgos de laboratorio.- Puede haber anemia como resultado del sangrado uterino anormal y de la infección. La policitemia (en los enfermos ocasionales) y la leucocitosis se hallan presentes con el mioma y la endometritis o la degeneración séptica carnosa. La cuenta leucocitaria puede estar elevada alrededor de 20,000 /ml. La velocidad de sedimentación puede estar aumentada.

Hallazgos radiográficos.- Los grandes tumores aparecen típicamente como masas hísticas de tejido blando en las radiografías de la parte ba-

19) Ibíd. p. 703.

ja del abdomen y de la pélvis; no obstante, a veces se desvía la atención a los miomas debido a las zonas de calcificación tumoral que se observan en las radiografías. La histerograf ia y la angiografía pueden demostrar un tumor submucoso pequeño o cervical en particular si el legrado no puede demostrar tal lesión y persiste el sangrado anormal. Un neumograma o ultrasonografía pueden demostrar el crecimiento y la asimetría del contorno uterino, pero un tumor delimitado o delineado en esta forma puede palparse con facilidad, a menos que la enferma sea muy obesa o no coopere para nada. La histeroscopia no ha sido de utilidad hasta la fecha, pero las mejoras en las técnicas actuales que están emergiendo en la instrumentación y en el desarrollo de soluciones para distender la cavidad uterina, puede pronto un enfoque factible para el diagnóstico de las masas intracavitarias.

Exámenes especiales.- Los miomas, por lo general, se identifican por los hallazgos y los s ignos ya descritos. El alargamiento de la cavidad uterina debido al efecto de estiramiento de un gran tumor intramural puede ser demostrado -

en ocasiones, por la inserción de una sonda uterina. Durante el legrado endometrial, la distorsión del contorno normal o de la simetría de la cavidad, puede detectarse y atribuirse a algún mioma subyacente, otros métodos de gran importancia en el diagnóstico del mioma es la biopsia y la ultraecsonografía. (20)

Diagnóstico Diferencial.- El diagnóstico de mioma uterino no es habitualmente difícil aunque muchas anomalías pueden confundirse con los miomas. La exploración pélvica con la enferma anestesiada puede aclarar la situación en particular en las obesas y en aquellas mujeres que no pueden relajar sus músculos abdominales. Los quistes ováricos tensos o los tumores o masas endurecidas inflamatorias tuboovaricas pueden confundirse con los miomas submucosos. El crecimiento uterino debido al embarazo, adenomiosis uterina, hipertrofia del miometrio, subinvolución, anomalías congénitas o anexos adherentes, epiplón o asa intestinal, pueden -

-
- 20) Arturo Zarate Treviño. Ginecología. Edit. Francisco Méndez Cervantes. México, D. F. p. p. 564 - 566.

atribuirse en forma errónea a los miomas. Las menstruaciones masivas recurrentes atribuidas a algún mioma submucoso puede de hecho deberse a un gran pólipo o al desprendimiento endometrial irregular retardado.

TRATAMIENTO.- La selección del método más apropiado de tratamiento dependerá de los síntomas, del tamaño y de la localización de los tumores, y de su estado de preservación, la edad de la enferma, paridad, embarazo actual, deseo de embarazo ulteriores y salud general.

MEDIDAS DE URGENCIA.- Pueden ser necesarias -- las transfusiones de sangre para corregir la -- anemia. Estará indicado el tratamiento quirúrgico para la torsión aguda de algún mioma pedunculado o de un tumor fibroide parasítico. La miomectomía está contraindicada durante el embarazo, excepto por la aparición de un fibroide de torción que puede provocar el aborto. (21)

MEDIDAS ESPECIFICAS.- En la mayoría de las enfermas, los miomas no requieren tratamiento, en

21) Ralph C. Benson op. cit. p. p. 227 y 228

particular si no hay síntomas o si la mujer es postmenopáusicas. Un número enorme de mujeres con miomas insignificantes han sido operadas -- innecesariamente de histerectomía. La enferma debe ser explorada cada 6 - 12 meses para detectar el desarrollo significativo que no resulta obvio para ella y para asegurarse el médico de que ha hecho el diagnóstico adecuado.

COMPLICACIONES.- Las complicaciones de los miomas son la degeneración benigna y el cambio maligno. (22)

1.1.3 HISTERECTOMIA

Técnica operativa Incisión Transversa.- Se -- afeita el pelo de la cavidad abdominal por debajo del nivel de la protuberancia del pubis hasta algo por encima del ombligo. Se vacía la vejiga por medio de un cateter con la ulterior -- evacuación constante y después de ella. El campo operatorio se frota totalmente con un deter-

-
- 22) Jack, Pritchard A. Obstetricia. Edit. Salvat .- México, 1980 p. 900.

gente adecuado y luego se cubre la totalidad - del abdomen con ropa estéril, excepto en un - área limitada por la protuberancia del pubis - por debajo, hasta 4 a 6 cm. por encima del ombligo y cerca de 3 cm. por cada lado de la línea media característicamente. Se efectúa una incisión vertical a través de las capas de la pared abdominal desde justamente por encima -- del margen superior de la sínfisis hasta cerca del ombligo. La incisión debe ser lo suficientemente larga; su longitud, por tanto, variará según el diagnóstico post-operatorio. Se efectúa una disección aguda a nivel de la vaina del recto anterior, que está libre de grasa submucosa, para exponer una tira de la fascia en la línea media de 2 cm. de ancho. Algunos cirujanos prefieren incidir la vaina del recto mediante - el escapelo a todo lo largo de la longitud de - la incisión facial. Otros prefieren efectuar - una pequeña abertura e inducir luego mediante - tijeras la capa facial visualizada. Parece --- existir menos tendencia a la hemorragia con este último procedimiento. Se separan los músculos rectos y abdominales en la línea media con una disección roma y aguda para exponer la fa--

cia transversal y peritoneo subyacente. (23)

La facia transversal y la grasa properitoneal-son cuidadosamente disecados cerca del polo superior de la incisión para alcanzar el peritoneo subyacente. El peritoneo se eleva mediante dos hemostatos separados cerca de 2 cm. Se palpa el pliegue " en tienda " del peritoneo entre las pinzas para excluir la presencia de - - otras estructuras y solamente entonces se abre con sumo cuidado el peritoneo.

Los lugares de hemorragia copiosa, existentes a cualquier nivel de la incisión abdominal son cerrados mediante pinzas a medida que se van encontrando, pero no se ligan hasta más tarde a menos que los hemostatos entorpezcan la vía de acceso.

Para efectuar una histerectomía total es necesario movilizar la vejiga mucho más extensamente en la línea media y lateralmente. Esto ayudará a mantener los uréteres inferiormente, a medida que la vejiga se retrae por debajo de la sínfi-

23) Ibidem. p. p. 891 y 892.

sis, y también evitará el corte o suturado de la vejiga. Se disecciona la vejiga libre aproximadamente 2 cm. por debajo del nivel del cérvix, para exponer la parte superior de la vagina. Si el cérvix se encuentra sólo ligeramente borrado, puede identificarse mediante palpación entre ambas manos, con una en el fondo del saco y la otra anteriormente con objeto de identificar el nivel en que puede entrarse en la vagina sin quitar todo el cérvix. (24)

Los ligamentos cardinales, los uterosacros y los muchos grandes vasos que ambos contienen son sistemáticamente sometidos a la doble colocación de pinzas curvadas del tipo Heaney, pinzas derechas del tipo Ochner o bien instrumentos similares. Las pinzas se colocan lo más cerca posible del cérvix, sin incluirlo. Es obligatorio que no se incluya un volumen demasiado grande de tejido en cada colocación de pinzas. Estos pasos se repiten hasta que se alcanza el nivel del fórnix vaginal lateral.

En este camino, se colocan pinzas en las ramas descendentes de los vasos uterinos, se cortan y se ligan a medida que el cérvix se disecciona a partir de los ligamentos cardinales lateralmente y de los ligamentos uterosacros posteriormente.

Inmediatamente por debajo del nivel del cérvix, se coloca una pinza curva a través del fórnix vaginal lateral y se incide el tejido medialmente a la pinza. El fórnix vaginal lateral frecuentemente se liga de manera simultánea y se sutura al muñón del ligamento cardinal. El cérvix entero se asciende entonces a partir de la vagina, mientras que un asistente sistemáticamente sujeta todo el grosor de los márgenes cortados de la vagina con pinzas derechas Ochner. (25).

Se inspecciona el cérvix para asegurar una extirpación completa, y la vagina se separa. Algunos cirujanos prefieren cerrar la vagina empleando suturas de catgut crómico en figura de 8. Quizá la mayoría prefiere emplear un punto-

continuo de sutura de catgut crómico situada a través de la mucosa y que rodee la fascia endopélvica alrededor de la circunferencia de la vagina para conseguir una hemostasia. La vagina abierta puede promover la evacuación de líquidos que, por otra parte, se acumularían y contribuirían a la formación de absesos.

Los canales peritoneales y el fondo del saco se vacían de sangre y de otros restos. Todos los lugares de incisión a partir del pedículo superior (trompa de falopio y ligamento ovárico) - a la bóveda vaginal y colgajo vesical son cuidadosamente examinados en busca de una posible hemorragia. Cualquier punto sangrante que se encuentra es cuidadosamente sometido a la colocación de abrazaderas y ligado apropiadamente. Es necesario un cuidado especial en la vecindad de la arteria y venas uterinas ligadas para que el ureter no sea comprometido por tal ligadura hemostática.

La pélvis es reperitonealizada. Un método emplea una sutura crómica continua comenzando con el extremo del pedículo ligado de la trompa de falopio y ligamento ovárico, que es invertido retroperitonealmente. Las suturas se colocan entonces continuamente de forma que se aproximen

las hojas del ligamento ancho, se oculte el muñón del ligamento redondo, se aproxime el extremo cortado del peritoneo vesicouterino por encima de la bóveda vaginal posteriormente al extremo cortado del peritoneo, que se encuentra por encima del fondo del saco, se aproximen las hojas del ligamento ancho al lado opuesto, y se oculte el muñón del ligamento redondo y finalmente el pedículo de la trompa de falopio y del ligamento ovárico. (26)

La pared abdominal normalmente se cierra en capas. En caso de una sepsis abdominal normalmente se cierra con suturas permanentes no reactivas como el alambre de acero inoxidable, mientras que el tejido subcutáneo y la piel no se cierran hasta más tarde.

Tratamiento preoperatorio.- La paciente es admitida habitualmente en el hospital 2 ó 3 días antes para ser evaluada por el ginecólogo que efectuará la intervención y por el anestesiólogo que administrará la anestesia. Se investiga

el valor del hematocrito y se reservan 1.000 ml. de sangre total compatible o de su equivalente en fracciones sanguíneas. Se da un sedante como el diasepan generalmente a dosis de 5 a 10 mgr., en el momento de acostarse, la noche antes de la intervención. En general, no se administran otros sedantes narcóticos o tranquilizantes. Se interrumpe la ingesta por vía oral al menos 8 hrs. antes de la aplicación de la cirugía.

Las necesidades de líquidos intravenosos, incluyendo sangre durante la operación y después de ella, varían considerablemente. Debe prestarse una cuidadosa atención a la pérdida de sangre, de forma que se evite una valoración de ella -- tanto excesiva como insuficiente.

La administración de una solución por vía intravenosa consistirá en solución salina y 5% dextrosa en agua. Característicamente, que contenga electrolitos se infunde durante la intervención e inmediatamente después de ella.

Tratamiento post-operatorio.- La paciente puede volver a su cama cuando se encuentre totalmente despierta; la hemorragia es mínima, la presión sanguínea es satisfactoria y el flujo urinario es al menos de 30 ml/hora. Su ulterior

cuidado debe incluir lo siguiente:

Aplicación de analgésicos, que se administrarán por vfa intramuscular, cada 8 horas según se -- precise para aliviar el malestar.

Toma de signos vitales: La paciente es ahora - observada cada 4 horas como mínimo, y la pre- - sión sanguínea, el pulso, el flujo urinario, la cantidad de hemorragia (si existe) se evalúa- en estos momentos.

Deberá mantenerse las soluciones por vfa paren- teral por lo menos 24 horas después de la ciru- gía. No obstante si la eliminación de orina -- descende por debajo de 30 ml/hora, la paciente debe ser de nuevo evaluada precozmente. La mu- jer casi siempre será capaz de tolerar los lí- quidos por vfa oral el día después de ser some- tida a la cirugía.

En la mayoría de los casos, en el primer día -- después de la aplicación de la cirugía, la pa- ciente debe, con asistencia levantarse de la ca- ma brevemente dos veces al día. Al segundo día podrá ir al cuarto de baño con asistencia con - una deambulación precoz.

La incisión es inspeccionada cada día. Es ven- tajosa la aplicación de vendaje ligero. Normal- mente las suturas de la piel, se quitarán al --

quinto día después de la Cirugía. (27)

1.1.4 ANEMIA HIPOCROMICA.

DEFINICION.

La anemia por deficiencia de hierro se produce cuando el aporte de hierro es inadecuado para sostener una buena eritropoyesis. En su forma complementaria se caracteriza por hipocromía y microcitosis de los glóbulos rojos circulantes, valor bajo de hierro en plasma, saturación baja de transferina y vaciamiento intenso de las reservas ferruginosas en médula ósea y otras partes del cuerpo.

FRECUENCIA.

En todo el mundo la deficiencia de hierro constituye casi seguramente la causa más frecuente de anemia. En diversas partes de Africa y Asia, donde el ingreso dietético es marginal y las pérdidas de hierro son muchas por parasitosis intestinales, más del 50% de la población puede estar afectada de anemia por deficiencia de hierro.

27) Ibidem. p. 903.

METABOLISMO DE HIERRO.

El hierro es esencial para la vida humana, por su papel central en la molécula de hem que permite el transporte de oxígeno y electrones. Todas las células del cuerpo contienen algo de -- hierro. (28)

DISTRIBUCION.

El hierro corporal puede dividirse en dos categorías principales:

- 1) Un componente esencial funcional, compuesto de hierroglobina, mioglobina, enzima y co--factor ferroginoso, y hierro de transporte-plasmático.
- 2) Un componente de almacenamiento, no esencial. constituido sobre todo por ferritina y hemosiderina, que no son necesarios para la salud pero brindan una reserva de hierro fácilmente movilizable hacia el componente funcional esencial en momentos de necesidad. Las mujeres, con masas de glóbulos rojos menores y reservas ferruginosas más bajas, tienen una -

28) Cecil, Russell L. Tratado de Medicina Interna. Edit. Interamericana. México, 1977. p. 1696.

concentración corporal de hierro de aproximadamente 40 mg. por kg. El hierro corporal total varía entre 2 y 6 gr. en mujeres de pequeña talla y varones de gran corpulencia. Aproximadamente el 85% de hierro funcional en el cuerpo se encuentra en los eritrocitos como hemoglobina que contiene 0.34 por 100 de hierro por peso. El hierro divalente en cada uno de los cuatro grupos hem en forma de disco exactamente fijados en el saco de las cadenas en espiral de globina, capta el oxígeno en forma reversible para llevarlo a todos los tejidos. La oxidación del hierro al estado férrico (como en la metahemoglobina) hace que la hemoglobina pierda su capacidad de transporte de oxígeno. La mioglobina, cuatro veces menor en tamaño que la hemoglobina y con un átomo de hierro por molécula, contiene aproximadamente 15% del hierro funcional. Se encuentra en concentraciones de 0.9 a 2.2 -- gramos en peso seco de músculo humano; el músculo cardiaco contiene en forma invariable menos mioglobina que el músculo esquelético. La mioglobina hace las veces de reservorio de oxígeno para el metabolismo muscular. Una parte pequeña pero extremadamente importante del hierro -- corporal está unido a la transferrina se encuen

tra en los líquidos tisulares extravasculares, - y una parte más fácilmente mensurable circula - en el plasma, en tránsito de sitios de destrucción de hemoglobina, absorción de hierro o depósitos de esta substancia, hacia médula ósea y - otras zonas de utilización. (29)

La lactoferrina, protefna captadora de hierro - de leche, mucosas y leucocitos, tiene una estructura parecida a la de la transferrina pero al - parecer funciona en los procesos de defensa corporales contra infecciones bacterianas al captar el hierro que es esencial para el crecimiento -- bacteriano. El hierro es una parte integral de -- varias enzimas o cofactor, y esta parte de la -- substancia constituye una porción pequeña pero - importante del comportamiento funcional de hierro. Las enzimas férricas pueden clasificarse - como protefna hem y flavoprotefnas férricas. El hierro es un cofactor esencial de la aconetasa y de la deshidrogenasa succínica. La mayor parte de estas enzimas hacen las veces de donadores o

29) Ibidem. p. 1696

aceptadores reversibles de electrones y son de importancia crítica en el metabolismo de cada una de las células corporales.

ABSORCION.

La absorción del hierro tiene gran importancia para su metabolismo en el hombre, porque el equilibrio del hierro depende de una absorción controlada más que de una eliminación. El hierro que penetra en el estómago en forma de compuestos orgánicos es digerido hasta sales férricas solubles, que pueden reducirse a iones ferrosos o sufrir quelación, en forma férrica o ferrosa, para facilitar la absorción. La existencia de ácido clorhídrico en estómago no es indispensable para la absorción de hierro, si bien el medio ácido impide la formación de complejos insolubles de hierro ionizado. La penetración de hierro en el borde en cepillo de las células de la mucosa al parecer se lleva a cabo sobre todo por difusión pasiva, la salida de la substancia de las células hacia la transferrina plásmica probablemente requiere de energía metabólica para su transporte activo. La mayor parte del hierro que ha de penetrar en el torrente sanguíneo, rápidamente atraviesa la célula en forma de moléculas pequeñas. Las pequeñas can-

tidades de ferretina en las células de la mucosa intestinal hacen las veces de compuesto de almacenamiento que acepta la parte del hierro que excede la capacidad de transporte rápido. En seguida desaparece la ferritina al descamarse-- las células al final de su período de vida de tres a cinco días. Los factores luminales que modifican la forma en que el hierro llegó a la célula de la mucosa, desempeñan un papel importante en la cantidad de hierro que puede absorberse. El azúcar, sorbitol, cistina y otros -- aminoácidos, ácidos ascórbico y succínico, microproteínas y varios otros compuestos en la -- dieta o secreciones intestinales, tienden a estabilizar el hierro en forma soluble y facilitan la absorción de esta substancia. Los citratos, fosfatos, carbonato, oxalato, bicarbonato-pancreático y gastroferrina, captan el hierro y forman complejos relativamente insolubles, y de este modo, disminuye su absorción. Los estudios sobre absorción de hierro pueden dividirse en dos grupos: (30)

- 1) Los que utilizan sales simples de hierro, - como sulfato ferroso o cloruro férrico y -- proporcionan información aplicable a la con ducta del hierro administrado terapéutica-- mente.
- 2) Los que miden la absorción del hierro de -- los alimentos.

Las sales ferrosas se absorben mejor por los -- compuestos férricos: diversos agentes, como los ácidos ascórbicos y succínico y el sorbitol, fa cilitan la absorción de hierro. Otras substan- cias, como fitatos, fosfatos y diversos prepara- dos antiácidos, fijan hierro y disminuyen su ab sorción. La absorción máxima ocurre en el duo- deno y parte alta del yeyuno, donde el conteni- do de la luz intestinal es ácido o neutro; hay menor absorción en partes distales, donde el me dio es neutro o alcalino, aunque persiste la ca pacidad de absorción de hierro a todo lo largo- del intestino desde el estómago al recto.

TRANSPORTE.

El hierro es transportado en el plasma en unión a una protefna de transporte específica, la - - transferrina. Esta beta-globulina de peso mole- cular de aproximadamente 75000 es sintetizada - en el hígado y su vida media en el plasma es de

8 a 10 días; los 7 a 15 gr. de esta substancia que se encuentran en la economía se dividen en partes casi iguales en los espacios extravasculares e intravascular, y las concentraciones -- plasmáticas varían de 215 a 350 miligramos por 100 ml. La transferrina puede captar dos átomos de hierro férrico por molécula si hay bicarbonato.

EXCRECION.

La economía posee una capacidad limitada para excretar hierro, excepto por hemorragias. (31) - De ordinario, la excreción es igual a la absorción, porque la mayoría del hierro liberado a partir de hemoglobina de eritrocitos senescentes es conservado y reutilizado. La excreción diaria total es ligeramente menor de 1 mg. en varones y en mujeres después de la menopausia. De esta cantidad, aproximadamente 0.1 mg. es excretada en la orina, cerca de 0.6 mg. en heces por descamación de células de la mucosa intestinal, bilis y pequeñas cantidades de sangre que se pierden; el resto se desaparece en piel, en forma de células descamadas y sudor. En cada mili

31) Ibidem p. p. 1699 y 1700

litro de sangre hay aproximadamente 0.5 mg. de hierro. Con las pérdidas normales de sangre -- menstrual de 25 a 60 ml. al mes, a esta hemorragia normal le corresponde una pérdida adicional de 12 a 30 mg. de hierro al mes, o sea 0.4 a 1.0 mg. al día en mujeres durante años fértiles.

La pérdida de hierro ocurre durante el embarazo y el parto en cantidades que, en total, son mayores de 500 mg. Las pérdidas diarias obligatorias de hierro son aproximadamente 50% menos -- que las normales en pacientes que sufren anemia ferropénica.

PATOGENIA

La deficiencia de hierro se presenta por uno a -- más de los siguientes factores: Ingreso dietético inadecuado, mala absorción, pérdida de sangre o embarazo repetidos.

Ya que la causa de la deficiencia de hierro en -- los adultos sea un ingreso inadecuado o una mala absorción, significa un trastorno crónico medido en años. Tiene mayor importancia las pérdidas de hierro que ocurren sobre todo por el tubo digestivo de varones y por pérdidas menstruales -- en la mujer.

PERDIDAS ELEVADAS.

La identificación del lugar donde se pierde san-

gre, causa de una deficiencia de hierro por pérdida elevada, puede resultar muy difícil. Un motivo de ello es que el aumento de la pérdida menstrual, causa la más frecuente deficiencia de hierro en climas templados, muchas veces no se advierte y es difícil de valorar cuantitativamente. (32)

La pérdida de hierro asociada con el embarazo es más fácil de estimar; en total, es de aproximadamente 500 mg. A menos que se proporcionen suplementos de hierro, los embarazos repetidos casi invariablemente se acompañan de deficiencia de hierro.

La pérdida de sangre por el tubo digestivo muchas veces es oculto, es intermitente y puede no descubrirse a pesar de una búsqueda cuidadosa, con muchas técnicas complicadas. Las causas de esta hemorragia pueden ser: Úlcera péptica, hernia del hiato, diverticulosis, neoplasias, várices esofágicas, gastritis hemorrágica, enteritis regional, colitis ulcerosa, telangiectecia hemorrágica y pólipos intestinales.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

La anemia por deficiencia de hierro se acompaña de síntomas muy diversos. Algunos pacientes no se percatan de su mal estado de salud a pesar de una anemia intensa, que puede descubrirse por exámenes al azar. El desarrollo gradual de deficiencia de hierro muchas veces permite una adaptación notable, y puede también ser compatible con un trabajo muy intenso y pocos síntomas. En el otro extremo, cansancio intenso, fatiga facial, disnea de esfuerzo, cefalea, irritabilidad, parestesias y otros síntomas vagos.

En el examen suele descubrirse palidez, aunque una observación casual puede pasar el signo -- inadvertido, atrofia papilar y grandes variables de glositis, disfagia resultante de membranas esofágicas o estenosis de esófago asociada con anemia hipocrómica y anaclorhidria, anorexia, pirosis, flatulencia, náuseas, eructos y estreñimiento, fragilidad, pérdida del aspecto lustroso, líneas longitudinales y aplanamiento. (33)

DATOS DE LABORATORIO.

Diversas técnicas de laboratorio permiten identificar la anemia por deficiencia de hierro. - Un frotis sanguíneo bien teñido muestra eritrocitos pequeños (microcitos), incompletamente llenos de hemoglobina (hipocromía) (y de forma pioquilocitosis). El volumen corpuscular, medio de menor de 80 micras cúbicas, y la concentración corpuscular media de hemoglobina es menor de 30%.

TRATAMIENTO.

Los dos objetivos del tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro son los siguientes:

- 1) Substituir la falta de hierro en sangre y tejidos.
- 2) Reconocer y si es posible, corregir la flata fundamental.

El tratamiento puede consistir en administra- -
ción parenteral.

La administración de hierro por vía parenteral debe reservarse para las siguientes indicaciones

(34)

- 1) Pacientes con síndrome de mala absorción.
- 2) El grupo relativamente pequeño de pacientes incapaces de tomar hierro por vía oral, o --
que se niegan a tomarlo, incluyendo personas

con colitis ulcerosa, enteritis regional y colostomías.

- 3) Pacientes seleccionados que no cabe tener confianza tomen el hierro prescrito.
- 4) Algunos enfermos con hemorragia crónica rebelde que pierden más hierro del que pueden substituirse por vía oral.

PRONOSTICO.

El pronóstico de la deficiencia de hierro sólo puede aplicarse al trastorno fundamental que provocó la anemia. Los pacientes raramente mueren de la anemia por deficiencia de hierro, pero muchas veces fallecen por la causa fundamental.

1.1.5. HIPERMENORREA.

En cada menstruación la mujer pierde normalmente de 50 a 200 gr. de sangre; cuando esta cantidad aumenta notablemente, se habla de menorragia. El aumento de la cantidad del flujo menstrual puede ir acompañado del adelanto de la menstruación y del aumento del número de las menstruaciones (polimenorrea). Las cau-

sas son múltiples y pueden ser de orden general: presión sanguínea elevada (hipertensión), enfermedades del corazón, enfermedades hemorrágicas, intoxicaciones diversas, alteraciones del metabolismo (diabétes, obesidad), esfuerzos físicos intensos, baños fríos prolongados y repetidos, hasta emociones violentas; y de orden local: inflamaciones (metritis, tumores y vicios de posición del útero). El mecanismo patogénico de la menorragia está poco aclarado, - algunos admiten que la causa de la menorragia reside en la hipotonía de las paredes uterinas; otros la relacionan con un trastorno de la secreción ovárica, que suele ser secundario a la disfunción del lóbulo anterior de la hipófisis.

(35)

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE LAS HEMORRAGIAS GENITALES.

Para establecer un correcto tratamiento es indispensable un diagnóstico preciso. Se cuenta para ello con el interrogatorio, el examen ginecológico y las pruebas especiales.

-
- 35) Santiago Dexeus Font. Tratado de Ginecología. Edit. Salvat. México, 1970. p. 184.

En la pubertad y postpubertad, generalmente has ta los 20 años, las hemorragias son frecuentemente de orden funcional.

En el periodo de vida sexual activa (entre los 20 y los 45 años) entran en consideración con- procesos generativos.

Después de esta edad y en la menopausia, el dis turbio es generalmente de causa orgánica gene-- ral.

El interrogatorio ofrece un especial matiz en - la ginecopatía sangrante. Los caracteres del - disturbio deben ser netamente definidos sin ol- vidar las reglas generales que para la amnamne- sis ginecológico se trazaron. No se olvidará - la especial manera de espresarse de cada mujer. La hay (las más) que exageran, tanto en los - términos expresión como en la mímica, y el exa- minador puede ser inducido a supervalorar el -- cuadro. Otras son, en cambio, muy modestas y - el ginecólogo se inclinará a creer en un distur bio tribal, si no fuera por su tinte anémico o por la profunda alteración del hemograma.

Se indagarán todos los datos posibles (canti-- dad, periodicidad, dolor acompañante, etc.) y- si se cree necesario dar a la mujer un gráfico, donde anotará debidamente sus pérdidas.

De los medios complementarios de diagnóstico -
citaremos como los más importantes la tempera-
tura basal, la biopsia y la histerosalpingogra-
fa. (36)

36) Ibidem. p. p. 184 y 185.

1.2. PROBLEMAS PSICOLOGICOS.

1.2.1. PARTES ANATOMICOS Y FUNCIONALES DEL SISTEMA NERVIOSO.

El sistema nervioso está compuesto de células - conocidas con el nombre de neuronas. Cada neurona en ciertos aspectos es como un alambre de conducción aislado, unido a un acumulador eléctrico. Cuando son estimulados, las neuronas -- descargan impulsos electroquímicos que estimulan otras neuronas en la sinapsis.

El sistema nervioso central, que consiste en el cerebro y la médula espinal, funciona como centro regulador para el organismo. Las diversas funciones del cerebro han sido localizadas por medio de: A) la estimulación eléctrica o química de diversas partes del cerebro, B) el estudio de la actividad nerviosa en distintas zonas del cerebro. C) el estudio de los efectos de la destrucción del tejido cerebral, D) el estudio de la neuroanatomía y E) el estudio comparativo del cerebro.

Las tres partes más importantes del cerebro son: El cerebro, el cerebelo y el tallo cerebral. El cerebro es responsable de todos nuestros procesos mentales más elevados así como de grandes -

cantidades de actividades más sencillas. El ce
rdelo es primariamente el centro de coordina- -
ción de las actividades musculares.

El tallo cerebral posee centros que regulan los
procesos vitales del organismo tales como el la
tido cardíaco y la respiración. (37)

La corteza cerebral tiene zonas dedicadas al --
control de muchas funciones diferentes. Entre-
éstas se encuentran las funciones sensitivas o-
sensoriales y motoras, la visión, la audición,-
el habla, la asociación, el gusto y el olfato.
Las células del cerebro descargan impulsos rít-
micos que pueden ser descubiertos por medio del
empleo del electroencefalógrafo. Este aparato-
es útil para el diagnóstico de la epilepsia, es
tado en que la actividad rítmica normal del ce-
rebro se ha trastornado.

Los músculos lisos e involuntarios del organis-
mo están regulados por el sistema nervioso autó-
nomo, que está compuesto de dos ramas, la simpá-
tica y la parasimpática. En sus funciones, és-

37) James O. Whittaker. Psicología. Edit. Interamerica-
na. México, D. F. p. 53.

tas dos ramas, la simpática y la parasimpática son antagónicas, la estimulación de las funciones de los órganos inervados por el sistema -- nervioso autónomo, mientras que la estimulación del parasimpático generalmente inhibe esas funciones. (38)

La conciencia de los estímulos que se encuentran en el medio ambiente y dentro del organismo es producida por la activación de las células especializadas del sistema nervioso llamadas receptores. La diferenciación cualitativa es determinada por la región del cerebro a donde son enviados los impulsos a partir de estos receptores. La diferenciación cuantitativa es determinada por el número de receptores activados y el tiempo, dentro del período relativo, en que se presenta la activación.

La diferenciación del medio ambiente es posible por medio de los órganos de los sentidos; es primordial en la psicología porque desempeña un papel importante para determinar la conducta.

La respuesta de los estímulos es posible sólo a través de los mecanismos de reacción del organismo. Hay cinco tipos de mecanismos de reacción: el músculo estriado, el músculo liso, el músculo cardiaco, las glándulas exocrinas y las glándulas endócrinas. Los músculos estriados están bajo el dominio del sistema nervioso central. Los músculos lisos, que son controlados por el sistema nervioso autónomo, intervienen en la conducta emocional y en algunos de los motivos fisiológicos, lo mismo que en las funciones vegetativas normales del organismo. El músculo cardiaco, también controlado por el sistema nervioso autónomo, interviene significativamente en la conducta emocional, lo mismo que los músculos lisos.

Las glándulas exócrinas, glándulas que secretan sus productos a las cavidades corporales y a la superficie del cuerpo, desempeñan un papel importante en la conducta porque su actividad con frecuencia interviene en las respuestas emocionales. Las glándulas endócrinas pueden influir sobre la conducta directa o indirectamente. Las hormonas del tiroides, por ejemplo, determinan directamente el grado de la actividad general del organismo.

Las hormonas de la hipófisis determinan el tamaño físico, entre otras cosas, y puede decirse que influye indirectamente sobre la conducta a través de la determinación de la estructura física. (39)

1.2.2. ANSIEDAD.

El siglo XX se ha denominado la " edad de la ansiedad ". En esta época en que se han hecho -- tantos progresos para erradicar la enfermedad, -- la pobreza y otros problemas que han plagado a la humanidad a través de la historia, los males de la vida moderna, es decir la inseguridad, la preocupación y la infelicidad, han ayudado para hacer de la enfermedad mental nuestro problema de salubridad número uno.

Las reacciones de la ansiedad son las más comunes de todos los trastornos psiconeuróticos. - Este tipo de enfermedad está caracterizado por ansiedad difusa y tensión nerviosa que aparentemente no se origina en ninguna situación ni en algún objeto en particular. Generalmente el in

dividuo sufre de un sentimiento moderado pero - continuo de ansiedad, y ocasionalmente experi-- menta " ataques ", o sea períodos de intensa an- siedad, que oscilan entre unos cuantos segundos y una hora o más. Estos períodos de intensa -- tensión son generalmente acompañados de palpita-- ciones, temblor de las manos, excesiva sudora-- ción y otros síntomas físicos. Generalmente el paciente se siente aprehensivo y puede también sentir que está próximo a morir. (40)

Coleman (1956) ha hecho notar que ciertas si-- tuaciones de tensión psicológica y de debilidad de la personalidad pueden intervenir en la pre-- cipitación de las reacciones de ansiedad. Cua-- tro de ellas son comunes: 1) las amenazas a -- las finalidades de la vida o a la situación ac-- tual, 2) la amenaza de la irrupción de deseos - peligrosos, 3) el sentimiento de culpa y el te-- mor del castigo y 4) la reactivación de expe-- riencias traumáticas anteriores.

1.2.3. ANGUSTIA.

-
- 40) Boorne, Lyte Eugene. Psicología del pensamiento. -
Edit. Trillas, México, 1975 p. 321 y 323

Existe una angustia por llamarla así - de tipo normal, y una angustia patológica: la primera - consiste en un gran dolor moral provocado por - una grave desventura; la segunda se define como un estado psíquico de debilidad, pena, preocupación, que provoca en el plano físico una serie de trastornos cardiacos (palpitaciones y taquicardia), respiratorios (dificultad de respirar por una sensación constrictiva en el cuello), digestivos (dificultad en la deglución - en la comida y en su digestión), etc.

La angustia patológica se observa en muchas enfermedades psíquicas (psicopatías) y en la angina de pecho.

La angustia es considerada como una forma modificada del miedo.- Tanto la angustia como el miedo son respuestas emocionales de un individuo a la amenaza de un peligro real o imaginario.

En el miedo, el peligro se conoce y puede identificarse. Una persona puede temer a los gatos, - por ejemplo, y éstos son una amenaza reconocida y muy real para ella. Por otro lado, la inquietud de la angustia puede no tener una base definida que el individuo pueda señalar, está temeroso, pero no sabe de qué. (41)

Cuando una persona está enferma hay elementos, tanto de angustia como de miedo. El paciente puede tener miedo al dolor que sigue a la cirugía, por ejemplo, pero también puede estar -- aprehensivo acerca de otras muchas cosas de cuya naturaleza no está completamente seguro.

1.2.4. MIEDO.

El miedo es un sentimiento más o menos vivo de inseguridad frente a un peligro imaginario o -- real, y cuya intensidad es variable según las -- personas y las circunstancias. Existe un miedo que produce inhibición y otro que produce reacción, uno que hace palidecer y otro (mucho más raro) que congestiona; a veces suele transtornar el uso de la razón. Hay quien tiene miedo a la obscuridad y en cambio desafia a la muerte en el campo de la batalla o en otros peligros -- graves.

El miedo se manifiesta invariablemente en ciertos cambios físicos, como por ejemplo, hiperfun

ción de las glándulas suprarrenales, hipofun-
ción del tracto intestinal, aceleración de los-
latidos cardiacos y jadeo o respiración anhelosa.
Los defensores modernos de la " teoría de
la emergencia " ven en estos cambios una prepa-
ración de todo el organismo para la lucha por -
la supervivencia. (42)

Normalmente, el miedo aparece en el mismo naci-
miento, como miedo de defensa del niño contra -
diversos estímulos del mundo exterior. Las reac-
ciones de miedo a tales estímulos son esencia--
les en el tierno infante cuyo sistema nervioso-
no bien desarrollado no puede tolerar durante -
un largo período de estimulaciones extremas. A
la reacción a estos estímulos en el recién naci-
do atribuyen muchos psiquiatras la base de las-
reacciones de miedo que hallan expresión en los
primeros años de la vida y se extienden hasta -
la edad adulta.

El miedo es un sentimiento espontáneo, a menudo
contagioso (pánico), sobre todo cuando el pe-

42) Kozier Du - Gas. Tratado de Enfermería Práctica. Edit.
Interamericana. México, 1974. p. 87.

ligro aparece en forma imprevista. La calma ra
zonada es, sin lugar a dudas el mejor antídoto-
contra el miedo.

1.3. PROBLEMAS SOCIOCULTURALES.

LA CULTURA.

El concepto de cultura, tal como es utilizado - en la investigación sociológica, tiene un significado mucho más amplio que el que se le dá comunmente. En el uso convencional, la cultura - se refiere a las cosas " más elevadas " de la vida; pintura, música, poesía, escultura, filosofía, etc., el adjetivo culto es sinónimo de - cultivado o refinado. En sociología, la cultura se refiere a la totalidad de lo que aprenden los individuos en tanto miembros de la sociedad; es una forma de vida, un modo de pensar, - de actuar y de sentir.

La teoría o técnica de lavarse las manos, los dientes, los diez mandamientos, las reglas de - beisbol, del salto escoces, los procedimientos - para escoger un presidente, un primer ministro - o los miembros del Soviet Supremo; forman parte de la cultura, al igual que el último libro de poesía de vanguardia, la Novena sinfonía de Beethoven, o los Fragmentos de Confucio.

Las regularidades de la conducta humana no constituyen en sí mismo cultura. Tienen lugar porque los hombres poseen cultura, tienen patrones

comunes sobre el bien y el mal, sobre lo correcto y lo equivocado, lo apropiado o lo inapropiado, y por último tienen actividades semejantes y comparten una misma reserva de conocimientos sobre el medio - social, biológico y físico en que viven. La cultura tal y como ha señalado - George Murdock, es en gran medida " ideacional ". Se refiere a las normas, creencias y actitudes de acuerdo con las cuales actúa la gente. (43) La importancia de la cultura radica en el hecho de que proporciona el conocimiento y las técnicas que le permiten sobrevivir a la humanidad, tanto física como socialmente, así como dominar y controlar, hasta donde ello es posible, el mundo que le rodea.

El hecho de que la cultura es aprendida y compartida tiene una importancia fundamental en su definición.

Los hombres, hemos dicho, no heredan sus hábitos y creencias, sus capacidades y su conocimiento; los adquieren a lo largo de sus vidas. Lo-

43) Adolfo Mir. Las Ciencias Sociales. Edit. Composición Litográfica, S. A. México, 1974. p. 15

que ellos aprenden proviene de los grupos en los que han nacido y dentro de los cuales viven.

El hecho de que la cultura sea aprendida y compartida ha permitido que en ocasiones se la -- identifique como lo " superorgánico " o como " una herencia social " del hombre. El primer término subraya la independencia relativa como un producto de la vida social. " La herencia social " enfatiza el carácter histórico de la cultura, y por tanto las posibilidades de cambio y de desarrollo.

La cultura se rige a través de tres grandes categorías: Las instituciones, es decir aquellas reglas que rigen la conducta; las ideas, éstas, el conocimiento y las creencias de todas - clases teológicas, filosóficas, científicas, - tecnológicas, históricas, sociológicas, etc. y los productos materiales o artefactos que los hombres producen y utilizan a lo largo de sus vidas colectivas. (46)

46) Ibidem. p. p. 19 y 20

LA SOCIEDAD.

En su uso más general, la sociedad se refiere -meramente al hecho básico de la asociación humana. Por ejemplo, el término ha sido empleado, - en el más amplio sentido, para incluir toda clase de grado de relaciones en que entran los hombres, sean ellos organizados o desorganizados, - directos o indirectos, concientes o inconcientes, de colaboración o de antagonismo. Ella incluye todo el tejido de las relaciones humanas - y no tienen límites o fronteras definidas. Esta concepción de la sociedad, que parece a veces abarcar a toda la humanidad, sirve principalmente para enfocar nuestra atención sobre -- una amplia gama de fenómenos centrales para el análisis de la conducta humana, principalmente las variadas y multiformes relaciones en que entran necesariamente los hombres durante el curso de su vida común.

El concepto de selección social se basa en el - hecho de que la conducta humana está orientada - en numerosas formas hacia otras personas. No - sólo viven juntos los hombres y comparten opiniones, valores, creencias y hábitos comunes, - sino también entran constantemente en interac--

ción, respondiendo uno frente al otro y ajustando su conducta en relación a la conducta y a las expectativas de los otros. (47)

La acción puede estar modelada de acuerdo con la de otra persona y la conducta puede estar calculada para provocar respuestas, como en el esfuerzo que hace el niño para obtener la aprobación de sus padres, o el intento del actor para conmover a su auditorio.

Puede decirse que una relación social existe cuando individuos o grupos poseen expectativas recíprocas concernientes a la conducta de los otros, de modo que tienden a actuar en forma relativamente reguladas. Para decirlo en forma distinta, una relación social consiste en una norma de interacción humana.

Un grupo social se compone de un número de personas cuyas relaciones están basadas en un conjunto de papeles y status interrelacionados. Dichas personas se relacionan unas con otras en una forma más o menos estandarizada, deter-

47) Nels Anderson Sociología de la Comunidad Urbana. Edit. Fondo de Cultura Económica. México, 1975 p. p. 534.

minada en gran parte por las normas y los patrones aceptados por los miembros. Esas mismas -- personas están unidas, en mayor o menor medida, por un sentido de identificación común o por -- una similitud de intereses que las permite diferenciar a los miembros de los que no lo son. -
(48).

Los conceptos de organización social y de grupo social definen una perspectiva central de la investigación sociológica. En su significado más amplio, dichos conceptos constituyen la sociedad, definida como " la matriz de las relaciones dentro de la cual se desarrollan otras formas de vida de grupo ", o como el grupo más amplio dentro del cual los hombres comparten toda su vida.

1.3.2. DESEQUILIBRIO FAMILIAR A CAUSA DE LA ENFERMEDAD DE LA PACIENTE.

La familia es una unidad formada de madre, padre e hijos que viven separados del resto de los parientes en un hogar propio.

El medio de la familia está constituido, las comunidades geográfica, social, educacional, económica, religiosa, política, ecológica, étnica- y de intereses que la rodean y de las cuales es una parte del medio ambiente. Algo muy impor-- tante que proviene del medio están los senti--- mientos de aceptación o de discriminación basa- dos por lo menos en parte en las actuaciones de la familia.

El funcionamiento interno de la familia es en - extremo importante. La pérdida o la incapacita ción de un miembro afecta profundamente a todos los demás miembros. Por tanto, si algo le pasa a "A", el que gana el pan, podemos predecir que van a disminuir el apoyo emocional, financiero- y social para los otros miembros de la familia- y que van a estar sujetos a mayor stress. La - incapacidad de "A" reduce el ingreso de la familia, ocasiona cambios en el equilibrio entre dependencia/independencia dentro de la familia, y en general aumenta la stress de toda la familia.

Las costumbres hogareñas se alteran y otro miembro de la familia debe hacerse cargo de éstas.

La función más importante de otros miembros integrantes de la sociedad (amigos, médicos, en-

fermeras, Trabajadora Social, etc.) en época de crisis puede ser ayudarles proporcionando apoyo tanto al miembro de la familia que presen tó el problema como a los otros miembros de la familia.

La conceptualización de la familia como integran tes de un sistema interactuante e interdepen- diente, permite predecir esta necesidad de apo- yo. (49)

2. FUNDAMENTACION DEL CASO CLINICO.

2.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.

Se trata de una paciente de 42 años de edad, la cual ingresa al Hospital de Gineco Obstetricia No.3, por llegar con sangrado disfuncional anormal el cual -- presenta aproximadamente desde hace un año, sin haberse atendido como es debido.

Al ingreso a este Hospital se le realizaron una serie de estudios en los cuáles se le encuentra una - anemia microcítica hipocrómica a causa de la pérdi-

49) Ogburn/nimkoff. Sociología. Edit. Aguilar. México, 1979 p. 619.

da excesiva de hierro por el sangrado.

La paciente se encontraba con excesiva palidez de tegumentos y mucosas.

En lo que se refiere al aspecto psicológico, la paciente se encontraba con miedo, angustia y ansiedad; por tal motivo irritable y con bajo estado de ánimo.

Sus familiares presentaban un desequilibrio muy visible por la situación en la cual se encontraba la paciente y más que nada por la falta de información ya que ignoraban la causa de su enfermedad; este desequilibrio llegó a afectar a la paciente llegando a la intranquilidad e incomodidad dentro del Hospital.

2.2. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

EXAMEN CLINICO

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: B. H. E. Servicio Ginecología

No. de cama: 421 Fecha de ingreso 26-XII-84

Edad 42 años Sexo femenino Estado Civil: Divorciada

Escolaridad: comercio Ocupación: Empleada

Religión: Católica Nacionalidad: Mexicana

Lugar de Procedencia: D. F.

2. NIVE Y CONDICIONES DE VIDA.

AMBIENTE FISICO.

Habitación

Características Físicas:

Buena iluminación, 6 ventanasrentadaTipo de construcción: TabiqueNúmero de habitaciones: tresAnimales domésticos: no

Servicios Sanitarios:

Agua Intradomiciliaria:

Cuenta con todos los serviciosControl de basura: Diariamente pasa el camión de la
basura.Eliminación de desechos (Drenaje, fosa séptica,
ca, letrina, otros): cuenta con drenajeIluminación: bucnaPavimentación: si

Vías de comunicación:

Teléfono no

Medios de transporte:

Camión, metro y pesero

Recursos para la salud:

I. M. S. S.

HABITOS HIGIENICOS:Aseo: Baño: diariamenteDe manos: Antes de comer y después de ir
al bañoBoca: tres veces al díaCambio de ropa personal: total diariamente**Alimentación:**Desayuno: 11:00 A.M. café c/leche, pan,
torta.Comida: 14:00 hrs. verdura cruda, muy poca carneCena: 19:00 Hrs. leche, pan, jamón con huevo.

Alimentos que originen:

Preferencia: VerduraDesagrado: Carne- Intolerancia: Carne, hígado.**Eliminación:**Vesical: varias veces al día, no tiene horario
fijoIntestinal: 6:00 A.M. estreñimiento**Descanso:**No descansa en el día, sólo en las noches.

Sueño:

8 horas, en ocasiones somnolencia.

Diversión y/o deportes.

Salir al campo, cine, los fines de semana

Estudio y/o trabajo.

Secretaria Ejecutiva en Español.

Otros: No

COMPOSICION FAMILIAR.

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
Madre	42	Empleada	\$ 22,000.00 quincenales
Hijo	21	Ayud. de mec.	\$ 15,000.00 quincenales
Hijo	13	Estudiante	No

DINAMICA FAMILIAR.

Se reunen por las tardes después de las 19:00 Hrs. comentan sus problemas los cuáles resuelven en algunos casos. Salen al campo y al cine los fines de semana.

DINAMICA SOCIAL:

Asisten a reuniones familiares con frecuencia.

COMPORTAMIENTO (conducta) Persona de carácter controlable no llega a la agresión.

RUTINA COTIDIANA.

Dormir, trabajar, trabajo del hogar.

3. PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO.

Problema padecimiento por el que se presenta.

Paciente de 42 años de edad, con diagnóstico de trastor-
nos menstruales del tipo de la hiperpolimenorrea, refie-
re que desde hace un año presenta el sangrado y al pare-
cer la ha llevado a una anemia importante.

Antecedentes personales patológicos.

Padres: él de 67 años de edad, aparentemente sano, ella
de 65 años de edad, aparentemente sana, 1 hermano sano,
2 hijos sanos no hay antecedentes diabéticos, lueticos,
fímicos, neoplásicos.

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padeci-
miento.

En estos casos es conveniente tomar de inmediato mues-
tras de laboratorio y recabar resultados. Si persiste-
la anemia es conveniente efectuar hemotransfusiones an-
tes de la intervención Quirúrgica.

Participación del paciente y la familia en el diagnósti-
co, tratamietno y rehabilitación.

Al inicio los familiares y el paciente se encontraban -
desorientados, pero posteriormente por medio de orienta-
ción terminaron colaborando.

II. EXPLORACION FISICA.

Inspección:

Aspecto Físico: Paciente conciente, tranquila, con palidez generalizada de tegumentos y mucosas, íntegra, bien conformada, cooperadora, orientada en tiempo y espacio.

Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento, emocionales) La paciente presenta cansancio, somnolencia e inapetencia. Presenta miedo, angustia y - ansiedad.

Palpación. Se palpa en región abdominal una tumoración de aproximadamente 4 a 5 cm. dura y fija.

Percusión. Ruidos peristálticos normales, no se escuchan ruidos anormales.

Auscultación. Abdomen ligeramente globoso a causa de la tumoración sangrado vaginal en el momento escaso, no -- presenta dolor.

Medición, Peso, talla: Peso: 54 Kg.

Talla: 1:58

III. DATOS COMPLEMENTARIOS.

EXAMENES DE LABORATORIO.

FECHA	TIPO	NORMALES	DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
27-XII-84	Hemoglobina	13.5-17 g.	8.9	baja de hemoglobina
	Hematocrito	40 - 50	31	baja de hematocrito
	Plaquetas	150.000-400.00	212.000	Normal
30-XII-84	Hemoglobina	13.5-17g.	11.8	Baja

FECHA	TIPO	NORMALES DEL PACIENTE		OBSERVACIONES
	Hematocrito	40 - 52	37	Baja
2-I-85	Hemoglobina	13.5-17 g.	14.5	Normal
	Hematocrito	40 - 52	46	Normal

EXAMENES DE GABINETE

T I P O	OBSERVACIONES
Placa simple de Abdomen	Se visualizó útero aumentado de tamaño, de bordes irregulares en anteversión izquierda que presenta una masa tumoral sólida, involucrando el cuerpo y el fondo, dicha masa es de contornos irregulares, con estructura hipogénica, heterogénea y ecos de diferentes tamaños. Nexos aparentemente normales.

IV. PROBLEMAS DETECTADOS.

- Anemia hipocrómica Microcítica.
- Miomatosis uterina de mediano y grandes elementos.

V. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Paciente femenina de edad madura, con facies de angustia y coloración de tegumentos y mucosas pálidos, que requiere de una atención estrecha, ya que necesita ser transfundida antes de la Cirugía, por abundante sangrado de presentación de aproximadamente un año y la cual le llevó a una anemia hipocrómica microcítica.

La paciente presenta angustia y miedo al ingresar al hospital al igual que después de la cirugía.

Sus familiares presentan un desequilibrio emocional por causa de la enfermedad de la paciente.

2.3. JERARQUIZACION DE LOS PROBLEMAS Y SUS NECESIDADES.

2.3.1. PROBLEMAS CLINICOS.

1. Hiperpolipmenorrea.

NECESIDADES:

Canalizar inmediatamente a la paciente y pasarle una solución para permeabilizar vena.

- Toma de muestras para laboratorio como: Química Sangüínea, B. H., Tiempo de protombina, examen general de orina, grupo y Rh.

- Como se observó en los resultados de laboratorio una pérdida notable de hierro a causa del sangrado; se requiere de una hemotransfusión.

- Se vigila a la paciente durante la transfusión por si ésta presentará signos de rechazo.

- Al terminar la transfusión se toman de nueva cuenta los exámenes de sangre, y si necesita transfundirse nuevamente se pide al banco de sangre que pida el médico.

2. Anemia microcítica.

NECESIDADES:

- Observar en la paciente coloración de tegumentos y mucosas, estado de conciencia, cantidad de sangrado transvaginal y características.

- Se le toman los signos vitales por lo menos cada cuatro horas.

3. Miomatosis Uterina.

NECESIDADES:

Ya que se ha comprobado que se trata de una miomatosis uterina y la paciente se ha controlado de su B.H. y Q. S. se requiere prepararla para la Cirugía.

- Se prepara física y psicológicamente a la paciente.
- La noche anterior a la Cirugía y muy temprano a ésta, se le aplicarán enema evacuante y tranquilizantes.
- Se verifica la hora en que se realizará la cirugía, la orden del médico y el anesthesiólogo y que el expediente de la enferma esté completo.
- Se realizará tricotomía del área de la Cirugía.
- Se le pide a la paciente horas antes de la Cirugía, que se dé una ducha.
- Se le colocará una sonda de foley, botas y su capelina.
- Se deja lista y a la hora citada a quirófano, se pide al camillero que la conduzca a éste.

4. Histerectomía.

NECESIDADES:

Observar la herida; verificando sus características y la presencia de sangrado.

- Cambiar apósitos.
- Colocar vendaje de sontén.
- Administrar analgésicos.

2.3.2. PROBLEMAS PSICOLOGICOS

1. Angustia.

NECESIDADES:

Conversar con la paciente explicándole detenidamente los - problemas que tiene y lo que se le va a realizar.

- Mostrarle el equipo con el que va a contar como: cama, - mesa de sobrecama, silla, baño, apagador de luz, etc.
- Presentarla con sus compañeras de habitación.
- Ponerle ejemplos de pacientes las cuáles se encontraban - en su misma situación y que ya se dan de alta.
- Orientar a la familia sobre el tipo de ayuda que estos - pueden darle a su enfermo.

2. Miedo.

NECESIDADES:

Se seguirán los mismos pasos que con el problema anterior. Tratando por medio de la conversación de encontrar la cau- sa del miedo; y así poder dar una solución.

3. Ansiedad.

NECESIDADES:

Para aliviar la ansiedad de la paciente se requiere de:

- Un plan individual, pues no hay dos personas iguales en - lo que se refiere a la naturaleza de sus ansiedades, sus -- reacciones a ellas o a la clase de ayuda que necesita para-

superarla.

- Conocer la causa de la ansiedad y tomar acciones específicas para poder desaparecerla.
- Darle al enfermo una atención competente.

2.3.3. PROBLEMAS SOCIOCULTURALES.

1. Impacto de la enfermedad.

NECESIDADES:

Orientar a la familia sobre la enfermedad de la paciente, -
pidiéndoles colaboren con ésta mostrándole ánimo y comprensión.

2.4. OBJETIVOS.

2.4.1. GENERAL

Participar con el equipo de salud, en el restablecimiento -
del paciente, conociendo sus problemas y/o necesidades biop-
sicosociales; siguiendo una serie de pasos planeando los --
cuidados de enfermería que se darán a éste e intentar incor-
porarlo nuevamente a la vida productiva.

2.4.2. ESPECIFICOS.

Biológico.

Lograr que la paciente se recupere satisfactoriamente me- -
diante las acciones de enfermería brindadas.

Psicológico.

Que la paciente mantenga un equilibrio emocional, por medio de apoyo psicológico que le brindará el equipo de salud y en especial enfermería.

Sociocultural.

Proporcionar ayuda a los familiares para que estos a su vez colaboren con la asistencia al paciente, logrando una mayor tranquilidad en el enfermo.

3. METODOLOGIA DE TRABAJO.

3.1. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

3.1.1. INTEGRAL.

Paciente femenina de edad madura, con facies de angustia y coloración de tegumentos y mucosas pálidos, la cual requiere de una atención estrecha, ya que necesita ser transfundida antes de la cirugía, ya que presenta una deficiencia de hierro a causa de un sangrado disfuncional que venfa acarreado de tiempo atrás. Por consiguiente requiere mantener una vena permeable y vigilar su estado de conciencia, también requiere de comodidad, administración de medicamentos, ayuda y comprensión, satisfacción de sus necesidades fisiológicas, de seguridad, estimación y autorrealización.

3.1.2. BIOLOGICO.

Al presentar la enferma un sangrado disfuncional a causa - de una miomatosis uterina, la paciente requiere ser inter-venida lo más pronto posible; por lo cual necesita:

1. Ser transfundida antes de la cirugía para corregir la - anemia que presenta.
2. Darle atención pre-operatoria tal como; preparación ff- sica y psicológica, mantener vena permeable, administra- ción medicamentos, revisión de la documentación que in- cluye el expediente y recopilación de resultados de la- boratorio.

Al ser intervenida ésta requerirá también de cuidados post- operatorios que son:

1. Vigilar sangrado transvaginal y de la herida quirúrgica.
2. Vigilar su estado de conciencia.
3. Vigilar que la paciente esté orinando adecuadamente - - (30 ml./hora)
4. Aplicar analgésicos.
5. Mantener las soluciones por vía parenteral por lo menos 24 hrs. después de la cirugía.
6. Asistir a la paciente para que ésta se levante de la ca ma poco a poco.
7. Colocar vendaje en la parte abdominal.

3.1.3. PSICOLOGICO.

En la paciente se observa claramente que presenta a causa del padecimiento: angustia, miedo y ansiedad. Esta requiere de una orientación sobre su problema y que es lo que se le realizará, para poder corregirlo y aliviar su angustia por medio de pláticas o acciones recreativas.

3.1.4. SOCIOCULTURAL.

Se observa en la familia un desequilibrio a causa de la enfermedad de la paciente; requiriendo también de orientación, para que éstos con su ayuda, colaboren en la tranquilidad de la enferma.

3.2. PLAN DE ATENCION.

3.2.1. BIOLÓGICO

PROBLEMAS	RAZON CIENTIFICA	NECESIDADES	EJECUTOR
1. Miomatosis Uterina.	Los miomas, son tumores uterinos más frecuentes, la causa de su formación es desconocida. Oscilan en tamaño desde lesiones microscópicas hasta masas enormes, el sangrado endometrial anormal constituye la manifestación clínica más importante	1. Orientación y ayuda física y psicológica preoperatoria. - La noche anterior a la cirugía y una hora antes a ésta, se le aplicarán enemas evacuantes y tranquilizantes. - Verificar que su documentación esté en orden. a) Orden de anestesia. b) Orden del cirujano. c) Hora y fecha de la-	Enfermera. Enfermera. Enfermera.

PROBLEMAS	RAZON CIENTIFICA	NECESIDADES	EJECUTOR
1. Miomatosis Uterina		<p>cirugia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realización de <u>tricotomía</u> del área de la cirugia. - Pedirle a la paciente horas antes de la cirugia que se dé una ducha. - Colocar una sonda de <u>foley</u>, botas y <u>turbante</u>. 	<p>Enfermera</p> <p>Enfermera</p> <p>Enfermera</p>
2. Histerectomía.	2. La histerectomía es la intervención quirúrgica de extirpación del útero, y suele practicarse generalmente por tumores, los cuales afectan la vida de la-	<p>2. Extirpación del <u>mioma</u> uterino.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención <u>postoperatoria</u>. - Continuar con <u>soluciones</u>, para mante- 	<p>Médico <u>Cirujano</u></p> <p>Enfermera</p>

PROBLEMAS

RAZON CIENTIFICA

NECESIDADES

EJECUTOR

paciente.

ner hidratada a la pa
ciente.

- Control de diuresis y Enfermera
vigilar que la zonda-
esté drenando.
- Toma de signos vitales Enfermera
- Realizar curación de Médico.
herida quirúrgica.
- Observar característi Enfermera
cas de la herida.
- Cambiar apósitos de Enfermera
la herida y observar-
secreción.
- Colocar vendaje de -- Enfermera
sostén en abdomen.
- Administrar analgési- Enfermera
cos.

PROBLEMAS	RAZON CIENTIFICA	NECESIDADES	EJECUTOR
3. Anemia hipocrómica.	3. En la anemia hipocrómica los glóbulos rojos tienen disminuido su número; el valor globular es inferior al normal. En este caso su causa es por un sangrado anormal.	3. Tratar de corregir la anemia antes de la intervención Quirúrgica - Toma de muestras de laboratorio tantas como sean necesarias, durante la hospitalización de la paciente - Hemotransfusiones. - Observar coloración de mucosas y tegumentos y anotar cambios. - Canalizar a la paciente a Medicina Interna, para que ahí se corrija totalmente de su anemia.	Médico Médico. Enfermera Laboratorista Químico. Enfermera Enfermera Médico

PROBLEMAS	RAZON CIENTIFICA	NECESIDADES	EJECUTOR
4. Hipermenorrea.	4. La hipermenorrea es el aumento notable de la cantidad de sangre en las menstruaciones. Sus causas -- son múltiples, pero una de ellas es la miomatosis uterina.	<p>4. Canalizar a la paciente, para mantener vena permeable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar y tomar muestras de laboratorio y gabinete. - Toma de signos vitales por lo menos cada cuatro horas, mientras este sangrando y se transfunda. - Hemotransfuciones. - Observación de pérdidas transvaginales. - Observar si la paciente presenta alguna -- reacción al ser trans- 	<p>Enfermera</p> <p>Médico y Técnico - Radiólogo.</p> <p>Enfermera</p> <p>Enfermera.</p>

fundida.

- Proporcionar comodi
dad a la paciente.
- Observar si existe-
cambios de conducta
y coloración de piel.

3.2.2. PSICOLOGICO

1. Angustia

1. La angustia es considerada como una forma modifi
cada del miedo, ésta es-
una respuesta emocional-
del individuo a la amena
za de algún peligro real
o imaginario.

1. Tratar de entablar una Enfermera
comunicación con la pa
ciente, para tratar de
conocer la causa de la
angustia y procurar --
disipar ese problema,-
informándole sobre el-
problema que presenta-
y lo que se le va ha -
realizar.

PROBLEMAS	RAZON CIENTIFICA	NECESIDADES	EJECUTOR
2. Miedo.	2. El miedo es un sentimiento de inseguridad frente a un peligro y cuya intensidad es variable según las personas y las circunstancias.	2. Hacer que la paciente conozca el medio ambiente hospitalario, mostrándole el área física, el personal que le atenderá y presentándole a sus compañeras de habitación.	Enfermera
3. Ansiedad	3. La ansiedad es un estado de ánimo lleno de inquietud y espectación ante un hecho que se espera o se teme a cada momento, como consecuencia lógica de hechos o situaciones precedentes o como un presentimiento irracional.	3. Realizar un plan individual a la paciente, observar sus reacciones y llegar a conocer la causa del problema, dándole comprensión y ayuda, para tratar de tranquilizarla y ésta cambie su actitud.	Enfermera.

3.2.3. SOCIOCULTURAL.

- | | | | |
|---|---|---|-----------|
| 1. Desequili-
brio fami-
liar a cau-
sa de la -
enfermedad
de la pa--
ciente. | 1. La familia como parte de
la sociedad puede ser la
causante de que existan-
conflictos en ésta, y --
por consiguiente una des-
organización que llegue-
al grado extremo de sepa-
rar a la familia como --
grupo. | 1. Orientar a la familia
sobre la enfermedad -
de la paciente y pe--
dirles que colaboren-
con la paciente dando
le ánimo y comprensión,
para que con esto ella
sienta seguridad en -
su familia y apoyo de
parte de ésta, que no
sienta que está sola-
y no piense en los --
problemas de su hogar | Enfermera |
|---|---|---|-----------|

4. VALORACION DE LA METODOLOGIA DE TRABAJO.

4.1. EVALUACION DEL DIAGNOSTICO.

Este Proceso de Atención de Enfermería fue satisfactorio, ya que la paciente logró recuperarse en muy poco tiempo y no hubo complicación alguna.

A pesar de que la enferma requería de una intervención inmediata a causa de la miomatosis uterina que presentaba ésta no se llevó a cabo, ya que al realizarle sus estudios de laboratorio, se observó que ésta tenía una insuficiencia de hierro muy marcada a causa del sangrado disfuncional que ya presentaba con anterioridad.

Se solucionó el problema de la insuficiencia de hierro, transfundiendo a la enferma en varias ocasiones; teniendo buenos resultados en ésta, ya que no presentó reacción alguna.

Su atención pre-operatoria fue muy buena y no hubo que retrasar más la cirugía. Esto tuvo buenos resultados y no se encontraron con ninguna complicación durante el trasoperatorio.

En el post-operatorio se observó que la paciente evolucionó favorablemente, con la ayuda del equipo de salud y de sus familiares, pues éstos colaboraron con su asistencia, tanto física como psicológicamente.

Los problemas psicológicos que presentó al ingresar al hos

pital, fueron superados, ya que recibió ayuda de Médicos, Enfermeras y familiares.

Los requerimientos de la familia, en cuanto a su desequilibrio fueron satisfechos, al recibir una orientación clara del problema por el cual pasaba su familia y qué se le iba a realizar para solucionar éste.

4.2. EVALUACION DEL PLAN DE ATENCION.

En la evaluación del Plan de Atención cabe decir, que se satisficieron todas las necesidades biopsicosociales que la paciente requería; ya que la eficiencia de éste se observó, a través de la evolución de la paciente, logrando las metas establecidas en el Plan de atención.

El trabajo que presentaron otros miembros del equipo de salud fue satisfactorio, ya que éstos intervinieron continuamente para que la paciente saliera adelante y en el menor tiempo posible.

No se presentó ninguna complicación y su recuperación fue favorable.

La colaboración que la enferma recibió por parte de sus familiares también ayudó a que este plan de atención se cumpliera como se había planeado.

La paciente egresó el 7-01-85, bien orientada, con ligera palidez de tegumentos y mucosas, y sobre todo, aceptando su nueva vida y satisfecha con los resultados que obtuvo dentro del hospital.

5. EXTENSION AL HOGAR.

5.1. PROMOCION DE LA SALUD.

Dentro de la promoción de la salud la enfermera es la responsable de orientar al paciente sobre lo que éste y su familia deberá tener en cuenta en su hogar, para que la enferma tenga un mejor restablecimiento y estén en condiciones de actuar rápidamente en caso de que exista alguna complicación.

Muchas de las pacientes están inquietas por las adaptaciones que habrán de hacer a su vida, como resultado de limitaciones, físicas; los cambios de ocupación y de manera de vida - no se aceptan fácilmente y se ven con aprehensión. Por esta razón la enfermera tiene algunas responsabilidades al ser dado de alta el paciente, sobre la importancia de algunos puntos que deberá recordar la paciente:

- 1) Orientar al paciente sobre el valor que tiene el aseo personal y especialmente de la herida Quirúrgica.
- 2) Pedirle a la paciente acuda a sus citas siempre que el médico se lo indique.
- 3) Aclarar todas las dudas que la paciente pueda tener acerca de su atención ulterior.
- 4) Pedirle a la paciente y sus familiares que actúen rápidamente si existe alguna complicación.
- 5) En el caso de la paciente que sufra de anemia; pedirle que siga su tratamiento en hematología y no deje de asistir a sus citas.

5.2. PREVENCIÓN DE LA SALUD.

Todas las pacientes deben ser orientadas sobre la manera en la que pueden actuar para evitar alguna enfermedad o complicaciones de alguna otra que ya padecen. Un buen resultado depende de la comunicación que exista entre el equipo de salud y el enfermo.

Es también responsabilidad de la enfermera orientar al paciente y sus familiares sobre este punto y su gran importancia dentro del hogar.

En el caso de la paciente con Histerectomía por Miomatosis Uterina será:

- 1) Pedirle a la paciente tenga una buena higiene personal y haga curación de su herida para evitar que ésta llegue a infectarse.
- 2) Pedirle a la enferma observe si existe algún escurrimiento vaginal y si lo hay, visitar inmediatamente al médico, indicándole el color, tipo, cantidad y duración de éste.
- 3) Evitar realizar esfuerzos o cargar objetos pesados durante su rehabilitación.
- 4) Observar la herida quirúrgica en cuanto a: cambio de coloración, salida de secreción purulenta, dolor tipo punzada, calor al rededor de ésta, etc., si existen estos cambios, acudir inmediatamente a su clínica para ser valorada.

- 5) Acudir puntualmente a sus citas.

5.3. REHABILITACION.

La rehabilitación requiere de trabajo de miembros de muchas disciplinas: los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, terapeutas y familiares; éstos deben intervenir activamente en ayuda del paciente para que viva feliz y en condiciones de producir.

El planeamiento de la rehabilitación debe iniciarse en el momento en que se admite a un paciente en el hospital y cumplirlo es objetivo fundamental de la acción de enfermería mientras este enfermo, pues es ésta la que pasa el mayor del tiempo con el enfermo y la que está al tanto de sus problemas y necesidades. De ahí que su observación, su comprensión y sus conocimientos ayudarán a su rehabilitación.

- 1) Otra función de la enfermera es la que consiste en: animar y tranquilizar al paciente durante su enfermedad.
- 2) Ayudar a la paciente a combinar sus actividades durante su estancia hospitalaria.
- 3) Coordinar la atención del paciente, interpretar sus necesidades y satisfacerlas.
- 4) En el hogar, pedirle a los familiares ayuden a su movilización por ejemplo bajar y subir escaleras.
- 5) Pedirle al paciente que deambule lo más que pueda en su

hogar ya que ésto le servirá demasiado en la rehabilitación.

El estímulo y las instrucciones proporcionadas después de -
que es dada de alta, contribuyen al progreso ulterior del -
paciente.

6. CONCLUSIONES GENERALES.

La miomatosis uterina como se ha mencionado anteriormente, no mata a las pacientes por el problema; sino por alguna complicación existente de ésta.

En este caso se puede mencionar, que a pesar de que la paciente ya tenía una complicación agregada a causa del problema, su evolución fue satisfactoria dentro de las tres esferas biopsicosociales. Su estado emocional fue controlado ya que sabemos, que una tensión emocional altera el delicado equilibrio del cuerpo humano y éste reacciona alterando ciertas estructuras o procesos para restablecer el equilibrio.

Todo el equipo de salud debe colaborar con la recuperación de la paciente, para que ésta sienta confianza y adaptación al medio ambiente hospitalario, ya que todo esto contribuye a su evolución.

Una sonrisa amistosa puede ayudar a aliviar algo la ansiedad y el miedo que presentan los enfermos, su recuperación depende ante todo de los cuidados, la comprensión y ayuda que le brindemos dentro de su estancia en el hospital y fuera de ésta. Los familiares a su vez también cooperan con su recuperación dentro y fuera del hospital orientados por el equipo de salud.

El logro de nuestros objetivos nos hacen sentir más responsables ante nosotros mismos y ante la sociedad, sobre todo-

en este medio ambiente de trabajo, en donde debemos ser ca
da día más humanos.

7. GLOSARIO DE TERMINOS.

Anastomosis.- Normalmente las anastomosis tienen un significado de una ayuda mutua - entre dos venas (arterias o -- nervios) que se unen al objeto de lograr un aprovechamiento mayor de sus funciones de irrigar o inervar los tejidos; cuando sus funciones encuentren un obstáculo imprevisto -- (oclusión de una vena o arteria por un trombo o un émbolo - o por una compresión externa, o sección de un nervio) a lo largo de una vía principal:

Anteflexión.- Desviación o desplazamiento hacia delante - del útero, que normalmente está colocado casi verticalmente en la pélvis.

Ataque.- Estallido súbito y clamoroso, de un estado o síntoma morboso, que bruscamente alcanza su máxima intensidad, sin pasar por grados intermedios. La explosión del ataque tiene lugar, a menudo, en pleno bienestar, sin ningún síntoma premonitorio; frecuentemente desaparece con la misma -- brusquedad con que se ha instaurado.

Ayuno.- La supresión radical de toda alimentación durante un período no superior a dos o tres días, puede estar indicado en las inflamaciones gastrointestinales, como la que -- se presenta después de una gran indigestión; también de las intervenciones quirúrgicas sobre los órganos internos es de rigor un cierto período de ayuno absoluto.

Benigno.- Dícese de la enfermedad de curso leve y pronóstico favorable, no mortal; es el adjetivo o contrario de maligno. Particularmente reciben el calificativo de benignos ciertos tumores (lipoma, fibroma, mioma, etc.) de ritmo de crecimiento muy lento y que no producen la muerte del individuo que los padece.

Dismenorrea.- Es la menstruación irregular y dolorosa, a veces muy dolorosa, que puede manifestarse durante la primera menstruación (pubertad) aunque también puede manifestarse posteriormente.

Enzima.- Las enzimas son catalizadores orgánicos que presiden los procesos bioquímicos de los seres vivientes, favoreciendo todas las reacciones de síntesis, escisión o transformación que en el organismo no representan el sustratum material de la propia vida.

Esterilidad.- Es la incapacidad de procrear, ya sea del hombre o de la mujer.

Estroma.- Es el tejido fibroso conectivo de sostén de un órgano, es decir, el que proporciona el armazón a las verdaderas células nobles o parenquima del mismo.

Folículo.- Es un término genérico e impreciso que se usa para indicar formaciones redondeadas, ovaladas o alargadas de diversa estructura anatómica y de función. Así el folículo piloso es el conjunto de capas parietales concéntricas que-

limitan - en el espesor de la capa más profunda de la piel - La minúscula cavidad que contiene la raíz del pelo; el folículo De Graaf es una vesícula minúscula, situada en la capa periférica del ovario, y que contiene en su interior una célula seminal femenica (Óvulo)

Hemoglobina.- Es el pigmento contenido en los glóbulos rojos de la sangre que confiere a los mismos y a la sangre en general el color rojo característico.

Hipocromía.- Es un término científico de origen griego que quiere decir " disminución del color " es, por lo tanto lo opuesto de hiperchromía (aumento de color) existen varias formas de hipocromía cutánea, consistentes en una decoloración más o menos acentuada o difusa de la piel por falta de pigmentación a la que debe su color; existe también una hipocromía sanguínea característica de ciertas formas de anemia; llamadas hipocrómicas.

Incisión.- Es el corte quirúrgico de los tejidos blandos - - (piel, tejido celular subcutáneo, músculos) mediante un bisturí.

Legrado.- Es aquella intervención quirúrgica mediante la cual se extirpan por raspado los tejidos de producción anormal.

Leucositosis o Leucocitemia.- Es aquella que produce un aumento no muy exagerado -de las formas normales, adultas y maduras de los glóbulos blancos.

Leucorrea.- (o pérdida blanca).- Es una secreción exagerada

da y a veces alterada de la mucosa vaginal y uterina. Se conoce correctamente como pérdida blanca, a causa del color blanquecino de la pérdida.

Maligno.- Dicese de la enfermedad de curso grave es de propósito desfavorable por la frecuencia con que produce el término letal. Este adjetivo que se opone a benigno se usa sobre todo para aquellos tumores - denominados corrientemente cánceres, que se desarrollan con ritmo rápido, produciendo localizaciones a distancia (metastasis) y provocando fatalmente la muerte del paciente por caquexia.

Mesénquima.- Es un tejido embrionario indiferenciado, a partir del cual y por diversos y graduales procesos de diferenciación, derivan todos los tejidos de naturaleza conectiva (tejido conjuntivo propiamente dicho, tejido cartilaginoso, tejido óseo).

Metrorragia.- Es cualquier hemorragia de origen uterino que se produce independientemente y dura del ciclo menstrual o el ciclo mensual de la maduración ovular, y por lo tanto, separada del flujo menstrual.

Microcitosis.- Son los glóbulos rojos de la sangre de dimensiones inferiores a la normal. Constituyen un hallazgo microscópico patológico (microcitosis) característico de ciertas formas de anemia.

Narcótico.- Se denomina así cualquier sustancia medicamentosa capaz de provocar un estado de sueño anormal y profundo que se denomina narcosis.

Nulípara.- Dícese de la mujer que no ha parido nunca.

Paraestesia.- Es cualquier alteración cualitativa de la sensibilidad (estesia) consecutiva a lesiones del Sistema Nervioso, por irrigación sanguínea insuficiente del mismo o -- simplemente de origen psíquico (histerismo). Son parestesias las sensaciones espontáneas o provocadas de hormigueo, quemazón, entorpecimiento, picazón, prurito, dedo muerto, -- etc.

Peritoneo.- Es aquella membrana serosa que con su hoja externa (peritoneo parietal) tapiza la superficie interna de las paredes abdominales y con su hoja interna (peritoneo vesical) reviste los órganos abdominales intraperitoneales y forma también los ligamentos de fijación a la pared abdominal llamados mesos.

Plasma.- Este término, en sentido genérico, indica la sustancia orgánica fundamental en la que se materializa la vida de cualquier organismo viviente (animal o vegetal). En sentido particular, el plasma germinal es el elemento hereditario de la célula seminal. El plasma de las células corrientes (protoplasma o citoplasma) es una masa incolora, fluidogelatinosa, constituida por agua, sales minerales y lipoproteínas, en cuyo centro esta incluido el núcleo de la misma célula. El plasma intersticial o linfa de los tejidos es un líquido que proviene del plasma sanguíneo por trasudación. El plasma sanguíneo es el componente líquido de la sangre; -- es decir, constituye toda la sangre a excepción de sus ele--

mentos sólidos o corpusculares (glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas).

Polakiuria.- Es la extrema frecuencia en la micción, que puede no asociarse al aumento de la cantidad de orina emitida en las 24 hrs.

Policitemia.- Es el aumento del número de glóbulos rojos en la sangre (el normal es de cinco millones por mililitro cúbico de sangre).

Primipara.- Dícese de la mujer que pare por primera vez.

Psicoterapia.- En sentido lato y genérico es el tratamiento psíquico de las enfermedades, sobre todo de las neuropsíquicas.

Retroflexión y Retroversión uterina.- Son desviaciones hacia atrás del útero. Retroflexión es la flexión hacia atrás del cuerpo uterino en relación al cuello. Retroversión.- - aquí todo el útero es el que se dobla hacia atrás, sin que sus dos partes (el cuerpo y el cuello) pierden relaciones recíprocas de posición.

Sedante.- Dícese del remedio físico o medicamentoso que, deprimiendo el tono y las funciones del sistema nervioso, tiene a calmar un dolor. También puede incluirse bajo esta denominación el remedio, el fármaco que favorece el sueño, o el que resuelve un estado de espasmo o contractura.

Transfusión sanguínea.- Es la administración por las venas de un individuo, de sangre total.

Trombosis.- Es el fenómeno patológico de la coagulación in-

travascular parcial de la sangre en el animal vivo, con for
mación de un pequeño grumo o coágulo llamado trombo que pro
voca un transtorno más o menos grave de la circulación san-
guínea.

9. BIBLIOGRAFIA.

ANDERSON, Neks. Sociología de la Comunidad Urbana.- Edit.-
Fondo de Cultura Económica. México, 1975 p.p. 534 y 553.

ASOCIACION NACIONAL DE ESCUELAS DE ENFERMERIA, A. C. Docu--
mento Básico sobre proceso de Atención de Enfermería. Edit.
A. N. E. A. C. México, 1977. p. 128.

ASOCIACION DE MEDICOS DEL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA NO.
3 DEL I. M. S. S. Ginecología y Obstetricia. Edit. Francis
co Méndez Oteo. México, 1979 p. p. 701 - 703.

BOORNE LYTE, Eugene. Psicología del pensamiento. Edit. --
Trillas. México, 1975 p. p. 321 - 323 y 328.

C. BENSON, Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico.
co. Edit. El Manual Moderno. México, 1974 p.p. 224 - 228.

DEXEUS FONT, Santiago. Tratado de Ginecología. Edit. Sal
vat. México, 1970 p. p. 184 - 185.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA. Historia Clí-
nica de Enfermería. Documento mimeografiado. México. 1985.
p. 8.

J. TORTORA, Jerard. Principios de Anatomía y Fisiología. -
Edit. Harla. México, 1973 p. p. 558 - 560.

KOSIER DU-GAS. Tratado de Enfermería Práctica. Edit. In-
teramericana. México, 1974. p. 87.

MARINER ANN R. N. P. H. D. El proceso de Atención de Enfer-
mería. Edit. El Manual Moderno. México, 1983 p. p. 324 -
326.

MIR, Adolfo. Las Ciencias Sociales. Edit. Composición Li-
tográfica. México, 1974. p. p. 15 - 21 y 28 - 31.

O. WHITTAKER, James. Psicología. Edit. Interamericana. -
México, 1976. p. p. 53 - 190.

OG BURN NIMKOFF. Sociología. Edit. Salvat. México, 1979
p. p. 619.

PRITCHER, A., Jack. Obstetricia. Edit. Salvat. México,-
1980 p. p. 891, 892, 900 y 903.

QUIROZ GUTIERREZ, Fernando. Tratado de Anatomía Humana. -
Edit. Porrúa. México, 1945 p. p. 307 - 312 y 319 - 325.

R. D., Lockhart. Anatomía Humana. Edit. Interamericana.-
México, 1970. p. p. 571 - 575.

RUSSELL, Cecil. Tratado de Medicina Interna. Edit. Inter
americana. México, 1977. p. p. 1696 - 1705.

SEGATORE, Luigui. Diccionario Médico. Edit. Teide. Méxi-
co, 1983. p.p. 1281.

WESTON D, GARDNER. Anatomía Humana. Edit. Interamericana
México, 1984. p. p. 556 - 558 y 564 - 566.

ZARATE TREVIÑO, Elfas. Ginecología. Edit. Francisco Mén-
dez Cervantes. México, D.F., p.p. 564 - 566.