



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

M I O M A T O S I S U T E R I N A

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE INVESTIGACION

U. N. A. M.

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO
DE ATENCION DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
ROSA MARIA RAMOS MOCTEZUMA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

	PAG.
<u>INTRODUCCION</u>	1
I. <u>MARCO TEORICO</u>	8
1.1. Generalidades de Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino.....	8
1.2. Epidemiología de la miomatosis -- uterina.....	20
1.3. Anatomía patológica.....	22
1.3.1. Clasificación topográfica.....	23
1.3.2. Transformación y degeneración.....	26
1.4. Etiología.....	30
1.5. Signos y síntomas.....	32
1.6. Diagnóstico.....	42
1.7. Tratamiento.....	48

1.8. Complicaciones.....	64
1.9. Historia Natural de la Miomatosis Uterina.....	66
2. <u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	72
2.1. Detección de problemas.....	72
2.2. Diagnóstico de Enfermería.....	72
3. <u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	90
CONCLUSIONES	146
GLOSARIO DE TERMINOS.....	148
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

INTRODUCCION

El término mioma es aplicado a un tumor benigno que se origina del tejido muscular. Fibroleiomioma es el término más exacto puesto que implica un tumor benigno de punto de partida muscular con participación del tejido fibroso.

Los fibroleiomiomas pueden ser únicos y múltiples, su tamaño varía desde microscópicos hasta muy grandes, algunas veces llenando toda la cavidad abdominal y alcanzando un peso de 40 a 45 kg.

El fibroleiomioma constituye el tumor ginecológico más común, se localiza aproximadamente en el 20% de la población femenil general, entre los 30 a 40 años de edad, por lo general durante los años reproductivos; rara vez ocurre antes de la menca y jamás después de la menopausia. No desaparecen pero disminuyen de tamaño en la menopausia.

Más o menos el 98% de los fibroleiomiomas se localizan en el cuerpo uterino y el 2% en el cuello. Otros sitios incluyen la vagina, la valvula, las trompas de falopio, el ligamento redondo y el ligamento uterosacro.

Se conoce muy poco sobre las causas subyacentes de los fibroleiomiomas, así como el papel exacto que juegan los

factores genéticos aún se desconocen, pero la observación ha demostrado que existe indudablemente un factor hereditario, - pues no es raro que varios miembros de una familia lo sufran.

La clasificación habitual de los tumores del cuerpo uterino en relación con su localización en las capas del útero son:

Intramurales, submucosos y subserosos; según el tumor se halle localizado.

Los fibroleiomiomas sufren una serie de transformaciones y degeneraciones, unas llevan a la induración y atrofia y otras al contrario se reblandecen. Las otras se acompañan de aumento progresivo de tamaño. Los cambios pueden ser consecutivos a infección, isquemia, trombos sépticos o bien procesos degenerativos de tipo maligno.

Los síntomas varían de acuerdo con su tamaño, número y localización. La triada clásica consiste en hemorragia uterina anormal, tumor genital y leucorrea; sin embargo, en la práctica se ha visto que este cuadro clínico es frecuente pero no único, habiendo otras manifestaciones sobre el aparato genital o fuera de éste, originados por el tumor.

Las tumoraciones son descubiertas en un examen abdominogenital urinario, existen varios métodos para precisar el diagnóstico, desde los más sencillos como la exploración ginecológica bimanual hasta estudios más complejos como la ultrasonografía.

El tratamiento se lleva a cabo dependiendo de las alteraciones que produce o lo acompañan.

Existen tres tipos de tratamiento disponible para las pacientes, el tratamiento conservador no quirúrgico, el tratamiento quirúrgico ya sea por Miomectomía o Histerectomía y la radiación.

La cirugía se adapta considerando factores como: - - edad, deseo de gestación, probabilidad de menopausia incipiente por una histerectomía total, una miomectomía y la conservación de uno o ambos ovarios.

El tratamiento conservador no quirúrgico expectante se asocia a la advertencia de la necesidad de realizar examen periódicos, con intervalos regulares de seis meses.

El tratamiento con radiación sólo se utiliza en pacientes de mal Pronóstico, cuando existe una contraindicación definitiva para la cirugía como en el caso de una cardiopatía o

una nefrectomía.

Es importante tomar en cuenta las complicaciones que puedan existir posterior al tratamiento que se haya seleccionado, para lograr una mejor recuperación.

Los cuidados específicos de enfermería para la atención de pacientes se basan principalmente en principios científicos en beneficio de los pacientes.

CAMPO DE LA INVESTIGACION

El estudio clínico en proceso de atención de Enfermería, se llevó a cabo en el Hospital General de Zona Médico Familiar No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ciudad Sahagún Hidalgo, de un caso del servicio de Gineco-Obstetricia.

OBJETIVOS

Identificar y jerarquizar los problemas y/o necesidades de la paciente, tomando en cuenta las tres esferas, Biológica, Psicológica y social, para lograr su recuperación y - - reintegrar a la sociedad mediante acciones específicas de enfermería.

Lograr que la paciente curse durante su estancia en el hospital con un mínimo de molestias y sin secuelas para el buen funcionamiento fisiológico.

Proporcionar orientación para convalecer en su hogar, con ayuda de medidas higiénico dietéticas, cuidados de su - - herida quirúrgica, reposo, deambulación y medidas asistenciales.

METODOLOGIA

Para la observación, selección y recopilación de los datos, fue necesario acudir a fuentes de información directos e indirectos.

Los directos fueron a través de la observación de la paciente durante cinco días de investigación y entrevistas a ella, para la elaboración de la Historia Clínica de Enfermería.

Los indirectos por medio de entrevistas con miembros del equipo de salud, (Médicos, Enfermeras y Trabajadoras Sociales), así como consulta al expediente clínico de la paciente.

Con los datos obtenidos se realizó la historia clínica de enfermería en la que se concentra la información más importante y específica de la evolución de la paciente, así como los aspectos psicológicos y sociales del mismo.

Con los datos y observaciones precisas se obtuvo el conocimiento actualizado de la paciente, lo que permitió detectar y jerarquizar las necesidades presentadas en ella y poder elaborar un diagnóstico de enfermería.

Para proporcionar atención integral y dinámica se -- elabora un plan de atención de enfermería, que es una guía -- que permite plantear acciones en forma organizada, dando prioridad a las necesidades que comprometen en forma importante - la salud, integridad y bienestar de la paciente, lo cual permite reintegrarla a su núcleo familiar y social al que pertenece.

La evaluación del plan de atención de enfermería da la pauta para continuar o modificar las acciones, de acuerdo al resultado de las actividades realizadas.

I. MARCO TEORICO

.1.1. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

El sistema reproductor comprende los órganos genitales externos que son: el Monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, vestíbulo, meato urinario, glándulas de Skene, glándulas de Bartholin, himen, horquilla y periné.

Los genitales internos están constituidos por la vagina, el útero, las trompas de falopio y los ovarios. 1/

Organos genitales externos: (1)

Monte de Venus:

Es una eminencia producida por depósitos de tejido adiposo situado por delante de la sínfisis pubiana. Está cubierto de vello rígido y oscuro, que aparece en la pubertad; forma un triángulo de base superior. La piel de esta eminencia contiene glándulas sebáceas y sudoríparas. Los nervios sensitivos de la región son el abdominogenital menor y el genitocrural.

1/ Benson C., Ralph; Manual de Ginecología y Obstetricia, p.1

La circulación sanguínea del Monte de Venus se realiza por medio de ramas de la arteria y venas pudendas externas. Los linfáticos están comunicados con los vulgares y superficiales del abdomen.

Labios mayores:

Constituyen formaciones prominentes que parten del Monte de Venus en forma de repliegues redondeados, y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné, están recubiertos por piel resistente pigmentada con glándulas sebáceas y vello. Por debajo de la piel hay una capa de tejido conjuntivo denso, rica en fibras elásticas y en tejido adiposo, pero sin elementos musculares. 2/

Los labios mayores están constituidos por los ligamentos redondos que terminan en el borde superior.

En su porción anterior los labios mayores están inervados por el abdominogenital menor y el pudendo interno. Lateral y posterior la inervación procede del ciático menor. Están vascularizados por la arteria pudenda interna (rama anterior de la ilíaca interna-hipogástrica) y por la pudenda ex-

2/ Pritchard A., Jack, et. al. Williams Obstetricia, p. 9

terna (rama de la arteria femoral).

El retorno venoso es por las venas pudendas externa e interna.

Labios menores:

Son repliegues de piel, pequeños y delgados, situados entre los labios mayores y el introito; al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal; se unen en su parte anterior y posterior; la unión anterior da lugar al frenillo del clitoris y al prepucio. Los labios mayores y menores se unen en un delgado pliegue de piel que forma el borde anterior del periné. Esta delgada orilla es conocida como la horquilla. 3/

La cara externa y el borde anterior de los labios menores están habitualmente pigmentados. Su cara interna es rosada y húmeda, contiene numerosos folículos sebáceos y algunas glándulas sudoríparas.

La inervación de los labios menores está dada por el abdominogenital, el pudendo interno y el hemorroidal. La circulación se realiza por las arterias pudendas externas e interna.

3/ Bleier J., Inger, Enfermería Materno Infantil, p. 8

Clítoris:

Es el órgano homólogo del pene, mide de 2 a 3 centímetros. Se sitúa en la parte superior del introito, por encima del meato urinario; está constituido por tejido eréctil -- (cuerpos cavernosos) que se fija al periostio del pubis. El clítoris está provisto de una rica inervación sensitiva, es la principal zona erógena de la mujer. Los nervios hipogástricos y pudendo interno, así como el simpático pélvico, le proporcionan numerosas terminaciones.

La irrigación se hace por ramas de la arteria y venas pudendas.

Meato urinario:

Orificios en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior, está recubierto por el epitelio transicional. Está inervado e irrigado de igual manera -- que el vestíbulo.

Glándulas de Skene:

Son dos, y se encuentran una a cada lado de la parte posterolateral del meato uretral: producen moco que lubrica -

el vestíbulo. 4/ La arteria y venas pudendas son las encargadas de irrigar a estas glándulas. Están cubiertas por células transicionales.

Glándulas de Bartholin:

Están situadas una a cada lado, entre el labio menor y la pared vaginal, desemboca en el introito. Con su mucosidad lubrican la vulva y parte externa de la vagina. Ramas de la arteria, vena y nervios pudendos internos están destinados a las glándulas de Bartholin.

Himen:

Membrana circular que cubre parcialmente la entrada de la vagina; está formada por tejido conjuntivo rico en fibras elásticas y colágenas. Los vasos arteriales y venosos y los nervios del himen, pertenecen a los troncos pudendos y --hemorroidales inferiores.

Horquilla:

Así se llama al lugar donde se unen los labios mayores con los menores, en su parte posterior.

4/ Mondragón Castro, Héctor; Obstetricia Básica Ilustrada, p. 14.

Periné:

Región comprendida entre horquilla y ano; está constituido por músculos transversos del periné y bulbo cavernoso. El periné al igual que la horquilla, está innervado e irrigado por ramas de los nervios, arterias y venas pudendas, y hemorroidales inferiores.

Organos genitales internos:**Vagina:**

Es un conducto virtual, músculo membranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero, ocupa un espacio intermedio entre la vejiga y el recto, mide de 8 a 10 centímetros de longitud, es distensible y tiene arrugas transversales. Se encuentra formada por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo. Se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt) y por los músculos elevadores del ano. La vagina está recubierta por un epitelio escamoso poliestratificado.

Los nervios de la vagina proceden del pudendo interno, del hemorroidal y del plexo hipogástrico. La arteria vaginal (rama de la hipogástrica), irriga a la vagina en gran par

te, pero también recibe estas ramas de la vesical inferior, - de la hemorroidal media y de la pudenda interna.

El drenaje linfático de la porción inferior de la vagina se dirige a los ganglios linfáticos inguinales superficiales; el de la porción superior deriva a los ganglios linfáticos ilíacos externos e hipogástricos.

Las funciones que se atribuyen a la vagina son:

- a. Conducto excretor del útero (menstruación).
- b. Órgano de la cópula.
- c. Conducto del parto

Utero:

El útero es un órgano muscular cubierto en parte por el peritoneo. Su cavidad está revestida por el endometrio. - Durante el embarazo, el útero sirve para recibir, retener y - nutrir el óvulo fecundado, que se expulsa durante el parto.

Está situado profundamente en la pelvis verdadera entre la vejiga y el recto, el útero se une con una de las trompas de falopio en cada lado, cerca de su parte superior; su -

extremo inferior (el cuello) se proyecta en la vagina.

El útero tiene forma de una parte invertida, algo -- aplanada, mide 7.5 centímetros de largo, 5 centímetros de ancho en su extremo superior y 2.5 centímetros en su parte baja y pesa aproximadamente 60 gramos. 5/ El cuerpo del útero está compuesto de tres capas:

1. La capa serosa: también llamada perimetrio, es la capa externa. Cubre todo el cuerpo, excepto la -- parte anteroinferior o sea, la que se relaciona - con la vejiga.
2. La capa muscular o miometrio, es la capa intermedia, es la más gruesa y resistente; está formada por fibras musculares lisas, dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico, - - constituido por fibras circulares, longitudinales y arciformes.
3. Capa interna o endometrio: es la capa que reviste la cavidad uterina, que sufre cambios cíclicos -- por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación. Está formada por un epite-

5/ Bleier J., Inge, op. cit., p. 10

lio columnar que contiene gran cantidad de células y vasos sanguíneos. 6/

El útero esta sostenido por: 1. Los ligamentos redondos musculosos que se originan lateralmente en el fondo uterino y terminan en los labios mayores; 2. Los ligamentos anchos, pliegues peritoneales amplios que barren lateralmente de ambos lados del cuerpo uterino a las paredes laterales de la pelvis; 3. Los ligamentos útero-sacos, son estructuras fibrosas originadas en el istmo, que se insertan en el peritostio del sacro; 4. Los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt); y, 5. Los músculos elevadores del ano.

La pared uterina está principalmente constituida por fibras musculares lisas, entrelazadas y que son gruesas en el fondo uterino.

Los impulsos nerviosos eferentes que llegan al útero, lo hacen a través de S2-S4. Los impulsos aferentes alcanzan el sistema nervioso central, siguiendo las raíces posteriores de D5-D12, L1 y S2-S4 y conducen estímulos simpáticos.

6/ Mondragón Castro, Héctor; op. cit., p 17

La circulación uterina se deriva de las arterias y venas uterinas y ováricas.

El sistema linfático uterino se deriva de conductos venosos.

El desague linfático del útero se dirige hacia los ganglios 1. Ilíacos, 2. Aórticos, 3. Sacros e 4. Inguinales.

Trompas de falopio:

Son un par de conductos delgados que miden de 10 a 12 centímetros de longitud y presentan movimientos peristálticos. Se originan en los cuerpos uterinos, de donde siguen una dirección posterolateral y se abren en la cavidad peritoneal por debajo y en la porción medial de los ovarios; el diámetro del conducto varía entre uno y dos milímetros en los extremos y en su porción media, puede alcanzar más del doble. El extremo distal está unido al ovario por una franja larga (fimbria), que recibe al óvulo cuando sale del ovario y lo guía hacia la trompa de falopio, a través de la cual pasa hacia el útero. 7/

Las trompas están constituidas por tres capas:

Capa externa serosa o peritoneal, que permite el deslizamiento sobre órganos vecinos.

Capa media muscular, con fibras circulares y longitudinales.

Capa interna, musculosa o endosalpinx, constituida por epitelio revestido por células ciliares, que favorecen la progresión del espermatozoide y del huevo fecundado.

Las trompas están envueltas por un pliegue peritoneal, el mesosalpinx, una porción del ligamento ancho del útero.

Asimismo, las trompas tienen tres partes anatómicas que son:

Intersticial o intramural; parte más proximal al útero que hace contacto con la cavidad uterina.

Ístmica; parte intermedia de grosor constante.

Ampular; parte distal que se ensancha progresivamente y se abre en el pabellón.

Las porciones proximales de la trompa forman su irrigación de la arteria uterina, las porciones distales lo hacen mediante la ovárica y la uterina. Las vías linfáticas de la - porción ampular se dirigen por el mesosalpinx y el ligamento ancho, a los ganglios hipogástricos e ilíacos.

Ovarios:

Son dos órganos ovoides aplanados, sólidos y blancos. Cada uno de los cuales mide 4 x 3 x 2,5 centímetros; están localizados en la porción lateral de la pelvis (fosas - ováricas) en íntima relación con la parte distal de la trompa, mediante la fimbria. Se sostienen en su sitio gracias a un - engrosamiento del ligamento ancho (mesovario).

Los ovarios tienen una parte central (médula) y otra externa (corteza); la primera está constituida por tejido conjuntivo laxo y gran cantidad de vasos; sin embargo, la corteza es asiento del tejido germinativo. Estos órganos son los encargados de producir las células reproductoras y son la - - fuente principal de hormonas femeninas: estrógenos y progesterona. 9/

Los nervios y vasos ováricos transcurren por el ligamento infundibulopélvico (ligamento suspensor del ovario). --

Las arterias ováricas, que nacen de la aorta inmediatamente - después de las renales, se anastomosan por numerosas ramas -- con las arterias uterinas. Una red venosa incluida en el mesovario, envía su sangre a las venas uterinas y ováricas. La vena ovárica derecha desemboca en la vena cava inferior, en - tanto que la izquierda lo hace en la vena renal del mismo la- do.

Nervios provenientes de las raíces dorsales de D 10 y L1, así como fibras simpáticas hipogástricas y lumbares, -- acompañan a las arterias y venas. Los linfáticos del ovario se unen con los uterinos para drenar en los ganglios linfáti- cos y aórticos. 10/

1.2. Epidemiología de la miomatosis uterina.

Los fibroleiomiomas son tumores benignos de punto de partida muscular con participación del tejido fibroso. 11/

El fibroleiomioma constituye el tumor ginecológico - más común, se localiza aproximadamente en el 20% de la pobla- ción femenina, entre los 30 a 40 años de edad, por lo general durante los años productivos, rara vez ocurre antes de la me-

10/ Benson C., Ralph; op cit., p 1-14

11/ A.M.H.G.O. No. 3, I.M.S.S.; Ginecología y Obstetricia
p. 841

narca y jamás después de la menopausia. 12/

Es más frecuente en las mujeres estériles que en las fecundas, en la menopausia los fibroleiomiomas no desaparecen pero disminuyen de tamaño.

Los fibroleiomiomas pueden ser únicos aunque por lo general son múltiples; pueden aparecer nuevos a lo largo de la vida reproductiva de la mujer; su tamaño varía de microscópicos hasta muy grandes, algunas veces llenan la cavidad abdominal; en la actualidad rara vez se observan grandes debido a que se diagnostican tempranamente.

Más o menos el 98% de los fibroleiomiomas se localizan en el cuerpo uterino y el 2% en el cérvix uterino; otros sitios de localización incluyen la vagina, la vulva, las trompas de falopio y los ligamentos redondos y uterosacros.

La proporción de su crecimiento es muy lenta. El aumento de tamaño en un período de seis meses es casi imperceptible en la no embarazada; pero el crecimiento puede acelerarse durante el embarazo debido a un aumento en el aporte sanguíneo y el crecimiento celular producido por aumento en el nivel de estrógenos. 13/

12/ Ruseil Ramon Alvarez; Texto de Ginecología, p. 271

13/ Ruseil Ramon Alvarez: op cit., p 272

1.3. Anatomía patológica.

El fibroleiomioma es un tumor de forma generalmente esférica y lobulado, de consistencia dura, cartilaginosa; se encuentra encapsulado en el sentido de que no invaden al tejido adyacente, a pesar de que no existe una cápsula real.

La pseudocápsula se encuentra constituida por tejido fibroso y muscular del miometrio que se ha aplanado por el tumor y que contiene los vasos sanguíneos que lo irrigan; la --vascularización se localiza en la periferia, la porción cen--tral es susceptible de sufrir cambios degenerativos.

Al corte la superficie es irregular, son lisos y sólidos y por lo general blanco nacarado de acuerdo al grado de vascularidad.

La consistencia varía de acuerdo a la presencia o no de degeneración.

Su tamaño varía de milímetros hasta de 30-40 lb., --frecuentemente en la misma pieza se encuentran diferentes es--tados de evolución; pequeños, medianos y grandes.

Microscópicamente están compuestos de tejido muscu--lar y tejido fibroso, asemejándose al tejido uterino.

Las fibras musculares lisas son abundantes pero no - hipertróficas, con haces de direcciones y de dimensiones irregulares.

Las fibras se agrupan alrededor de un vaso central o capilar.

El tejido conjuntivo está formado por fibras delgadas con células de núcleos pequeños y abundantes substancias intercelulares, los haces se mezclan con fibras musculares.

Las imágenes típicas del fibroleiomioma consisten en células musculares lisas fusiformes dispuestas en especial. -

14/

1.3.1. Clasificación topográfica.

La clasificación habitual de los tumores del cuerpo uterino en relación con su clasificación en las capas del útero son:

Subserosos

Intramurales o intersticiales

Submucosos

Según se hallen localizados, abajo del peritoneo, en el espesor del miometrio o adyacente al endometrio.

Fibroleiomiomas intramurales o intersticiales.

Son la variedad más común, se localizan dentro de -- las paredes del útero, existen en forma de nódulos aislados y escapsulados de distintos tamaños, dan lugar a un aumento del volumen del útero.

Cuando se extienden lateralmente entre las hojas del ligamento ancho se conocen como fibroleiomiomas intraligamentarios, estos llegan a comprimir los vasos iliacos y el uréter.

Fibroleiomiomas subserosos o subperitoneales.

Estos tumores crecen hacia la cavidad peritoneal y - producen abultamiento de la superficie peritoneal del útero; en ocasiones desarrollan un pedículo y se les llama fibroleiomiomas subserosos pediculados.

Debido a que tienen gran espacio para crecer llegan a - medir varias veces el tamaño del útero.

Cuando los fibroleiomiomas pediculados se unen a pequeños pedículos en el mesenterio o intestino delgado toman de ahí su nutrición.

Los fibroleiomiomas pediculados que se rompen del fondo uterino y que se mueven libremente se conocen como fibroleiomiomas errantes.

Cuando se rompen causan hemorragia intraperitoneal masiva.

Los fibroleiomiomas subserosos intravasculares o metastásicos se extienden hasta distintos órganos a través de vasos sanguíneos o linfáticos.

Fibroleiomiomas submucosos.

Se localizan inmediatamente por debajo del endometrio.

Crece apartir del cuerpo uterino proyectándose dentro de la cavidad endometrial conservando su unión con el útero mediante un pedículo.

Los fibroleiomiomas submucosos pediculados aparecen en el orificio interno o externo o bien protuyendo la vagina.

Son mucho más propensos a producir hemorragia profusa y necesitan histerectomía aunque sean pequeños.

1.3.2. Transformación y degeneración

Los fibroleiomiomas sufren una serie de transformaciones o degeneraciones, unas llevan a la induración y atrofia, otras se reblandecen y otras se acompañan de aumento progresivo de tamaño.

Los cambios que experimentan son consecutivos a infección, isquemia, trombos sépticos o bien procesos degenerativos de tipo maligno. 15/

Los cambios degenerativos corresponden a:

La atrofia.- Por falta de soporte hormonal se asocia frecuentemente con el climaterio y prolapso genital; es debido a un deficit circulatorio.

Degeneración hialina.- Es la más frecuente 60%, existe en casi todos los tumores grandes, en forma parcial.

15/ A.M.H.G.O. No. 3, op cit., p. 849

El tejido pierde su consistencia dura, cartilaginosa y se vuelve blando de aspecto "cerebral", microscópicamente es el tejido conjuntivo el primero en ser afectado.

Generalmente las áreas hialinizadas toman una coloración rosada que los diferencia del tejido muscular. 16/

Degeneración quística.- Ocupa el segundo lugar de los cambios intrínsecos. Por lo general los cambios quísticos son el resultado de una licuefacción posterior a una degeneración hialina.

Ocasionalmente la degeneración quística puede ser secuela de la necrosis.

Degeneración mucoide.- Es una variedad de la degeneración quística en la cual los trastornos circulatorios externos producen tejido de degeneración.

El tejido del tumor se reblandece y los espacios tisulares necróticos se llenan con líquidos pseudomucinoso. 17/

Degeneración calcárea.- Clasificada como una infiltración más que una degeneración.

16/ A.M.H.G.O. No. 3, Op cit., p-850

17/ Rusell Ramon de Alvarez, op cit., p. 275.

Se observa en pacientes post menopáusicas principalmente 3-6%, es precedida de degeneración grasa central o periférica.

Por problemas de déficit circulatorio, el carbonato y fosfato de calcio se depositan en el tumor dándole una consistencia pétreo, haciéndolo visible a los rayos X, esta degeneración se observa frecuentemente en ancianas.

Degeneración roja.- Existen varias teorías para explicar esta degeneración:

Teoría del infarto o trombosis de una de las arterias que irrigan el tumor con anoxia de los tejidos.

Infarto de un mioma hialinizado, se observa con más frecuencia en el embarazo, da lugar a signos y síntomas de --viente agudo, dolor, vómitos y defensa muscular.

La absorción de toxinas da lugar a fiebre y malestar general.

La necrosis.- Producida por trastornos en el aparato sanguíneo o por infección importante, frecuentemente los tumores pediculados presentan necrosis o gangrena.

Infección.- Es una alteración secundaria a la necrosis cuando el riego sanguíneo no es satisfactorio.

Se produce necrosis en la porción central del tumor y secundariamente se infecta.

Son infecciones sépticas, exógenas y ascendentes.

Degeneración grasa.- Es rara y unicamente se aprecia en el 0.3%, es precedida o acompañada de degeneración hialina avanzada.

La infiltración grasa puede demostrarse únicamente con una tinción especial.

Adenomiosis.- Llamada mejor dicho endometriosis en el seno del fibroleiomioma.

Degeneración sarcomatosa.- Es una degeneración rara, se presenta aproximadamente en el 0.3%.

El 70% de los sarcomas del útero se derivan de un si broleiomioma persistente sobre todo si se ha radiado.

Se cree que las células sarcomatosas se originan por heteroplasia discreta de las células musculares lisas.

Las áreas sarcomatosas, por lo general se necrosan - por su pérdida de estructuras fibrosas, lo que resulta de un área más homogénea y blanda.

Algunos fibroleiomiomas altamente celulares pueden - confundirse con fibroleiomiosarcomas, al examinarlos al microscopio presentan mitosis frecuentes, núcleos hipercrómicos e - incluso células gigantes.

Los fibroleiomiomas sarcomatosos uterinos que se originan de un fibroleiomioma por lo general son menos agresivos y menos letales que los sarcomas verdaderamente endometriales.

1.4. Etiología.

No se conoce la causa de aparición de estos tumores, el papel exacto que juegan los factores genéticos aún se desconoce; pero la observación ha demostrado que existe indudablemente un factor hereditario, pues no es raro que varias -- personas de una familia lo sufran. 18/

De acuerdo con la teoría de Mayes, los fibroleiomiomas se originan de células musculares inmaduras y de nidos celulares.

18/ Martín Jiménez miranda, Fundamentos de Ginecología y pa-
decimientos benignos de La mama. pp. 245.

La célula original se encuentra en el miometrio y -- puede encontrarse indiferenciadamente de las células mesenqui^umatosas.

Las contracciones de la fibra muscular uterina que -- tienen como resultado la creación de puntos de tensión en el miometrio también constituyen un factor causal. 19/

Según Snov y Aschoff estos fibroleiomiomas se forman a expensas de elementos embrionarios no utilizados en la formación del conducto de Müller; los cuales son estimulados -- por el hiperestronismo. 20/

Es un trabajo de Keifers sobre el desarrollo de los fibroleiomiomas expone. 18 teorías que explican el origen y se agrupan en dos grupos:

a) Punto de partida de células sobre vestigios em -- brionarios persistentes en la masa miometrial - - (teoría Conheim Ribbert).

b) Punto de partida de células existentes en el músculo uterino como una masa localizada y circuns-- crita desarrollada en la pared arterial y venosa.

19/ Russell Ramon de Alvarez, op cit., p-272, 273.

20/ Ibidem 245.

Entre los factores de realización de la histiogénesis se mencionan las relaciones sexuales insatisfechas; pues si las pacientes no solteras tienen relaciones sexuales no satisfactorias, queda el útero y ovarios con ingurgitación venosa que favorece la generación de los fibroleiomiomas. 21/

La estimulación hormonal, principalmente por estrógenos, definitivamente es importante. Con frecuencia se asocia anovulación con fibroleiomiomas y sangrado uterino anormal.

La anovulación combinada con estimulación sostenida del útero por estrógeno ininterrumpida por la función del cuerpo lúteo y la producción de progesterona, crean un desequilibrio endocrino que conduce al crecimiento del fibroleiomioma.

La estimulación sostenida durante un período de 20-25 años es necesaria para producir síntomas antes que los tumores sean clínicamente aparentes. 22/

1.5. Signos y síntomas

Los síntomas de los fibroleiomiomas varía mucho de acuerdo con su tamaño, número, localización, alteraciones nu-

21/ A.M.H.G.O. no. 3, op cit., p-848

22/ Rusell Ramon Alvarez, op cit., p-273

tricias, degeneración o transformación maligna.

La triada clásica consiste en hemorragia uterina - - anormal, tumor genital y leucorrea; sin embargo en la expe -- riencia se ha visto que si bien este cuadro clínico es fre -- cuente no es el único, existen otras muchas expresiones sobre el aparato genital o fuera de éste originadas por el tumor.

23/

Los fibroleiomiomas polipoides y submucosos muestran síntomas con mayor frecuencia, mientras que los subserosos ra ramente dan síntomas.

Generalmente los síntomas aparecen después de la meno pausia a menos que haya ocurrido un cambio degenerativo impor tante.

Existen grupos numerosos de pacientes portadoras de fibroleiomiomas que no tienen sintomatología. Las tumoracio nes son descubiertas en un examen abdominal o genital rutina rio.

En general el tamaño no está en relación directa con la sintomatología, de tal modo que existen grandes fibroleio miomas con pocas o nulas molestias y pequeños fibroleiomiomas

con grandes trastornos clínicos.

Los cuadros clínicos son multifacéticos y se agrupan de la siguiente forma:

1. Alteraciones menstruales y sangrado endometrial -
anormal

2. Alteraciones del estado grávido puerperal.

3. Complicaciones del estado grávido puerperal.

4. Síntomas originados por la compresión a estructu-
ras vecinas.

Sobre paquetes vasculares y nerviosos

Sobre el aparato urinario

Sobre el aparato digestivo

5. Síntomas debidos a complicaciones tumorales in --
trínsecas.

Degeneración benigna

Degeneración maligna

Otros cambios tumorales.

6. Síntomas generales.

Trastornos menstruales y hemorragia uterina anormal.

El 58% de las pacientes con fibroleiomiomas uterinos, presentan estos síntomas; una tercera parte son eumenorreicas y el 8% restante no presentan alteraciones menstruales por -- ser post-menopáusicas.

Ocupa el primer lugar la proiomenorrea con el 20%, -- la hiperpolimenorrea el segundo lugar y la polimenorrea el -- tercer lugar.

La hemorragia uterina anormal se presenta en el 47%.

Analizando los factores que intervienen en las características menstruales en pacientes portadores de fibroleio--
miomas uterinos se deduce lo siguiente:

- El factor endocrino está alterado en la gran mayo--
ría de casos, solamente el 11.4% de las pacientes
presentó estudio histopatológico del ovario calificado
como normal.
- El factor endometrial está alterado, el estrogenisis

mo producido por lesiones ováricas actúan sobre el endometrio y originan hiperplasia del mismo, (51%), endometrio proliferativo puro 15%, o secretor deficiente (20%).

Se agrega el componente inflamatorio y además es importante recordar que la extensión de la superficie endometrial sangrante está aumentada por la distorsión que sufre el endometrio al alojar el núcleo tumoral.

- El factor miometrial se torna duro con poca capacidad para regular el flujo sanguíneo de los vasos -- que lo atraviesan.
- El factor del techo vascular pélvico frecuentemente evidencia varicocele pélvico o lumbovárico. (53%). 24/
- Existen factores extragenitales que al actuar sobre el lecho conjuntivo vascular en forma indirecta o sobre la coagulación sanguínea influye en la cuantía de sangrado uterino.

Alteraciones de la concepción.

Los mecanismos por los cuales el fibroleiomioma uterino y más directamente los problemas endocrinos que lo acompañan, alteran el factor uterino para la fecundación son:

- El volúmen del fibroleiomioma uterino distorsiona o comprime los anexos siendo un obstáculo para la concepción.
- Las alteraciones que sufren las trompas sobre su cinetismo y permeabilidad son evidentes (el 37% muestra por medio de histerosalpingografía oclusión tubaria).
- El efecto mecánico del núcleo tumoral actúa particularmente en los pólipos fibrosos o fibroleiomiomas pediculados, pues originan alteraciones endometriales que impiden la implantación adecuada; por otro lado, el endometrio frecuentemente presenta hiperplasia para la recepción endometrial del blastocito.
- Patología ovárica. Se ha comprobado la coexistencia de lesiones ováricas en el 89% por medio de la

curva de temperatura basal, citología vaginal seriada y biopsia endometrial en pacientes con fibroleiomiomas uterinos, sólo una de cada diez pacientes presenta función gametogénica normal.

El endometrio secretor deficiente se presenta en un 9.3% de los casos, indicativo de ovulación de efectiva con actividad lútea deficiente.

Complicaciones en el estado grávido puerperal.

La coexistencia de fibroleiomiomas uterinos y la gestación se encuentra en el 0.13% de pacientes embarazadas, como promedio de edad de 35 años.

El problema de gestación y paridad están disminuidos; no obstante, el porcentaje de abortos y la incidencia de cesáreas se elevan al doble.

Durante el primer trimestre de la gestación el fibroleiomioma conduce a la paciente a un aborto, en el segundo -- trimestre las complicaciones son raras, en el tercer trimestre vuelve a su efervescencia con síntomas de dolor.

Durante la gestación es conveniente hasta donde sea posible evitar la miomectomía, durante el trabajo de parto da

origen a múltiples problemas, pues los miomas corporales originan distocias de contracción y los istmicosegmentarios ofrecen dificultad a la progresión del móvil fetal ocasionando -- parto obstruido, condicionando además malas posiciones fetales.

En la gestación a término es conveniente la prueba - de trabajo de parto, aplicación de fórceps profiláctico en caso de antecedentes de miomectomía y revisión del canal de parto para disminuir el porcentaje de alumbramiento incompleto.

En las pacientes con antecedentes de esterilidad - - atribuible a fibroleiomiomas uterinos es conveniente efectuar operación cesárea, llevando a cabo los preparativos por si es necesario efectuar Cesárea Histerectomía indicada por hipotonía uterina secundaria al factor mecánico producido por los - mismos.

Síntomas originados por la compresión de estructuras vecinas.

Leucorrea. El escurrimiento genital anormal no sanguinolento se presenta en el 40% de las pacientes, condicionado por el agrandamiento de la cavidad uterina, el estrogenismo persistente, la inflamación secundaria en casos de fibroleiomiomas pediculados, lesiones inflamatorias o ectropiones coexistentes y congestión asociada al varicocele pélvico.

Dolor. Se presenta en forma periódica y se observa en:

- Fibroleiomiomas intracavitarios pediculados que -- son expulsados a la vagina por contracciones dolorosas.
- En fibroleiomiomas submucosos pediculados que ocluyen el cérvix e impide la salida de la menstrua -- ción.
- Torción del pedículo.
- En la necrosis del fibroleiomioma
- Cuando se irrita el peritoneo por modificaciones - intrínsecas.
- Si el fibroleiomioma crece rápido.

Comprensión vasculonerviosa. Los síntomas causados son por comprensión o dislocación de los elementos anatómicos vasculares o nerviosos, que originan cuadros de ciática, lumbalgia y síndrome de congestión pélvica.

Trastornos del aparato urinario. Se menciona que -- conducen a cuadros de infecciones urinarias agudas, retención e incontinencia urinaria (20%), la polaquiuria es el síntoma más frecuente.

Trastornos del aparato digestivo. Se refiere a tenesmo, constipación y procitalgia cuando irrita la parte baja del tubo digestivo.

Complicaciones tumorales intrínsecas.

Las degeneraciones benignas causan dolor cuando se irrita el peritoneo, el infarto tumoral, la infección, la torsión del pedículo del fibroleiomioma determina crisis abdominales dolorosas con intervalo de duración e intensidad variable.

Síntomas generales.

Originados por las alteraciones sistemáticas que -- acompañan o conducen al fibroleiomioma.

La anemia clínica se diagnostica en el 45% de los casos, llegando en ocasiones el estado de choque hipovolémico - (2.5%).

La hipertensión arterial se presenta en el 23% de -- los casos, la Diabetes Mellitus es ocho veces más frecuente -- que en la población general.

La incidencia de obesidad sobrepasa la tasa reportada para la población mexicana urbana. 25/

1.6. Diagnóstico

El diagnóstico se realiza por los datos obtenidos en la historia clínica y la exploración física de la paciente, la exploración ginecológica para el diagnóstico de los miomas se hace más fácil y sencilla en los casos de miomas subperitoneales, en los casos de miomas sub mucosos o de volumen pequeño se requieren procedimientos auxiliares de gabinete como la ultrasonografía.

En la exploración abdominal los miomas se palpan en forma de tumores irregulares y nodulares que protuyen a través de la pared abdominal anterior.

Los miomas son duros, si se encuentra dolor a una masa blanda debe pensarse en embarazo el cual se descartará con la cuantificación de gonadotropinas coriónicas y cambios degenerativos.

En algunos casos los hallazgos pélvicos son totalmente normales, hay crecimiento uterino, la forma del útero por lo general es asimétrica y es lisa o irregular.

Debe determinarse la localización de los miomas durante la exploración bimanual debido a que el tipo de tratamiento va a depender de la localización y el tamaño de los miomas, además sirve de parámetro para juzgar posteriormente su capacidad de crecimiento con más exactitud. 26/

Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de fibroleiomiomas se sospecha a través de una historia clínica de alteraciones menstruales y -- hemorragia uterina anormal, alteraciones en la concepción, -- complicaciones grávido puerperales, síntomas originados por -- comprensión a estructuras vecinas, síntomas debidos a complicaciones tumorales intrínsecas y síntomas generales, así como por la exploración abdominopélvica bimanual.

La presencia de un fibroleiomioma subseroso cervical o pediculado se confirma a través de la exploración con espejo; naturalmente un útero puede contener un feto así como numerosos fibroleiomiomas.

En pacientes mayores de 35 años siempre debe considerarse la posibilidad de cáncer.

Las causas de sangrado uterino que deben descartarse incluyen complicaciones del embarazo, embarazo tubario, hipertrofia uterina por infección crónica y recurrente, distensión y tumoración vesical, Cáncer uterino, riñones pélvicos, tumores dermoides de la pared abdominal.

Es difícil diferenciar entre fibroleiomiomas pedunculados subserosos y un tumor ovárico; por lo general, los tumores ováricos son quísticos, dolorosos y únicos, habitualmente son móviles especialmente si el pedículo es largo.

Paraclínicos auxiliares de diagnóstico.

El diagnóstico de los fibromiomas se funda en la comprobación de un útero aumentado de tamaño.

Placa simple de abdomen.- Útil en aquellos casos de sospecha de fibroleiomiomas uterinos grandes, en donde se observa machacamiento de esas intestinales, opacidad homogénea del hueso pélvico.

Es útil para destacar tumores ováricos como quistes dermoides, embarazo en el segundo trimestre y fibroleiomiomas.

que presentan degeneración calcárea.

Urograffa excretora.- Útil y de hecho un requisito - preoperatorio, en casos de fibroleiomiomas de grandes elementos en donde la compresión ureteral causa hidronefrosis, desplazamiento ureteral, compresión del lecho vesical y en casos de sospecha de fibroleiomiomas intraligamentarios en donde dichos tumores comprometen el útero o la vejiga urinaria.

Histerosalpingografía.- Es un estudio especializado en donde se introduce un medio de contraste a la cavidad uterina, es muy útil y casi diagnóstica el 80% de los casos de fibroleiomiomas.

Es de gran ayuda para identificar un mioma subseroso en pacientes estériles.

Algunos signos radiológicos más característicos son:

Canal cervical deformado, cavidad uterina grande y deformada en sus paredes; otras veces el tamaño de la cavidad uterina es normal pero la protusión hacia la luz de la cavidad uterina confirma la posibilidad de fibroleiomiomas submucosos y pedunculados, es frecuente observar compromiso en la permeabilidad tubaria por compresión extrínseca de fibroleiomiomas intramurales.

Cistografía retrógrada.- Se emplea en aquellos casos en que se sospecha de fibroleiomiomas y tumoración vesical.

En caso de fibroleiomioma se observa compresión y de formación del tubo vesical.

Ultrasonografía. Ayuda a distinguir una masa pélvica en pacientes obesas.

En esta patología las dimensiones y la morfología del útero varían de acuerdo con el número, tamaño y distribución de los miomas.

El diagnóstico de certeza se hace cuando se demuestra continuidad del o de los nódulos del útero. Las imágenes sonográficas de los miomas son redondas; de tamaño variable, con ecos en forma de moteado fino y homogéneo, moteado que se vuelve irregular con el aumento del tamaño del nódulo; la arquitectura acústica aparece compleja cuando coexisten estados de degeneración.

Si existen múltiples miomas el útero se vuelve irreconocible y en estos casos el diagnóstico se hace por exclusión al no encontrar el útero por separado.

Laparoscopia diagnóstica.- Ha sido de utilidad para el diagnóstico de certeza en pacientes con esterilidad e infertilidad, en donde se sospecha se encuentra alterado el factor --uterino y tubario por fibroleiomas en estos casos aumenta su importancia.

Cuando se ha realizado el diagnóstico de fibroleiomas uterinos se efectuarán una serie de paraclínicos de la laboratorio para valorar en forma integral el caso antes de ser planeado el tratamiento.

Con la biometría hemática se valora el estado anémico de la paciente.

Química sanguínea para valorar la posibilidad de --hiperglucemia y estado de funcionamiento renal.

Examen general de orina para descartar infección de vías urinarias.

Pruebas de coagulación, importante en aquellos casos con evolución clínica de larga instalación.

Grupo y Rh, contar con dos unidades de sangre tipificada y cruzada antes de llevar a cabo tratamiento quirúrgico.

. Electrocardiograma que valora el estado del miocardio, ya que las pacientes se encuentran en la tercera y cuarta década de la vida.

1.7. Tratamiento de los fibroleiomiomas.

Existen grupos numerosos de mujeres portadoras de miomas que no tienen síntomas y cuyos tumores son descubiertos casualmente, en general se dice que si un mioma no da síntomas, no es tributario de tratamiento pero sí de observación periódica. 27/

Los factores que condicionan el tratamiento de la miomatosis uterina son:

- Edad del paciente
- Intensidad y naturaleza de los síntomas
- Grado de desarrollo tumoral
- Topografía de los núcleos tumorales
- Necesidad o no de conservar la función reproductiva.
- Necesidad o no de conservar la función menstrual

- Estado general de la paciente
- Padecimientos concomitantes 28/

Los fibroleiomiomas se tratan con éxito quirúrgicamente, sin embargo, la hemorragia menstrual proveniente de un útero miomatoso se puede controlar mediante la irradiación -- ovárica, si la enferma no resulta aceptable como candidata para la cirugía.

No todos los miomas requieren de tratamiento activo, pero como todos llegan a empeorar más tarde, la selección de un tratamiento expectante siempre debe ir asociado a la advertencia de que es necesario realizar exámenes periódicos, con intervalos regulares de seis meses. En todos los casos debe considerarse la edad, deseo de gestación y probabilidad de menopausia incipiente.

No es prudente permitir que un mioma, aunque sea - - asintomático crezca más del volumen correspondiente a un embarazo de 12 a 14 semanas, sobre todo cuando la mujer es joven o cuando hay signos de crecimiento rápido.

En la etapa post menopáusica un útero miomatoso raramente causa síntomas, sin embargo, todo crecimiento post cli-

materio en un mioma debe hacer sospechar cambios sarcomatosos o la posibilidad de que el supuesto tumor uterino en realidad sea ovárico.

Tratamiento quirúrgico, es la cirugía el tratamiento definitivo para los fibroleiomomas en mujeres menores de 45 años, permite una curación radical y anatómica.

La cirugía se adapta a las necesidades de la enferma, incluyendo una histerectomía total, una miomectomía y la conservación de uno o ambos ovarios para no interferir en la función ovárica.

La miomectomía puede ser única o múltiple, se aplica en la extirpación de miomas cuando se trata de conservar la capacidad reproductora.

Sin embargo, hay inconvenientes de considerar, como el desarrollo de adherencias amplias, las debilidades de la pared uterina producida por la extirpación de miomas voluminosos y la formación subsiguiente de miomas.

Siempre debe preceder a la miomectomía el legrado -- diagnóstico sobre todo, si hubo hemorragia anormal, ya que esta última puede depender de una lesión intrauterina.

El ginecólogo cuidadoso efectuará una histerectomía - total en 95% de los casos; sin embargo, se admite que en algún caso complicado por enfermedad inflamatoria o endometriosis amplia, la mejor intervención sera la histerectomía subtotal. 29/

Tratamiento de fisioterapia.

En nuestra era de técnicas quirúrgicas mejoradas, la menopausia por radioterapia sólo se emplea en pacientes de -- mal pronóstico y cuando el mioma es menor que un embarazo de 3 meses no es submucoso, no se acompaña de enfermedad inflamatoria y no dificulta las funciones del recto.

El tratamiento por radioterapia para el control de -- la hemorragia uterina provocada por una matriz miomatosa fue utilizado con frecuencia mayor que la que se recomienda hoy, pues con los progresos actuales en el tratamiento de las "do-- lencias" que afectan a las paredes de alto riesgo con fibromas sintomáticos.

Los peligros de la cirugía han disminuido en forma -- significativa y la indicación de una erradicación ovárica -- constituyen una rareza, no obstante esta es una alternativa a

la cirugía para la enfermera que presenta una hemorragia significativa provocada por un útero miomatoso para la cual se considera medicamente desaconsejable la cirugía.

Un tratamiento de radioterapia se hace con Co 60, en fracciones de 200 Rads cada día, para una dosis total pelviana media de 2000 Rads en la mujer normalmente activa.

En pacientes que se acercan a la menopausia, una dosis total de irradiación ovárica de 500 a 700 Rads, en una o dos aplicaciones, es suficiente para eliminar la función hormonal. 30/

Condiciones que debe tener un mioma para ser tratado con rayos X:

- El volumen no debe sobrepasar a un puño de adulto, pues los de mayor tamaño tienen una nutrición que suele ser defectuosa y el déficit nutricional será más acentuado aún después de la irradiación.
- La localización del mioma debe ser intraparietal.

Las condiciones para ser irradiados se dan en un 19 a 12% de los miomas.

Contraindicaciones de la fisioterapia.

- Debe evitarse las radiaciones a mujeres menores de 45 años.
- En caso de miomas subserosos y submucosos, especialmente si son pediculados.
- Miomas que dan síntomas de compresión.
- Miomas dolorosos.
- Miomas que se desarrollan rápidamente.

Antes de iniciar la fisioterapia se debe descartar la posibilidad de embarazo. La fisioterapia de los miomas se puede efectuar con rayos X o con Radio.

La ventaja de la Roetgenoterapia es que se trata de un procedimiento ambulatorio, la aplicación es percutánea y no ocasiona ninguna molestia a la paciente.

Miomectomía.

Es por definición la enucleación de miomas de un útero cuya conservación es factible por considerarse particularmente intacta su función y capaz de llevar a término una futura gestación.

La primera operación de miomectomía fue practicada - por Amussar en Francia, en 1840, Howard A. Kelly, Noble Mayo describieron sobre esta operación y la realizaron extensamente en Estados Unidos en los comienzos del presente siglo.

Victor Boney, de Londres e Isidro Rubin de New York se cuentan entre los más entusiastas propugnadores de la miomectomía de la pasada generación.

Bonney extirpo 225 tumores de un sólo útero. 31/

Indicaciones:

- Toda paciente en edad de procrear que tenga un mioma sintomático que desee tener hijos y que sea fértil en potencia debe ser tratada por miomectomía.

- La mujer estéril en cuyo examen se han revelado -- trompas uterinas permeables y ovulación regular, - en quien se descubre un mioma debería ser considerada como candidata para la miomectomía si la concepción no se produce después de un intervalo razonable.
- La mujer que ha tenido uno o más abortos en los -- primeros meses del embarazo y en quien puede demostrarse un mioma.
- La torsión y/o la necrosis de un fibroma pedunculado durante el embarazo constituye una indicación - especial de miomectomía.

Contraindicaciones:

- La enferma que ha tenido un número razonable de hijos, cercana a la edad de los 40 años que sufren de miomas es preferible efectuar una histerectomía técnicamente sencilla, ligeramente más segura y -- con menos morbilidad.
- Aquella enferme^a portadora de miomas numerosos -- con localización cercana a la parte intersticial -

de las trompas de falopio, su extirpación tiende a producir oclusión a lesión tubaria.

- Otra contraindicación para la miomectomía es la -- presencia de patología anexial hidrosalpinge bilateral, tuberculosis endometrial o pélvica y endometriosis extensa.
- En el caso raro de una sospecha o evidencia de lesión maligna uterina o de los miomas. 32/
- La miomectomía durante la cesárea de un embarazo a término.

La frecuencia de embarazo después de miomectomía es de 25 a 40% mayor que en mujeres estériles no operadas. 33/

Se mencionan los detalles clínicos de la miomectomía:

- Después del legrado diagnóstico preliminar, si está indicado se realiza la mimectomia.

32/ Wilfred Shaw, Jhon Howkins, Ginecología Operatoria: p 334
33/ Novak, Jones, Jone, op cit., p-360

Se realiza una incisión amplia en la línea media que se extiende hacia abajo hasta la sínfisis púbica para obtener un espacio amplio en la parte superior.

- Examen cuidadoso de la situación, tamaño y número de los miomas así como la exploración de las trompas y ovarios confirmando su aspecto normal.
- Enucleación de los miomas
- Cierre de los lechos tumorales con suturas profundas de Catgut (material absorbible), de modo que no existan espacios muertos.
- El útero se reconstruye según sea necesario y la incisión uterina primaria se cierra, suturando con precisión la superficie peritoneal.
- Se retiran las pinzas hemostáticas y se aplican -- puntos hemostáticos en sitios sangrantes.
- Si existe tendencia del útero a la retroversión se efectúa algún tipo de pexia uterina para evitar -- cuadro adherencial que es muy frecuente en la cirugía con útero en retroversión.

- Es importante efectuar una limpieza de la cavidad abdominal para evitar la posibilidad de adherencias en órganos importantes como la trompa y el ovarios. 34/

Histerectomía total en el tratamiento de la miomatosis uterina.

En la mayor de las veces la histerectomía total abdominal se realiza en operaciones a consecuencia de miomas, las grandes variaciones que se observan en el tamaño del útero y la forma, obligan a desviarse de una técnica uniforme y hasta frecuentemente improvisar en la marcha.

La posible complicación de alguna enfermedad de los anexos podría impedir atenerse a un procedimiento quirúrgico uniforme. El cirujano debe basarse en un plan conocido y disponer de modificaciones que juzague necesarias en el curso de la intervención.

La histerectomía total abdominal se realiza en vírgenes o multíparas con vagina estrecha.

La vía vaginal es la de elección cuando la vagina es amplia y se trata de pacientes muy obesas.

Indicaciones:

- Mujeres menos de 45 años.
- Miomas voluminosos que sobrepasan la mitad de la distancia umbilicopubiana o el tamaño del útero -- con respecto a embarazo es mayor de tres meses.
- Miomas que dan síntomas de compresión.
- Miomas pediculados, ya sean submucosos o subserosos.
- Miomas cervicales.
- Miomas complicados (necrosis aséptica o torsión -- del mioma, transformación sarcomatosa, etc.), en algunos de estos casos la intervención quirúrgica es urgente.
- Miomas que afectan la fertilidad.
- Miomas que coexisten con afecciones quirúrgicas.
- Miomas de diagnóstico incierto.

- Miomas en los que ha fracasado el tratamiento por medios físicos u hormonales.

La técnica descrita originalmente por Richardson - - (1929), constituye el método clásico para tratar otras enfermedades pelvianas benignas como la endometriosis, la inflamación pelviana y los tumores anexiales.

Descripción de la técnica:

- Apertura de la cavidad peritoneal por medio de incisión amplia en la línea media o región suprapúbica.
- Aislamiento del útero y anexos por medio de compresas de vientre y el separador y valvas de Sullivan.
- Tracción del fondo uterino con histerolavo o punto con seda gruesa al fondo uterino.
- Ligadura y corte de ambos ligamentos redondos, con disección del ligamento ancho en su cara anterior y posterior, hasta dejar visible el infundíbulo -- pélvico (si se efectúa oforectomía) o pinzamiento y corte de la salpinge y útero ovario (si se dejan en su sitio los ovarios).

- Disección del peritoneo visceral hasta el reflejo vesical en la cara anterior y hasta el nivel de -- los uterosacros en su cara posterior.
- Pinzamiento, corte y ligadura de los vasos uteri-- nos a nivel ístmico en su región más próxima al -- útero (teniendo cuidado de lesionar a los ureteres).
- Apertura de la fascia endopélvica anterior y poste-- rior, para efectuar el pinzamiento, corte y ligadu-- ra primero de los ligamentos de Mackenrrod o car-- dinales y segundo de los úterosacros ligados con - material absorbible.
- Extracción de la pieza uterina con técnica cerrada o de vagina ocluida y/o técnica abierta o de vagi-- na visible.
- Peritonización del piso pélvico con pedículos in-- traperitoneales o extraperitoneales.
- Revisión de hemostasia, lavado de la cavidad peri-- toneal y cierre de la pared músculo dérmica.

Medidas de urgencia:

Es necesario la transfusión de sangre o paquete globular para corregir la anemia, se aplica el paquete globular varios días en pacientes con anemia crónica.

Está indicado el tratamiento quirúrgico con histerectomía total en la torsión aguda o la obstrucción intestinal causada por un mioma pediculado o parasitario.

La miomectomía está contraindicada durante el embarazo, excepto en el caso de un mioma torcido que condicione el trabajo de parto y ocasione muerte fetal.

Tratamiento hormonal:

El tratamiento hormonal está indicado en todos los miomas que se caracterizan por alteraciones menstruales como es la hipermenorrea con polimenorrea o sin ella.

Aunado a estos síntomas debe reunir las siguientes condiciones:

- El tamaño del mioma no debe exceder el del útero - con un embarazo de tres meses o más, no debe sobre

pasar por arriba de la mitad de la línea media.

- El diagnóstico del mioma debe establecer con seguridad.
- No debe existir otro proceso concomitante que contraíndique el empleo de hormonas.
- Puede tratarse la miomatosis asociada con afecciones susceptibles de beneficiarse con la medicación, como la endometriosis.
- El mioma debe ser indoloro por medio de la palpación y el tacto.

La medicación hormonal está indicada como tratamiento definitivo en aquellas pacientes que además de reunir las condiciones expuestas para el tumor y los síntomas que ocasiona, tienen contraindicaciones quirúrgicas; las que están próximas a la menopausia y en aquellas que por su edad no deben ser castradas.

Mediante métodos auxiliares de diagnóstico se comprueba que la miomatosis tiene ciclos monofásicos y en consecuencia produce pseudohiperpolimenorrea, se prescribirá gestágeno, 10 mg diarios vía oral desde el 16o al 25o día del ciclo.

Los gestágenos o la asociación estrógeno-gestágeno, pero con mayor acción antagónica con los estrógenos endógenos, causa una disminución de los miomas, con la que torna más lento el desarrollo del tumor.

Cuando son administrados en un lapso prolongado, provoca involución del endometrio, cuya consecuencia es una reducción de la pérdida pseudomenstrual al suspender la medicación.

Los resultados de la terapia hormonal es bueno cuando se cumplen sus indicaciones, más del 85% de las pacientes tratadas logran una curación clínica.

1.8. Complicaciones

Miomas y embarazo; aunque no se sabe si los miomas en sí alteran o no la fertilidad, la miomectomía mejora la oportunidad de concebir en algunas mujeres, después de que se han excluido otras causas de esterilidad.

No se ha demostrado que los miomas aumenten la frecuencia de abortos tempranos.

Durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, los miomas pueden aumentar de tamaño debido al edema o a la

hemorragia y los cambios degenerativos conducen a dolor e - - hiperestesia localizada.

Durante el parto, los miomas producen inercia uterina, distosia fetal o bloqueo del conducto del parto.

Los miomas bloquean las contracciones uterinas eficaces, después del parto debe anticiparse la posibilidad de - - hemorragia puerperal.

Complicaciones en mujeres no embarazadas:

La complicación más frecuente de los miomas, es el - sangrado profuso del endometrio que provoca una anemia grave o choque hipovolémico.

Es menos frecuente la obstrucción urinaria o intestinal a causa de los miomas muy grandes o parásitos, y la transformación maligna es rara.

Precauciones:

Se debe utilizar con precaución los estrógenos en pacientes post menopáusicas con leiomiomas.

La dosis debe ser mínima necesaria para controlar -- los síntomas, el tamaño de los tumores se controla estrechamente con exámenes pélvicos cada seis meses.

I.9. Historia Natural de la Miomatosis Uterina.

Factores del agente: desconocidos, probable alteración de la hormona estrógenica.

Factores del huésped: se presenta en mujeres, en la 3a. y 4a. década de la vida, es más común en las mujeres de raza negra, hay mayor riesgo en las nulíparas.

Factores del medio ambiente: se da en todos los niveles socioeconómicos tanto en el medio urbano como en el rural y con escasos recursos para la atención médica.

Horizonte clínico:

Estímulo desencadenante: sangrado uterino anormal.

Cambios anatomofuncionales: tumores submucosos, se desarrollan debajo del endometrio y lo van desplazando a medida que aumentan de tamaño, son más propensos a producir hemorragias; los miomas intersticiales se encuentran en la pared muscular no muy cerca de la mucosa o serosa, cuando son de --

gran tamaño o múltiples dan lugar a un aumento del órgano y consistencia nodular notable; los tumores subserosos se desarrollan entre los repliegues del ligamento ancho, éstos llegan a comprimir los vasos ilíacos y el uréter.

Signos y síntomas: tumoración palpable, hipermenorrea, anemia, retención parcial o total de la orina, tenesmo, disuria, hemorroides, estreñimiento.

Limitación del daño: el daño se puede limitar mediante un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. El tratamiento es la histerectomía.

Invalidez o estado crónico: la paciente presentará esterilidad, incapacidad para embarazarse y probablemente estará alterada emocionalmente.

Los tumores causan la muerte cuando no hay un diagnóstico oportuno y se presente hiperpolimenorrea, la cual puede originar un choque hipovolémico.

Período prepatogénico.

Prevención primaria:

Promoción a la salud

Educación higiénica a la población

Orientación de la importancia de la visita periódica al médico.

Dieta nutritiva y balanceada

Adecuada ingestión de líquidos.

Protección específica:

Orientar a la población sobre el padecimiento y complicaciones.

Realizar exámenes médicos inmediatamente cuando el sangrado uterino sea abundante, cuando exista sangrado después de la menopausia, presencia de dolor pélvico y dificultad para la micción.

Realizar exámenes ginecológicos aproximadamente cada seis meses.

Período patogénico:

Prevención secundaria:

Diagnóstico y tratamiento oportuno. El diagnóstico se realiza mediante una historia clínica completa, valoración de signos y síntomas, realización de exámenes ginecológicos a pacientes mayores de 35 años de edad, hacer estudios comple--

mentarios de ultraecsonografía, medición del factor estrogénico, biopsia de endometrio y palpación bimanual en busca de útero distorsionado por una o más masas.

Tratamiento:

Curativo: histerectomía total o parcial

Paleativo: miomectomía

Hormonal: con acción estrogénica

No hormonal: uso de fisioterapia

Limitación del daño: el daño se puede limitar mediante la hormonoterapia, mientras los ovarios funcionan y en pacientes en las cuales no puede ser aceptable la cirugía por su edad, está contraindicada en pacientes próximas a la menopausia. Debe haber una vigilancia médica estrecha para descubrir tempranas recidivas malignas, vigilar la respuesta al tratamiento, dar fisioterapia a las pacientes mayores de 45 años.

Prevención terciaria:

Rehabilitación: la rehabilitación física inmediata para evitar flebitis, estreñimiento y retención urinaria.

Consejos y apoyo emocional y moral a pacientes sometidas a una histerectomía.

Reintegración de la paciente a la vida normal, tanto familiar social y laboral, lo más pronto posible y en las mejores condiciones.

2. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

2.1. Datos de identificación:

Nombre: A.P.J.; Servicio: Ginecología, sexo femenino, hospitalización piso unico; No. de cama: 50; Fecha de ingreso: 11-07-86; Edad: 43 años; Sexo femenino. Estado civil: Viuda. Escolaridad: Secundaria. Ocupación: Oficial Administrativo - religión: mormona: Nacionalidad: Mexicana. Lugar de residencia: Hidalgo

2.2. Nivel y condiciones de vida

Ambiente físico.

Habitación:

Características físicas: la habitación que ocupan -- ella, y tres de sus hijos y dos familiares consta de iluminación y ventilación suficiente; pues tiene ventanales grandes y puerta.

Tipo de construcción: está construida con tabique, el techo es de cemento y los pisos de loseta.

Número de habitaciones: la casa consta de cinco recámaras, la cocina, la sala y un baño, todas con venti-

lación e iluminación suficiente.

Animales domésticos: hay en la casa un perro vacunado frecuentemente contra la rabia, moquillo y hepatitis.

Servicios intradomiciliarios:

Agua: potable e intradomiciliaria.

Control de basura: el camión recolector de basura pasa a recogerla todos los días por la mañana, ella la va recolectando en bolsas de nylon y luego en botes.

Eliminación de desechos: cuenta con baño WC y drenaje.

Iluminación: es suficiente, todas las calles están debidamente alumbradas.

Pavimentación: Se cuenta con banquetas y carreteras - pavimentadas.

Vías de comunicación:

Teléfono: Cerca de su casa no hay teléfono público, - en su casa cuenta con uno.

Medios de transporte: el autobus urbano y los taxis.

Recursos para la salud: el H.G.Z., (I.M.S.S. C-8), - consultorios particulares y clínicas particulares.

Hábitos higiénicos:

Aseo: baño diario en regadera con cambio de ropa.

De manos: cada que es necesario y siempre después de ir al baño.

Bucal: cepillo de dientes después de cada comida.

Cambio de ropa personal: Se cambia de ropa total diario y si existe algún motivo lo hace dos veces.

Alimentación:

Desayuno: acostumbra a tomar un vaso de jugo antes de ir a su trabajo, y en su trabajo a las 8:30 am., una torta o fruta, pan de dulce y café.

Comida: a las 15:00 hrs. en su casa, sopa, guisado, postre y agua.

Cena: acostumbra cenar muy poco a las 21:00 hrs., un poco de leche o atole, pan y en raras ocasiones guisado de la comida.

Alimentos que originan:

Preferencia: pollo en cualquier guisado

Desagrado: calabazas.

Intolerancia: Hígado de res

Eliminación:

Vesical: al levantarse, tres o cuatro veces al día y al acostarse. Por lo general amarillo claro y sin molestias.

Intestinal: por las mañanas y ocasionalmente también al acostarse.

Descanso: de las 18 a las 19:30 mientras ve un rato - la televisión.

Sueño: acostumbra a acostarse a las 22:00 horas, refiere un sueño normal, tranquilo, se levanta a las -- 6:30 hrs. de la mañana.

Diversión y/o deportes:

Los sábados y domingos los ocupa para visitar a sus - familiares, en ocasiones van al cine y raras veces a

centros nocturnos. Los domingos va a la iglesia con sus hijos, comen juntos en casa y ven la televisión.

Estudio y/o trabajo:

Es auxiliar de oficinas del departamento de archivo - del hospital de zona.

Comprensión familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica.
Hijo	17 años	estudiante	-----
Hijo	15 años	estudiante	-----
Hijo	12 años	estudiante	-----

Dinámica familiar: lleva a una relación agradable con sus hijos la dinámica social es aceptable. Refiere tener amistades cerca de su casa y en su trabajo con quienes lleva una buena relación.

Comportamiento: la paciente refiere ser una persona - tratable y social, prefiere realizar labores manuales en su hogar que asistir a otros lugares. Piensa que - ha cambiado su comportamiento familiar a partir de su mal estado de salud.

Rutina cotidiana: se levanta entre las 5 y 6:30 de la mañana, prepara el jugo para ella y sus hijos, se arregla y se va a trabajar de 8:00 a 14:45 que es cuando sale, llega a su casa y hace de comer para ella y sus hijos, comen, arregla la cocina y su casa, mientras ve la televisión o escucha el radio, descansa, teje o lee, merienda, arregla la cocina y prepara su ropa para el otro día y se va a dormir.

2.3. Problema actual o padecimiento:

Problema o padecimiento por el que se presenta: lo inicia hace 7 años con dolores de espalda, que se hacen más intensos en abril de 1986, presentando lumbalgia, polimenorrea y leucorrea, siendo tratada por su médico familiar con dx de hemorragia uterina anormal, se realizaron una serie de estudios como Histerosalpingografía y Rx de abdomen, columna y pelvis, se pidió interconsulta con el servicio de traumatología quien sólo trató la lumbalgia con medidas higiénico dietéticas y relajantes musculares, regresa con su médico familiar quien la canaliza al servicio de ginecología por la persistencia de la leucorrea y polimenorrea, donde es diagnosticada como portadora de miomas uterinos y es programada para su tratamiento quirúrgico el 6 de julio de 86.

Antecedentes hereditarios y familiares: abuela materna; muerta, abuelo materno: muerto.

Abuelos paternos: abuela: viva hipertensa y cardiopata controlada, abuelo: muerto.

Padre: de 80 años aproximadamente en buen estado de salud.

Madre: de 75 años hipertensa desde hace 25 años, controlada.

Hermanos: una hermana de 50 años hipertensa en control.

Antecedentes personales patológicos: refiere tener cuadro de enfermedades propias de la infancia, cuadros gastroenterales 1-4 veces por año, así como cuadros gripales.

Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 14 años con un ritmo de 28 X 3; con dismenorrea, inicia vida sexual activa a los 25 años. Un compañero sexual. G.IV, P 111, A 111, C 0.

Control médico prenatal durante su primer embarazo,

fecha del parto el día 12-IV-1969; del cual se obtiene un producto único vivo, sexo masculino con peso - de 3,200 Kg.

1971 sexo masculino con peso de 3,300 Kg.

1974 " " con peso de 3,000 Kg.

Los abortos fueron provocados, no eran embarazos de-
seados.

Antecedentes quirúrgicos: Ninguno

Antecedentes alérgicos: Ninguno

Comprensión o comentario acerca del problema o pade-
cimiento: .

La paciente tenía información de su padecimiento desde antes que la operaran, consideró que no había mo-
tivo para sentirse angustiada o deprimida por la histerectomía, lo único que le preocupaba era la res- -
puesta de su organismo a la cirugía y la convalescencia.
cia.

Participación de la paciente y la familia en el diag-
nóstico: tratamiento y rehabilitación:

La participación de sus hijos fué aceptable, colabo-
raron para que se restableciera rápidamente con apoyo

moral.

2.4. Exploración física:

Cabeza: normocéfala, cabello normalmente implantado, un poco largo y quebradizo, sin problema de pediculosis. Oídos de altura simétrica y sin datos patológicos.

Cara: ovalada, ojos simétricos de color café claro, conjuntivas hidratadas, cejas simétricas; con vello tupido, nariz central sin datos patológicos.

Boca: labios delgados y pequeños, mucosa oral bien hidratada, dentadura completa, con presencia de algunas caries molares.

Cuello: de forma normal, no se palpan adenopatías ni tumefacciones.

Tórax: de forma normal, campos pulmonares limpios y bien ventilados, frecuencia cardíaca normal; 80 latidos por minuto.

Glándulas mamarias simétricas, poco desarrolladas y sin alteraciones, pezones formados sin salida de secreción.

Abdomen: Blando, doloroso a la palpación, presencia de herida quirúrgica en sínfisis del pubis por histerectomía en buen estado sin datos de infección.

Peristalsis intestinal presente y normal, no se palpan viceromegalias.

Genitales externos: normales con presencia de sonda foley, escaso sangrado transvaginal no fétido; orina aparentemente normal.

Extremidades: miembros superiores normales al igual que las manos y uñas. Miembros inferiores con presencia de venas ^{torc}torcósas, sin presencia de micosis en uñas.

Aspecto emocional: refiere no haber tenido temor a la intervención quirúrgica, ella confía en la Doctora que la operó y eso la hacia estar tranquila.

Medición, peso, talla: perímetro cefálico y torácico dentro de límites normales a la observación (sin medirlos), peso 60 kgs., talla 1,56 centímetros.

2.5. Datos Complementarios.

BIOMETRIA HEMATICA

FECHA	TIPO	CIFRAS NORMALES	PACIENTE	OBSERVA- CIONES.
6-07-86	Hemoglobina	12.8-17 g/dl	10.7	Bajo
	Hematócrito	40 - 52 ml/dl	37	Bajo
	C.M.H.G.	32 - 36 %	32	Normal
	Leucocitos	5 - 10 000 mm ³	6 200	Normal
	T. Coagulación	8 - 12 min.	7	Normal
	T. Protrombina	80 - 100 %	12 seg. 100%	Normal
	Plaquetas	150 000 - 400 000 mm ³	362 000	Normal

QUIMICA SANGUINEA

6-07-86	Glucosa	60 - 100 mg/dl	94,5	Normal
	Urea	16 - 35 mg/dl	28.1	Normal
	Creatinina	0.75-1.2 mg/dl	1.0	Normal

EXAMEN GENERAL DE ORINA

6-07-86	pH	6 (ácido)	5.0	Acido
	Densidad	1 003-1 035	1021	Normal
	Proteínas	Negativo	Huellas	Anormal
	Hemoglobina	Negativo	+++	Anormal
	Sedimento	- 100 leuc x campo	1-2 leu x campo	Normal

BIOMETRIA HEMATICA

8-07-86	Hemoglobina	12.8 - 17 g/dl	9.55	Baja
	Hematócrito	40 - 52 ml/dl	30	Bajo
	CMHG	32 - 36 %	32	Normal
	Leucocitos	5 000-10 000	6 800	Normal
	Linfocitos	24 38	23	Bajo
	Monocitos	4 - 9	0	Bajo
	Eosinófilos	1 - 4	0	Bajo
	Basófilos	0 - 1	0	Normal
	Segmentados	45 - 65	69	Alto
	Bandas	0 - 7	8	Alto

El análisis cuantitativo de distintas sustancias químicas que se pueden hallar en la sangre en circunstancias normales y anormales, le dan al médico valiosísimos indicios para el diagnóstico e información que contribuyen a la realización de un tratamiento adecuado.

Los carbohidratos tales como la glucosa, son necesarios en el organismo para la producción de energía y calor. - Se absorben en el intestino, pasando al torrente circulatorio y el exceso se almacena en el hígado en forma de glucógeno o se convierte en grasa visceral.

Cifras altas de glucosa en sangre se encuentran en - la Diabetes Mellitus, en la Pancreatitis, enfermedades infecciosas, en estados de tensión emocional muy acentuada y en algunas otras enfermedades.

La urea es un componente de la sangre que deriva del metabolismo de las proteínas en el hígado. La determinación - de este componente en la sangre resulta útil por constituir - un índice de la capacidad renal para excretar los productos - de desecho a partir de la sangre; suele aumentar en las nefropatías severas, temperaturas elevadas, quemaduras, insuficiencias cardíaca y en algunos otros padecimientos.

La creatina se excreta diariamente en forma constante, proveniente de la creatinina almacenada en los músculos, sirve como fuente de energía para el mecanismo de contracción.

La hemoglobina es producida en los glóbulos rojos en desarrollo (normoblastos). Está compuesta por el hem (una -- proteína responsable del transporte de anhídrido carbónico). El hematócrito representa el volumen porcentual ocupado por - Los glóbulos rojos acumulados después de centrifugar la sangre.

Como en la mayoría de los casos de anemia, el hematocrito llega por debajo de lo normal, puede utilizarse para el

diagnóstico de anemia. Su aumento se produce en condiciones -
tales como la deshidratación o ante la producción excesiva de
glóbulos rojos, en la policitemia severa.

El tiempo de tromboplastina parcial es una prueba --
que se utiliza como método sensible de detección, para lo - -
cual se utiliza una tromboplastina incompleta (parcial) y per
mite detectar todas las deficiencias salvo el factor VII y el
plaquetario.

El tiempo de protrombina es una prueba que mide la -
actividad de la protrombina, al mismo tiempo que los factores
I, V, VII y X.

El análisis de orina de rutina consiste habitualmen-
te en el examen del color, transparencia, la densidad, el p^H ,
proteínas, azúcar, acetona y cuerpos cetónicos cuando se halle
indicado, así como de las estructuras microscópicas.

La densidad revela la posibilidad del riñón de elimi
nar productos de desecho y de concentración de orina.

El p^H de la orina es el reflejo de la concentración
de iones hidrógeno, o sea, de su acidez, la orina es habitual
mente ácida. El p^H de la orina deberá determinarse en una - -
muestra fresca, puesto que el almacenamiento de la misma la -

torna más alcalina debido a la producción de amoníaco por acción bacteriana.

La presencia de glucosa en la orina es anormal. Se halla azúcar en la orina en los casos de Diabetes Mellitus no controlada, en algunas alteraciones hormonales, luego de la ingestión de grandes cantidades de azúcar, en alteraciones renales y en ciertos casos de stress. Durante el embarazo puede producirse una glucosuria temporal. El azúcar aparece en la orina una vez que ha sobrepasado el umbral renal. Este umbral suele ser de 160 a 180 mg.% de azúcar en sangre.

En el metabolismo de ayuno, o en la diabetes, los vómitos prolongados u otros trastornos, no se llega a completar la acción de las grasas. Esto produce la acumulación de los cuerpos cetónicos en la sangre (cetosis) con la consiguiente excreción, en cantidades significativas, en la orina (cetonuria).

Los vestigios de proteínas en la orina son demasiado pequeños como para ser detectados en las pruebas habituales. En las afecciones renales, en una amplia variedad de afecciones circulatorias y en los estados febriles, así como debido al uso de determinadas drogas, se produce una proteinuria significativa.

La orina que se ha eliminado en las primeras horas - de la tarde o pocas horas después de la comida, contendrá albúmina con mayor facilidad, razón para recomendar la obtención de muestras frescas en la mañana.

El sedimento urinario está formado por partículas sólidas y elementos formes; puede ser de dos tipos: organizado, que es el más importante, y desorganizado. El primero incluye células, cilindros, bacterias, parásitos, levaduras y hongos. El sedimento desorganizado incluye cristales y material amorfo. En el sedimento organizado no es normal que se encuentren glóbulos rojos en el sexo masculino. En las mujeres pueden ser de origen menstrual.

Algunas de las causas de hematuria son por enfermedades infecciosas, inflamaciones, traumatismos, cálculos, drogas e infecciones de las vías urinarias.

Los leucocitos no deben encontrarse en número mayor de 1 por campo de gran aumento en hombres, o de 1 a 5 por campo de gran aumento en mujeres y niños. Cantidades mayores son índice de inflamación.

Los cilindros no se encuentran habitualmente en número significativo en la orina normal. Su número es muy pequeño en individuos normales. Los cilindros se disuelven rápidamente

en la orina alcalina, de ahí la necesidad de examinar las --- muestras en estado fresco antes de producirse la contamina-- ción bacteriana.

2.2. Diagnóstico de Enfermería.

Paciente femenino adulto, viuda, auxiliar universal de oficinas, nivel socio económico medio alto, religión mormo na, con problemas de salud desde 1979 con lumbalgia de media- no esfuerzo tolerable que le permitía realizar las activida-- des diarias, el dolor lo controlaba con analgésicos, en abril del presente año se intensifica la lumbalgia, aunándose poli- menorrea y leucorrea. Se realiza Histesalpingografía que re- vela cavidad uterina grande y deformada, Rx de columna y pél- vis indican que existe compresión de elementos vasculares y - de nervios. La biopsia de endometrio indica fragmentos de te- jido de color blanco grisáceo y aspecto esponjoso, consisten- cia blanca, endometrio totoliferativo y le diagnostican mioma tosis uterina.

Se programa para tratamiento quirúrgico previa valo- ración cardiaca, de anestesia y exámenes preoperatorios, en-- contrándose las cifras de Hemoglobina bajas.

Se le realiza Histerectomía total abdominal presen-- tando en el transoperatorio sangrado profuso por lesión de ra

ma uterina, ocasionando choque hipovolémico, controlado inmediatamente con sangre fresca y expansores del plasma.

Deja la sala de operaciones con T/A estable 110/60 y buena coloración de tegumentos.

Ocho horas después de la cirugía se encuentra paciente en cama, bien conformada, orientada en tiempo, espacio y lugar, inquieta con facies de dolor, ligera palidez de tegumentos +, mucosas orales con deshidratación moderada, signos vitales P-80x', R-22X', T-36°C, T/A 100/60, con venoclisis permeable en miembro superior derecho con solución glucosada 5% 1000 ml + 20 Meq. KCL, herida quirúrgica suprapúbica sin datos de sangrado, cubierta con apósito limpio. Dolor de la herida quirúrgica a la palpación. Sonda de Foley drena orina de características aparentemente normales. Sangrado transvaginal escaso, peristalsis disminuida. Miembros inferiores con vendaje hasta tercio medio de muslo sin edema.

3. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre de la paciente: A. P. J.

Fecha de ingreso: 6-VII-86

Sexo: Femenino

Edad: 43 años

Servicio: Ginecología

Cama: 51

Diagnóstico Médico: Miomatosis uterina.

Diagnóstico de Enfermería:

Femenino adulto, viuda, auxiliar universal de oficinas, nivel socio económico medio alto, religión mormona, con problemas de salud desde 1979, con lumbalgia de mediano esfuerzo, tolerable, que le permitía realizar las actividades diarias, el dolor lo controlaba con analgésicos sin que éste desapareciera, en abril del presente año se intensifica la lumbalgia, aunandose polimenorrea y leucorrea. Se realiza histerosalpingografía que revela cavidad uterina grande y deformada, la radiografía de columna y pelvis indican que existe compresión de elementos vasculares y de nervios. La biopsia de endometrio indica la existencia de fragmentos de tejido de color blanco-grisáceo y aspecto esponjoso, consistencia blanda, endometrio totoliferativo, por lo que le diagnostican miomas uterinos.

Se programa para tratamiento quirúrgico previa valoración cardiaca, de anestesia y exámenes preoperatorios, encontrándose las cifras de Hemoglobina bajas.

Se realiza histerectomía total abdominal presentando en el transoperatorio sangrado profuso por lesión de la rama uterina, ocasionando choque hipovolémico, controlándose inmediatamente con sangre fresca y expansores del plasma.

Deja la sala de operaciones con T/A estable 110/60 y ligera palidez de tegumentos.

Ocho horas después de la cirugía se encuentra paciente en cama, bien conformada, orientada en tiempo, espacio y lugar, inquieta, con facies de dolor, ligera palidez de tegumentos +, mucosas orales subhidratadas, signos vitales P-80X', -- R-22X' T-36°C, T/A 100/60, con venoclisis permeable en miembro superior derecho con solución glucosada 5% 1000 ml + 20 Meq. - de KCL, abdomen con peristalsis disminuida, herida quirúrgica suprapúbica sin datos de sangrado, apósito limpio, dolor ligero a la palpación, Sonda de foley permeable, drenando orina de características aparentemente normales, sangrado transvaginal escaso. Miembros inferiores con vendaje hasta tercio medio de muslo sin edema.

Presenta vómito de contenido gástrico.

Objetivo general:

Restablecer la función del organismo por medio de la planeación y ejecución de los cuidados de enfermería, basados en conocimientos científicos para superar la etapa crítica de la paciente en el menor tiempo posible.

Objetivos específicos:

Orientar a la paciente y a sus hijos sobre los cuidados y el tratamiento para su padecimiento.

Proporcionar a la paciente una preparación física y psicológica específica, para que llegue a la cirugía en las mejores condiciones posibles.

Proporcionar a la paciente cuidados de enfermería que permitan reincorporarla lo más pronto posible a su medio ambiente y a su núcleo familiar y social.

Desarrollo del plan:

Problema:

Polimenorrea, leucorrea, lumbalgia

Manifestaciones clínicas del problema:

Sangrado trans vaginal uterino frecuente que ocurre a intervalos menores de 22 días.

Secreción trans vaginal de color claro no abundante.

Dolor constante en la región lumbar.

Razón científica del problema:

El sangrado trans vaginal se ve aumentado con el estrogenismo existente por lesiones ováricas que actúan sobre el endometrio originando hiperplasia, con dilatación de la cavidad uterina que favorece el aumento de la superficie endometrial.

Cuando el miometrio se torna duro existe poca capacidad para regular el flujo sanguíneo de los vasos que lo atraviesan, el tumor actúa como cuerpo extraño que impide una contracción uniforme.

El escurrimiento genital anormal no sanguinolento se presenta condicionado por el agrandamiento de la cavidad uterina, el estrogenismo persistente, la inflamación y la congestión por los miomas uterinos.

Al haber compresión o dislocación de los elementos anatómicos por los miomas cuando se bloquea el flujo sanguíneo

hacia alguna parte del organismo el tejido isquémico produce - dolor.

Acciones de enfermería:

Reposo relativo

Cuantificación del sangrado

Aseo vaginal

Ministración de analgésicos ácido acetil salicílico -
500 mg. V.O. c/8 hrs.

Ministración de antiinflamatorios 250 mg. V.O. c/6 h.

Toma de exudado cérvico vaginal

Aplicación de calor local.

Razón científica de las acciones:

La disminución de la actividad física evita la compresión excesiva de los vasos pélvicos, y evita el escurrimiento sanguíneo por acción de la gravedad.

La cantidad de sangrado expulsado proveniente del útero nos indica la cantidad de líquidos que se deben reponer para evitar choque o anemia.

El aseo vaginal frecuente con agua y jabón disminuye los microbios causantes de procesos inflamatorios y evitan el mal olor.

El ácido salicílico o ácido o-hidroxibenzoico es un compuesto orgánico simple que ejerce notable efecto analgésico en el hombre. El efecto analgésico de los salicilatos suele admitirse que resulta de una acción sobre el sistema nervioso central.

El naxén es un medicamento antiinflamatorio no hormonal, disminuye las molestias articulares.

El exudado cervice vaginal detecta oportunamente células malignas en cuello y útero, investigando el agente microbiano causante del proceso inflamatorio, para evitar la propagación y aplicar oportunamente el tratamiento adecuado.

El calor local disminuye el dolor en los procesos inflamatorios, aumentando la circulación sanguínea en la región lumbar.

Evaluación:

El reposo ha disminuido un poco el sangrado, pero éste no deja de existir.

El sangrado presente no es abundante ni mayor de 60 cc por lo que no existe el peligro de un choque.

Con aseos vaginales se disminuyó el mal olor.

Con los analgésicos y antiinflamatorios el dolor ha disminuido pero no se ha logrado que desaparezca.

El resultado o reporte de la biopsia tomada indica -- fragmentos de tejido blanco grisáceo de aspecto esponjoso, con sistencia blanda, endometrio totoliferativo.

El resultado de la histerosalpingagrafia revela la cavidad uterina grande y deformada, lo que sugiere un tratamiento quirúrgico.

Problema: Precirugía

Adminisión de la paciente en el servicio de urgencias.

Manifestaciones clínicas del problema:

Crecimiento uterino anormal, cavidad uterina grande y deformada.

Razón científica del problema:

Todo paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica necesita de una preparación física y psicológica. - Las pacientes programadas para histerectomía ingresan tres - - horas antes de la cirugía para ser preparadas.

Acciones de enfermería:

Dar la bienvenida a la paciente

Indicar a la paciente que es necesario el cambio de -
ropa de calle por la del hospital.

Registrar los signos vitales, peso y talla

Revisar que estén completos y actualizados los estu--
dios de laboratorio y gabinete.

Identificación de la paciente por medio de pulseras.

Corroborar el ayuno desde las 22 horas del día ante--
rior.

Preparación física, tricotomía, sonda foley y venopun-
ción.

Razón científica de las acciones:

Cuando una paciente ingresa a un hospital para ser --
operada, entra a un medio extraño y desconocido, cuando la en-
fermera se presenta debe inspirar confianza y seguridad.

La relación enfermera paciente disminuye la tensión -
de las personas para que éstas puedan tener más confianza y no
se sientan solas.

Se considera que la ropa del hospital se encuentra me-
nos contaminada ya que es lavada cuidadosamente. Asimismo, evi-

ta la distinción de clases sociales entre las personas.

El registro de los signos vitales antes de la cirugía nos van a servir de parámetro con las cifras transoperatorias y posoperatorias.

Es de gran importancia que los exámenes de laboratorio y gabinete estén o sean recientes, ya que de esta forma se puede actuar inmediatamente ante cualquier problema que pudiera presentarse durante el transoperatorio.

La pulsera lleva todos los datos personales de la paciente como nombre, no. de afiliación, edad, sexo y fecha de ingreso, para identificarla en cualquier momento.

El ayuno de la paciente es con el objeto de vaciar el estomago y mantenerlo libre para evitar la aspiración de material gástrico en los pulmones o paso hacia la tráquea y los bronquios (bronco aspiración) mientras el paciente se encuentra anestesiado.

En caso de no encontrarse la paciente ayuno se suspenderá la cirugía hasta después de 4 horas.

Se notifica al anéstiólogo y al ginecólogo y se mantiene en ayuno.

Toda paciente que va a ser sometida a una cirugía abdominal debe ser preparada con tricotomía abdominopúbica, desde la altura del pezón hasta el tercio superior de los muslos incluyendo los genitales.

Los vellos actúan como cuerpo extraño en una herida o cavidad haciendo posible la infección.

El objetivo del aseo preoperatorio de la piel es limpiarla y eliminar las bacterias.

Con el propósito de drenar la vejiga continuamente, evitar distensión vesical y el riesgo de traumatizar a la vejiga durante la cirugía es necesario colocar una sonda foley, --previa asepsia y antisepsia, para impedir ascenso de bacterias productoras de infección. Se mantiene permeable una vía de entrada al torrente circulatorio.

Evaluación:

Después de haber hablado con la paciente y darle la bienvenida se sintió más tranquila.

Aceptó el uso de la bata del hospital.

Las cifras de los signos vitales se encontraron dentro de lo normal, así como los resultados de laboratorio y gabinete.

Se llevó a cabo la preparación física de la paciente con la participación y cooperación de ella.

Problema: Ansiedad

Manifestación del problema:

Temor a la muerte.

Razón científica del problema:

Todo ser humano experimenta temor a lo desconocido, - inseguridad frente a un peligro imaginario o real,

La ansiedad es variable según las personas y las circunstancias y está más presente en la precirugía.

Las ideas exageradas y falsas con respecto al riesgo quirúrgico son motivos de temor a la anestesia, en ocasiones - la paciente pensó que quizá no pudiera recuperarse de la anestesia ocasionando con ello la muerte.

Acciones de enfermería:

Establecer una comunicación directa con la paciente.

Brindar un ambiente confortable

Orientar a la paciente sobre la cirugía

Preparar psicológicamente antes de cualquier procedimiento.

Tranquilizarla y brindarle apoyo emocional

Razón científica de las acciones de enfermería.

El hecho de dejar hablar a la paciente abre el camino hacia la comprensión del tratamiento y del problema, disminuyendo sus temores.

Al establecer una comunicación directa con la paciente, evitando interrumpirla cuando empieza a hablar crea un ambiente de seguridad.

El mantener a la paciente informada o instruida acerca de su estado, reduce el miedo a lo desconocido y ayuda a dirigir su atención hacia otras formas de solución del problema para conseguir alivio.

La realización de los procedimientos preoperatorios se llevan a cabo y sin problemas cuando la paciente está enterada de ellos, logrando que ella se sienta más segura, menos tensa y sin miedo.

Las pacientes que están extraordinariamente tensas y angustiadas responden mal a la cirugía, y están propensas a complicaciones como paro cardíaco y choque irreversible.

Es de gran importancia orientar a la paciente sobre la seguridad de los anestésicos modernos y la falta de trastornos después de su empleo, para disipar sus temores.

Evaluación:

Después de hablar con la paciente ampliamente y explicado los procedimientos previos, se fue tranquilizando poco a poco.

Problema: Traslado a la unidad quirúrgica

Manifestaciones del problema:

Preparación física

Acciones de enfermería:

Registrar signos vitales y anotarlos en la hoja correspondiente.

Vestir quirúrgicamente a la paciente

Trasladar a la paciente a la sala de operaciones

Fundamentación científica de las acciones de enfermería.

Se checarán nuevamente los signos vitales antes de -- trasladarla al quirófano para saber si no existe ninguna alteración en las cifras y como parámetro para el trasoperatorio.

El uso de capelina es de gran importancia para evitar que el cabello llegara a volar y pudiera contaminar el area -- quirúrgica.

Se mantendrán los miembros pélvicos protegidos con -- compresas o vendas para mantener la temperatura del cuerpo y - favorecer el retorno venoso.

La enfermera debe acompañar al paciente hasta el quirófano y entregarlo ahí a la enfermera responsable, con todas las anotaciones correspondientes, y expediente con exámenes de laboratorio completos y firma de autorización de cirugía, para evitar posibles problemas.

Evaluación:

La paciente se preparó portunamente y se trasladó al área de quirófano sin ningún contratiempo.

Problema: Miomatosis Uterina

Manifestaciones del problema:

Utero aumentado de tamaño

Cavidad uterina deformada

Razón científica del problema:

El útero se encuentra agrandado y deformado en su superficie por contener múltiples nódulos de varios tamaños de tejido fibroso y muscular, motivo por el cual se ha presentado la polimenorrea, la leucorrea y la lumbalgia.

Si se extirpa el útero la sintomatología no va a desaparecer ocasionando con esto un desequilibrio físico y biológico en la paciente.

Los miomas son tumores benignos que se originan de tejido muscular, pueden ser únicos y múltiples, su tamaño varía desde microscópicos hasta muy grandes.

Los miomas constituyen el tumor ginecológico más común, se localiza aproximadamente en el 20% de la población femenina.

El 98% de los miomas se localizan en el cuerpo uterino, y el 2% en el cuello, pudiendo aparecer en la vagina, vulva, trompas de falopio, ligamentos redondos y ligamentos uterinos sacros.

Por su localización en las capas del útero reciben su nombre, Intramurales, se localizan dentro de las paredes del útero, dando un aumento del tamaño del útero.

Submucosos, se localizan inmediatamente por debajo -- del endometrio.

Subserosos, estos tumores crecen hacia la cavidad peritoneal y producen abultamiento en la superficie peritoneal - del útero.

Acciones de enfermería:

Recepción de la paciente

Identificación de la paciente, verificando la preparación física.

Recibir el expediente completo con exámenes preoperatorios recientes y pruebas cruzadas para solicitar la unidad de sangre.

Participar en el acto quirúrgico

Colocar a la paciente en la mesa de operaciones

Realizar funciones de enfermera instrumentista

Realizar funciones de enfermera circulante

Razón científica de las acciones:

Asegurarse que se trata de la paciente programada para la cirugía verificando los datos de identificación con su -

pulsera y el expediente en la hoja de programación quirúrgica.

Corroborar la preparación física de la paciente antes de pasarla al quirófano para no atrasar la cirugía.

Los exámenes de laboratorio recientes nos informan sobre las condiciones de la paciente así como el tipo de sangre que es y la existencia de las unidades de sangre que se emplean en caso de sangrado abundante.

Se coloca a la paciente en la mesa de operaciones en posición de decúbito dorsal para el acto quirúrgico y la anestesia general; esta posición se emplea para mantener en buen alineamiento del cuerpo, evita contracturas y favorece el descanso, es de igual importancia porque la cirugía es en la región anterior.

La enfermera instrumentista es personal del quirófano altamente capacitado que colabora con el cirujano durante la operación anticipando el material requerido en la cirugía. Se encuentra familiarizada con el procedimiento que se va a realizar y con los materiales y equipos que se necesitan.

Como miembro del equipo de cirugía, la instrumentista debe estar vestida, cepillada y con batas y guantes estériles,

se encarga de arreglar los instrumentos en la mesa de Mayo, au
xilia al cirujano y al ayudante a colocarse las batas y los --
guantes, proporciona las ropas quirúrgicas para ser colocados
en la zona operatoria para dar inicio.

La enfermera circulante es responsable de todo el fun
cionamiento del quirófano antes, durante y después del procedi
miento quirúrgico, debe asegurarse de que se conserva la este
rilidad en todo momento, se encarga de preparar la sala de ope
raciones, ayudar a la instrumentista, cuidar al paciente antes
y después de llevarlo al quirófano, ayuda al anesthesiólogo, co
loca al paciente y prepara el sitio operatorio, ayuda al equi
po de la cirugía a vestirse la bata, proporciona el material -
no previsto a la instrumentista, se encuentra en todo momento
atenta y cuidadosa para la indicación mas mínima, ella es - -
quien proporciona la cuenta de gasas, compresas e instrumental
que ha salido del área quirúrgica.

Evaluación.

La preparación de la sala para el acto quirúrgico, --
así como la coordinación del personal al desarrollar sus fun--
ciones evitó riesgos.

Problema: Histerectomía

Manifestación del problema:

Extirpación total o parcial del útero por vía abdominal.

Razón científica del problema:

La histerectomía total abdominal es una operación que se realiza a consecuencia de miomas voluminosos, es el tratamiento definitivo que permite una curación radical, indicada en mujeres mayores de 45 años con miomas voluminosos.

La técnica varía por la presencia de varios miomas o que sean demasiado voluminosos.

Se inicia el acto quirúrgico con la incisión de Pfa -- nnesteil, o estética a nivel de la región suprapúbica, se inci de la grasa, hasta descubrir la aponeurosis abdominal, y poste riormente a la fascia peritoneal.

Se aísla el útero y los anexos por medio de compresas de vientre y del separador y las valvas de Sullivan.

Se tracciona el fondo uterino con histerolavo o artificio es decir, punto con seda gruesa al fondo uterino.

Ligadura y corte de ambos ligamentos redondos, con disección del ligamento ancho en su cara anterior y posterior, - hasta dejar visible el infundíbulo pélvico en caso de oforectomía.

Disección del peritoneo visceral hasta el reflujo vesical en la cara anterior y hasta el nivel de los uterosacros en su cara posterior.

Pinzamiento, corte y ligadura de los vasos uterinos y nivel ístmico en su región más próxima al útero, teniendo cuidado de no lesionar los ureteres.

Apertura de la fascia endopélvica anterior y poste -- rior, para efectuar el pinzamiento, corte y ligadura primera -- mente de los ligamentos cardinales o de Mackenrodt y segundo - los ligamentos uterosacros ligados con material absorbible.

La arteria uterina y sus ramas pasan a través de los ligamentos anchos hasta el cuerpo de la matriz y hasta el cuello. Las estructuras vasculares son cuidadosamente tomadas con pinzas, seccionadas y ligadas.

La capa peritoneal, situada encima de la vejiga es se -- parada de la cara superior del cuello y la vagina para exponer la pared superior de ésta.

La extracción de la pieza uterina se hace con técnica cerrada o de vagina ocluida y/o técnica abierta o de vagina visible, de manera que sea completamente extirpado el útero.

Los ligamentos redondos, previamente seccionados, son suturados para que actúen como mecanismos de sostén para la vagina que ha quedado en su lugar.

El peritoneo que cubre la vejiga y el que se encuentra en las paredes laterales de la pelvis son reunidos para completar la reperitonización o cubierta del piso de la pelvis.

Se verifica la hemostasia, lavado de la cavidad peritoneal y cierre de la pared músculo dérmica.

Acciones de enfermería:

Realizar hoja de enfermería del transoperatorio

Razón científica de las acciones:

El registro de los datos personales de la paciente, así como la cirugía que se efectúa, identificación del personal médico que participa, tipo de anestesia, hora de inicio y terminación del acto quirúrgico se llevan a cabo para conocer el record de trabajo y justificar el uso de equipo y material.

La enfermera debe anotar en su hoja desde el ingreso de la paciente hasta el final de la cirugía, describiendo lo sucedido en el transoperatorio.

Evaluación:

Se realizan las anotaciones indicadas y se llevan registros.

Problema: Transoperatorio
Choque hipovolémico

Manifestación del problema:

Hemorragia, Hipotensión, pulso rápido y filiforme, -- respiraciones rápidas y superficiales.

Fundamentación científica del problema:

La disminución del volumen de líquido intravascular y el compartimiento vascular, reducen el retorno venoso, el gasto cardíaco y la presión arterial.

La hipotensión y la irrigación disminuida a los tejidos, con la hipoxia acompañante, estimulan mecanismos compresores.

Aparece una vasoconstricción selectiva refleja y se produce un aumento de la frecuencia del pulso por estimulación de presorreceptores aórticos y carotídeos.

La depresión del centro respiratorio del bulbo raquídeo causa respiraciones más lentas, superficiales y posiblemente irregulares.

La hipotensión arterial causa una disminución de la presión para la filtración glomerular renal con disminución de la filtración urinaria.

Si la pérdida de volumen continúa, los mecanismos compensatorios del organismo pierden su efectividad, dando por resultado lesión de órganos vitales, como el corazón, el cerebro, y el riñón, y un mal pronóstico.

Acciones de enfermería:

Colaborar en las medidas de tratamiento

Reposición de líquidos

Vigilar signos vitales

Vigilar diuresis

Instalar catéter de Presión Venosa Central (PVC)

Razón científica de las acciones:

El anestesiólogo es el primero en darse cuenta de las alteraciones en los signos vitales por lo que es el quien indica que se revisen las hemostasias y cese el sangrado.

La enfermera circulante colabora directamente con el anestesiólogo en la transfusión sanguínea y los expansores del plasma para la reposición de líquidos y favorecer la homeostasia.

Cuando la pérdida de sangre es de 20 por 100 o más -- del volumen sanguíneo total, es necesario una rápida sustitución por medio de una transfusión sanguínea.

La transfusión sanguínea aumenta rápidamente el volumen circulante total del organismo y el número de eritrocitos para transportar oxígeno.

Los expansores del plasma favorecen el equilibrio hidroelectrolítico mejorando el estado de la paciente.

Los signos vitales se encuentran alterados durante la pérdida de sangre, al disminuir el volumen sanguíneo disminuye la presión arterial y el pulso.

El aumento de líquidos en el organismo mejora las cifras tensionales y por lo tanto la respiración y el pulso.

Checarlos constantemente nos da la oportunidad de valorar si mejoran las condiciones de la paciente con la transfusión sanguínea y los expansores del plasma.

Verificando la producción de orina sabremos si existe datos de lesión renal, la producción menor de 30 ml de orina por hora debe ser notificada inmediatamente para iniciar el tratamiento de perfusión renal y evitar la retención de orina.

La presión venosa central es la presión de la sangre en la aurícula derecha o la vena cava, sirve para distinguir las relaciones entre las variables hemodinámicas en el choque, el retorno venoso, la calidad de la impulsión y el tono vascular.

La presión venosa central normal es de 0 a 4 cm de agua en la aurícula derecha y de 6 a 12 cm en la vena cava, con un punto de referencia en la línea media.

Se vigila la presión venosa central (PVC) para averiguar si la paciente se beneficia o no de la expansión de volumen.

Evaluación:

Las medidas llevadas a cabo durante el transoperatorio en el choque hipovolémico mejoraron las condiciones de la paciente y sus cifras tensionales 100/70, existiendo una buena diuresis.

Problema: Posoperatorio Inmediato

Manifestación del problema:

Herida quirúrgica.

Razón científica del problema:

El posoperatorio inmediato inicia desde la colocación del apósito sobre la herida quirúrgica hasta la recuperación total del estado de conciencia y la estabilización de los signos vitales.

Acciones de enfermería:

Recepción de la paciente en la sala de recuperación

Vigilar estado de conciencia y recuperación anestésica.

Mantener vías aéreas permeables

Mantener vena permeable

Toma de signos vitales

Vigilar datos de sangrado

Observar características de orina

Envío a hospital

Administrar analgésicos oportunamente dipirona 2 gr.

IV. D.U.

Razón científica de las acciones:

La sala de recuperación se encuentra cerca del quirófano, con el equipo y material necesario para proporcionar cuidados óptimos, con personal de altos conocimientos.

Es de vital importancia conocer las condiciones en las que llega el paciente, la hora y el tipo de operación realizada.

La exploración de la paciente se realiza en forma rápida con el objeto de conocer el estado de conciencia.

Es necesario protegerla de golpes o caídas al ir recuperándose de la anestesia.

La inconsciencia es producida por la administración de anestésicos, y la recuperación de la conciencia dependen de la eliminación de ellos.

La aspiración de secreciones se lleva a cabo para impedir la obstrucción de las vías respiratorias.

Se extiende la cabeza de la paciente para facilitar la respiración con la cánula orofaríngea, la cual es expulsada por la lengua de la paciente al recuperarse de la anestesia.

Una vía de acceso al torrente circulatorio facilita la introducción de líquidos en el momento necesario.

La presión arterial y la velocidad del pulso deben compararse con los registros transoperatorios y posoperatorios.

Los factores que se consideran en la valoración de los signos vitales comprenden los efectos de la anestesia y la pérdida de sangre y líquidos durante la operación.

Los signos vitales se registran cada 15 minutos durante la primera hora, extendiendo los intervalos progresivamente a cada media hora hasta que se encuentren estables.

Observar los apósitos cada 15 minutos para detectar oportunamente sangrados en la herida quirúrgica y notificar inmediatamente al médico y al anesthesiólogo.

La observación de las características de la orina y la cantidad eliminada cada hora no debe ser menor de 30 ml, es necesaria para asegurar el funcionamiento adecuado de los riñones.

La administración oportuna de los analgésicos para aliviar el dolor producido por el traumatismo quirúrgico son indicados por el médico y se aplican cuando el paciente refiere molestias en la herida quirúrgica.

Los analgésicos tienen acción deprimiendo el sistema nervioso central y sobre las vías corticotalámicas y zonas receptoras del cerebro causando una reducción en la sensación del dolor.

Evita los problemas pulmonares por disminución de los movimientos diafragmáticos y el choque por dolor.

Una vez que la paciente se ha recuperado de la anestesia, y sus signos vitales se encuentran estables es enviada al hospital para continuar los cuidados post operatorios mediatos.

Evaluación:

La eficiente atención brindada en la sala de recuperación disminuye las complicaciones durante el estado de incon-

ciencia de la paciente.

Hubo permeabilidad en las vías respiratorias y en el torrente sanguíneo mejorando las condiciones del paciente.

Se llevó el control de los signos vitales sin que -- existiera alteración durante la recuperación.

No existió presencia de sangrado.

La cantidad y las características de la orina fueron aparentemente normales.

Con la administración de los analgésicos disminuyó el dolor haciendose tolerable.

Ingresa la paciente a hospital, donde se le asigna -- una cama y se proporcionan cuidados posoperatorios mediatos.

Problema: Posoperatorio Mediato Anemia

Manifestaciones:

Palidez de tegumentos.

Razón científica del problema:

La disminución en la cantidad de eritrocitos secundarios al sangrado, causa una baja en los niveles de hemoglobina,

los cuales son responsables de la coloración de tegumentos.

El color sonrosado de la piel normal depende de la -- presencia de sangre en los vasos sanguíneos superficiales, al disminuir el riesgo sanguíneo aparece palidez por vasoconstricción superficial.

Acciones de enfermería:

Observar la coloración de los lechos ungueales, con--
juntiva, labios, boca y piel.

Determinar el grado de palidez que presenta la paciente
te avisando oportunamente al médico en caso de alteración.

Ministración de hierro dextran 100 Mg, IM c/3er, día.

Razón científica de las acciones:

La palidez se manifiesta al examinar la piel, existi--
endo una gran variabilidad en el color cutáneo por diferencias
individuales, en el tamaño y profundidad de la superficie, de
los vasos sanguíneos cutáneos pequeños.

El grado de palidez indica la evolución del padeci--
miento, y determina una pauta para el tratamiento adecuado.

Se aporta el organismo hierro elemental para iniciar inmediatamente la síntesis de hemoglobina, absorbiéndose rápida y totalmente en forma apta para ser transportado por el plasma y ser aprovechado.

Corrige anemias, es bien tolerado y no incrementa el trabajo renal por eliminación inadecuada.

Evaluación:

Hay mejoría en la coloración de la piel.

Problema: Deshidratación moderada

Manifestación del problema:

Mucosas orales secas

Razón científica del problema:

Al disminuir la cantidad de líquidos como agua y sangre en los tejidos del cuerpo hay una deshidratación.

La sequedad de la membrana mucosa bucal y faríngea es tan dada por la reducción del volumen intravascular, con se cuencia de la hemorragia.

Acciones de enfermería:

Administración de soluciones parenterales, solución - glucosada al 5% de 1000 ml + 20 Meq de KCL, Solución Mixta de 1000 ml + 20 Meq de KCl.

Proporcionar líquidos por vía oral

Vigilar PVC. (presión venosa central)

Aseo de mucosas orales

Razón científica de las acciones:

La necesidad de restaurar la deshidratación es urgente para mejorar el metabolismo, la circulación y la función renal normales.

Se usa la infusión intravenosa de líquidos gota a gota a través de una vena al torrente circulatorio para restablecer rápidamente un equilibrio satisfactorio en el organismo.

Los electrolitos son importantes para el mantenimiento y distribución del volumen extracelular e intracelular.

El K potasio desempeña una parte importante en la conducción de impulsos nerviosos, contracción muscular, acción enzimática y funcionamiento de la membrana celular.

Los electrólitos son vitales para mantener el equilibrio acidobásico y también son indispensables para transmitir la energía eléctrica dentro del organismo.

El iniciar los líquidos por vía oral contribuye a regular el agua y los electrólitos del paciente reduciendo la necesidad de una terapéutica intravenosa prolongada.

Las cifras de la toma de la presión venosa central -- dentro de lo normal nos indican que se encuentra compensada la pérdida de volumen dentro del organismo.

Brindar a la paciente cuidados higiénicos de las mucosas orales evitando las grietas en los labios y el mal olor -- con el uso de agua, bicarbonato de sodio y cremas lubricantes.

Evaluación:

Se logra mantener a la paciente hidratada con las soluciones parenterales, las cuales se suspenden a los 3 días de post operada.

Las mucosas orales se encuentran húmedas y lubricadas sin peligro de que puedan sufrir lesiones con el aseo y la ingesta de líquidos.

Se logra la hemeostasia con la introducción de líquidos por vía parenteral y oral, por lo que se decide retirar el catéter de PVC.

Problema: Vómito

Manifestación del problema:

Expulsión súbita y forzada a través de la boca, del contenido gástrico.

Razón científica del problema:

El vómito es la expulsión brusca del contenido gástrico a través del esófago y la boca. El estómago, el esfínter --cardíaco y el esófago se relajan y las contracciones enérgicas de los músculos abdominales provocan la eyección del contenido gástrico.

El centro del vómito, que se localiza en el bulbo raquídeo se estimula por impulsos aferentes provenientes del estómago como irritación o sobredistensión.

La cirugía podría ser el factor causal del vómito, --cuando se rechazan los intestinos y el estómago en la intervención quirúrgica.

Acciones de enfermería:

Mantener a la paciente en ayuno

Ministración de 20 mg de Difenidol IV c/8 horas

Razón científica de las acciones:

El ayuno se prescribe con el propósito de permitir -- que el estómago se relaje, mientras se mantiene el ayuno temporal es necesario alimentar al paciente por vía intravenosa, -- proporcionándole los requerimientos necesarios.

El difenidol es un antiemético, disminuye e inhibe la zona quimiorreceptora que controla la náusea y el vómito, ministrado en el momento preciso evita el proceso nauseoso y por lo tanto del vómito.

Evaluación:

Disminuyó el reflejo nauseoso y el vómito ya no se -- presentó, sólo fue necesario aplicar tres dosis de antiemético.

Problema: Herida quirúrgica

Manifestaciones del problema:

^{15/10/57}
Iniciación suprapúbica o de Pfannesteil

Razón científica del problema:

Es una incisión estética, pues la cicatriz queda cubierta por el vello pubiano, se encuentra en la región suprapúbica.

Acciones de enfermería:

Vigilar presencia de sangrado de herida quirúrgica en el apósito.

Cambio de apósito

Curación de herida quirúrgica

Colocar vendaje abdominal

Razón científica de las acciones:

Detectar oportunamente presencia de sangrado en la herida quirúrgica que haya resultado de una ligadura deslizada o por abertura de vasos cerrados anteriormente o desplazamiento de coágulo que obtuvo un vaso seccionado.

En caso de presencia de sangrado será necesario cambiar el apósito para valorar la cantidad y las características del sangrado, el apósito se cambia cuando se encuentra húmedo.

La curación de la herida quirúrgica se realiza con el propósito de prevenir la aparición de infecciones, promover la

curación tisular y lograr la comodidad de la paciente.

La curación se realiza en las primeras 24 horas de -- post operada, se ha formado un sello de células epiteliales y fibrinas, y las bacterias de la superficie generalmente no pueden penetrar la barrera para iniciar una infección.

La curación se realiza con agua y jabón estériles a -- temperatura ambiente, una vez que esté bien seca se coloca el apósito y se sella con tela adhesiva, la cual se coloca sobre una tintura de bejufo que protege a la piel.

La curación se realiza cada 24 horas y se anota en la hoja de enfermería la evolución de la herida quirúrgica.

El vendaje abdominal se coloca con el propósito de -- brindar a la paciente seguridad en sus movimientos, así como para mantener el apósito limpio en su lugar.

El vendaje se debe colocar permitiendo la respiración normal así como los movimientos toracoabdominales normales.

Evaluación:

No existió sangrado en la herida quirúrgica, a las 24 horas se realiza la curación comprobando la presencia del sello epitelial.

El vendaje abdominal permite a la paciente estar más segura y libre de movimientos.

Problema: Dolor

Manifestación del problema:

Fases de dolor

Razón científica del problema:

El dolor se produce cuando son lesionados los tejidos por estimulación de los receptores del dolor, ya sea por me --
dios mecánicos como en la cirugía, o por medios físicos, químicos o eléctricos.

Los receptores del dolor son terminaciones nerviosas libres que se encuentran ampliamente distribuidas en las capas superficiales de la piel y en algunos tejidos internos.

El dolor puede ser superficial o profundo de articulaciones o estructuras como es el músculo visceral.

El impulso doloroso es transmitido con rapidez desde las terminaciones nerviosas libres de los nervios sensitivos hacia la porción lateral de los filamentos de los haces espino
talámicos de la médula y desde ahí hacia la zona sensible de -
la corteza cerebral, es en este punto cuando la paciente se en

tera de dolor.

La transmisión ocurre en segundos, para permitir a la persona tomar precauciones y protegerse solicitando alivio al dolor.

Acciones de enfermería:

Ministración de analgésico Dimetil pirazolona 1 Gr. -
IV c/6 hrs.

Mantener a la paciente en una posición cómoda

Toma de signos vitales.

Razón científica de las acciones:

La primera sensación que la paciente tiene al recuperarse de la anestesia es el dolor, que se intensifica en las primeras 48 horas post cirugía.

Es necesario e importante disminuir el dolor para evitar el choque e incluso la muerte.

La dimetil pirazolona es un analgésico y antipirético, se cree que su acción primaria es en el hipotálamo y el tálamo, en las terminaciones centrales de los nervios que conducen los impulsos.

Se sabe que el centro antipirético reside en el hipotálamo y se ha sugerido que el centro de la acción analgésica puede estar localizado en la misma posición.

Se emplea en dolores intensos provocados por traumatismos como lo es la cirugía.

Mantener a la paciente en una posición cómoda en decúbitodorsal, para evitar la tensión sobre la herida quirúrgica y el dolor.

La posición debe disminuir al máximo posible la tensión de los músculos afectados.

Los signos vitales valorados son la presión arterial, pulso, respiración y temperatura.

Son de fundamental importancia para la valoración del paciente cuando alguno de ellos se encuentra alterado indica la existencia de un problema en el organismo humano que puede poner en peligro la vida del paciente.

La presión arterial se eleva proporcionalmente al aumento del flujo sanguíneo y a la resistencia de las arterias.

El temor, la angustia, el ejercicio, la edad, la pérdida de volumen sanguíneo y el estado de choque modifican la presión arterial.

El pulso es el resultado de la expansión y retracción de las paredes de los vasos arteriales, producida por el paso de la onda sanguínea, originada por la sístole y la diástole cardiaca.

La frecuencia respiratoria es el acto de inspirar y espirar.

El pulso varía según la edad, sexo, ejercicio físico, estado emocional del individuo y procesos patológicos.

Una respiración incluye dos movimientos, el de inspiración que introduce el oxígeno y el de espiración que elimina el CO_2 , agua y otras materias orgánicas.

La deficiencia de oxígeno en el organismo dificulta la función tisular.

La temperatura corporal es el resultado del equilibrio entre el calor producido por el ejercicio, la combustión de los alimentos, y el calor perdido por la piel, pulmones y desechos orgánicos principalmente.

En el organismo humano el centro regulador de la temperatura radica en el hipotálamo cerebral, cuya función fisiológica consiste en mantener el balance entre el calor producido (termogénesis) y el calor perdido (termólisis).

El calor se pierde por radiación, evaporación, conducción y convección.

Evaluación:

El dolor intenso se previene a tiempo con el uso de los analgésicos.

Su ministración regular hace que el dolor este bajo control constante.

La paciente se sintió más tranquila y sin dolor intenso permitiéndole una actividad y deambulación, la posición cómoda disminuyó el dolor.

Los signos vitales se mantuvieron estables en todo momento.

Problema: Disminución del peristaltismo

Manifestaciones del problema:

Distensión abdominal

Acumulación de gases

Incapacidad para eliminar gases

Disminución de los movimientos peristálticos

Eliminación intestinal retardada

Razón científica del problema:

Las pacientes que han sufrido cirugía abdominal experimentan dolor y distensión causada por acumulación de gases - en el conducto gastrointestinal.

Parte del gas es aire que ha sido tragado durante las náuseas o cuando el paciente está tenso y temeroso.

Los efectos depresores de anestésicos y drogas, manipulación del intestino durante la operación y la falta de ingestión de alimentos en el conducto contribuyen en la peristalsis.

La acumulación de gases es causada por la incapacidad del intestino para eliminar o expulsarlos a través de los movimientos peristálticos y las asas intestinales.

Acciones de enfermería:

Iniciar la ambulación temprana

Iniciar la vida oral lo más pronto posible

Auscultar el abdomen.

Razón científica de las acciones:

Las vueltas frecuentes en la cama, la ambulación temprana y asistida y la ingestión de líquidos y alimentos son -- útiles para restablecer la peristalsis normal y evitar distensión y dolores por acumulación de gases.

La ingestión de dieta líquida, especialmente caliente ayudan a disminuir las molestias, favoreciendo en esta forma - los movimientos normales del intestino.

Tan pronto como se permitan los líquidos, se darán -- sorbos de té que se aumentarán gradualmente en cantidad.

La ingestión se aumenta progresivamente a medida que la paciente tolere líquidos, dieta blanda y posteriormente dieta normal.

La reanudación de una dieta normal lo más pronto posible favorece la función gastrointestinal y la cicatrización de la herida.

Auscultar el abdomen es necesario para detectar los - movimientos peristálticos. Los movimientos peristálticos en ma

sa, impulsan la materia fecal del colon sigmoideo hacia el rec
to.

Cuando hay ausencia de peristálsis se sospecha de Ileo
parálfico y es necesario notificar al médico para tomar las -
precauciones necesarias.

Evaluación:

La paciente mejoró después de expulsar los gases con
ayuda de la deambulación.

Tolera la vía oral y presenta a las 24 horas evacua -
ción formada con un mínimo de molestias.

Problema: Eliminación vesical

Manifestaciones del problema:

Drenaje urinario por sonda Foley

Razón científica del problema:

La eliminación urinaria es importante para el funcio-
namiento fisiológico, se lleva a cabo por medio de una sonda -
Foley a derivación en el postoperatorio inmediato y por 24 - -
horas.

La eliminación de orina impide irritación de la zona operada, que la vejiga protuya por el abdomen y distención.

Acciones de enfermería:

Cuidados de la sonda de Foley

Vigilar características de la orina

Cuantificar diuresis

Mantener la sonda fija al muslo y más abajo de la vejiga.

Razón científica de las acciones:

La sonda de Foley es un catéter que contiene dos vías, una corresponde a la entrada de aire o líquido para insuflar - el globo que quedará en el interior de la vejiga para evitar - la salida de la sonda, la otra vía es para drenar la orina.

La orina debe ser clara, la presencia de hematuria nos haría sospechar lesión del uréter o vejiga.

En condiciones normales la cantidad de orina que se elimina por día es de 1000 a 1 5000 ml.

Una diuresis menor de 30 ml por hora nos está indicando un mal funcionamiento renal.

La fijación de la sonda encima del muslo facilita el movimiento de la paciente evitando ser obstruida.

La bolsa deberá conservarse por abajo del nivel de la vejiga para evitar el reflujo de la orina del tubo a la vejiga y posibles infecciones ascendentes.

Evaluación:

Se obtuvo una diuresis normal, la orina fue clara en todo momento.

Se orientó a la paciente para mantener la sonda permeable y no hubo reflujo. Se retiró la sonda a las 26 horas -- post cirugía.

Problema: Sangrado transvaginal

Manifestaciones del problema:

Secreción serohemática

Razón científica del problema:

Se presenta en todas las pacientes postoperadas ocasionado por el traumatismo durante el corte del cuello uterino.

El sangrado va disminuyendo día a día hasta que se --
suspende.

Acciones de enfermería:

Aseo perineal

Uso de toalla ginecológica

Cambio frecuente de toalla

Razón científica de las acciones:

La presencia prolongada de sangre y secreciones procedentes de la vagina y glándulas anexas contribuyen a la reproducción de bacterias.

El agua y el jabón por acción mecánica arrastran las secreciones y microorganismos, evitando el mal olor.

La toalla ginecológica se deberá de emplear durante todo el tiempo que la paciente está sangrando, se vigilan las características del sangrado, color y olor, notificando de inmediato al médico si existiera alguna alteración.

El cambio se hará frecuentemente, evitando el mal - -
olor.

Evaluación:

Con el aseo vulvoperineal y el cambio frecuente de --
toalla la paciente se sintió más cómoda.

Problema: Depresión

Manifestación del problema:

Aislamiento

La depresión es un síntoma en ocasiones frecuente en
pacientes con histerctomía, la mujer siente que ha termina-
do su función reproductora y en ocasiones castrada, por lo que
se aísla del medio ambiente hospitalario.

Acciones de enfermería:

Apoyo psicológico y emocional

Incorporación al medio ambiente y familiar

Razón científica de las acciones:

Establecer una comunicación directa con la paciente -
permitiéndole hablar sobre su estado de ánimo y las dudas que
tiene en cuanto a su funcionamiento fisiológico le permiten --
tranquilizarse y sentir seguridad.

Se le informa a la paciente que al perder su útero no se ha disminuido o alterado su capacidad como ser humano, ella podrá seguir siendo toda una mujer, aunque su función reproductora ya no exista.

El retorno a su medio ambiente familiar y social sin alteraciones emocionales y de conducta le permitirán desarrollarse libremente.

La buena orientación e información con respecto a sus dudas le permitirán salir del hospital con confianza y seguridad.

Evaluación:

La orientación que se dió a la paciente ayudaron a superar la etapa de depresión, reincorporándose al ambiente hospitalario.

Problema: Estasis venosa

Manifestaciones del problema:

Dolor de las venas safenas, inflamación

Razón científica del problema:

Se presenta unos días después de la cirugía por aumento de la viscosidad de la sangre después de una cirugía.

Por aumento de la coagulación que ocasiona la trombosis de las venas profundas por inmovilidad en el posoperatorio y presión en las venas de la pelvis o las piernas.

Acciones de enfermería:

Evitar la constricción de las piernas

Cambios de posición

Deambulacion

Vendaje de miembros inferiores

Razón científica de las acciones:

Recomendar a la paciente que mueva las piernas en la cama, especialmente que haga flexión y extensión de las rodillas y dorsiflexión de los tobillos.

La acción muscular favorece el flujo venoso y evita la estasis.

Colocar correctamente a la paciente evitando que cruce las piernas para disminuir la compresión de las venas.

El dolor por efectos de la cirugía se extiende hasta dos o tres semanas después de la misma ocasionada por traumatismo de los músculos y estímulo a los receptores del dolor.

Asimismo las pacientes postoperadas tienen dificultad para obrar como consecuencia de la cirugía, la eliminación se lleva a cabo al tercer o cuarto día sin molestias.

Acciones de enfermería:

Orientación para el egreso de la paciente

Uso de analgésicos

Curación de herida quirúrgica

Reposo y deambulación

Ingesta de dieta blanda con abundantes líquidos

Baño

Retiro de puntos

Cita a la consulta externa de ginecología

Razón científica de las acciones:

Al orientar a la paciente para los cuidados que debe llevar a cabo en su casa para su restablecimiento físico, disminuyen tensiones y proporcionan bienestar.

Informa a la paciente y familiares del uso de medicamentos que disminuyen el dolor y forma en que deberan ser toma

dos les permitirá salir del hospital tranquilos y esto es una forma de combatir el dolor.

Se realiza cada tercer día con el propósito de eliminar gérmenes capaces de proporcionar una infección.

Se informa para que acudan al servicio de curaciones.

La acción de los músculos de las piernas durante el ejercicio como en la deambulación facilita el retorno venoso.

El vendaje desde el tobillo hasta el tercio medio del muslo favorece el retorno venoso de los miembros pélvicos y -- previene la tromboflebitis.

Evaluación:

Con las medidas asistenciales proporcionadas disminuyeron las molestias en el primer día de postoperada.

Problema: Convalecencia

Manifestaciones del problema:

Egreso del hospital, limitación física a la deambulación.

Dolor en la herida quirúrgica, tendencia al estriñimiento.

Razón científica del problema:

La convalecencia es el período en el que el organismo se repara de las pérdidas sufridas durante la cirugía, y se --restablecen todas las funciones que se habían alterado.

La convalecencia de toda paciente que ha sido operada se inicia cuando los signos vitales se mantienen estables y -- las funciones físicas se preparan para su recuperación.

La mejoría orgánica de la paciente permite su egreso del hospital.

La cicatriz en la región suprapúbica causa dificultad para realizar movimientos rápidos que condicionan dolor.

Iniciar la actividad física paulatinamente, la paciente no deberá levantar objetos pesados, subir escaleras, estar mucho tiempo de pie, hacer movimientos bruscos con el propósito de no entorpecer la cicatrización.

Una dieta blanda con la ingestión de abundantes líquidos permiten una buena peristalsis y favorece la metabolización de ellos, para una eliminación normal.

Se da a la paciente un pase para el servicio de curaciones para que acuda al retiro de material de sutura de la herida quirúrgica.

El material de sutura debe retirarse a los siete días después de la cirugía para que no cause reacción en la piel o músculos superficiales.

El baño debe ser en regadera, diariamente para eliminar bacterias de la piel y mal olor, además el baño favorece la relajación muscular produciendo efecto sedante.

Se proporciona una cita al servicio de ginecología a los quince días después del alta para valorar a la paciente en su recuperación física total.

Evaluación:

La buena información para los cuidados que debe llevar en su casa la paciente para su recuperación disminuye la tensión y proporciona seguridad.

La paciente fue egresada en plena convalecencia, lo cual permitió una recuperación en corto plazo y su reintegración a las actividades que tenía antes de ser operada.

CONCLUSIONES:

La realización del estudio clínico en proceso atención de enfermería permite mejorar la atención a cada paciente y adquirir conocimientos nuevos, amplios y precisos con el propósito de brindar atención óptima de enfermería y de mejor calidad.

El presente trabajo de enfermería se realizó de una paciente adulta del servicio de ginecología que ingresó al hospital por presentar sangrado transvaginal uterino anormal, leucorrea y lumbalgia.

Fue tratada en la consulta externa con medidas higiénicas y tratamiento médico sin que desaparecieran las molestias.

Se le realizó una histerosalpingografía que confirmó la existencia de miomas uterinos por lo cual se programó para cirugía una vez que se le hizo la preparación preoperatoria, los exámenes de laboratorio dieron resultados dentro de límites normales.

Durante el transoperatorio presentó choque hipovolémico por hemorragia, se le transfundieron expansores del plasma y una unidad de 600 ml de paquete globular.

La tensión arterial de 80/50 se elevó hasta los parámetros de 110/70.

En el posoperatorio la atención de enfermería se enfocó a mejorar el estado de hidratación con soluciones parenterales de glucosa al 5% con cloruro de potasio, en tanto toleraba la vía oral.

El dolor fue otro problema que se controló con la ministración de analgésicos y apoyo emocional.

La distensión abdominal mejoró con la deambulación, eliminación de gases y favoreciendo la peristalsis con ingesta de líquidos y dieta blanda.

La recuperación física para reintegrarse a su núcleo familiar y social fue en un plazo de tres semanas, posterior a esto estuvo en condiciones de desarrollar sus actividades con un mínimo de molestias.

B I B L I O G R A F I A

ACOSTA H., Luis Eduardo

Gufa Práctica para la Investigación y
Redacción de Informes,

Edit. Paidós, Buenos Aires, 1972

pp. 325

A.M.H.G.O. No. 3, I.M.S.S.

Ginecología y Obstetricia,

2a. edición,

Edit. Méndez Oteo

México, 1982

pp. 1001

ASOCIACIÓN NACIONAL DE ESCUELAS DE ENFERMERIA, A.C.

Proceso Atención de Enfermería,

Material impreso, México 1976.

pp. 72

BAENA PAZ, Guillermina

Instrumento de Investigación Manual para elaborar Trabajos
de Investigación y Tesis Profesionales,

Universidad Nacional Autónoma de México, 1979,

pp. 170.

BENSON, Ralph C.

Manual de Ginecología y Obstetricia,

5a. edición

Edit. El Manual Moderno

México 11, D.F. 1979,

pp. 730

BEVERLY WITTER DUGAS

Tratado de Enfermería Práctico,

3a. edición

Edit. Interamericana,

México 1979

pp. 554

GOTH Andres

Farmacología Médica principios y conceptos

6a. edición

Edit. Interamericana, México 1973

pp. 718

G.D. LEMAITRE, J.D. FINNEGAN

Enfermería Quirúrgica,

4a. edición,

Edit. Interamericana

México 1982

pp. 452

JEANNETTE E., Watson

Enfermería Médico Quirúrgica

Ed. Interamericana

México, 1985.

pp. 667

KRON THORA, E.T.; ELLEN BURBIN, E.T.

Liderazgo y Administración en Enfermería,

5a. edición

Edit. Interamericana

México, D.F., 1983

pp. 327

MARTIN JIMENEZ MIRANDA,

Fundamentos de Ginecología y Padecimientos benignos

de la mama. Edit. Francisco Méndez Cervantes 1a. ed. pp. 472

MARRINER, Ann

Proceso de Atención de Enfermería,

Edit. El Manual Moderno,

México, D.F. 1983

NORMARK, Rohweder,

Bases Científicas de la Enfermería,

2a. edición,

Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A.

México, 1983, pp. 712

RAQUEL ANORVE LOPEZ

Manual de Procedimientos esenciales de fundamentos
de enfermería,

Programa de libros de texto universitario

1a. edición,

México 1984,

pp 182

R. Ramón Alvarez,

Texto de Ginecología

Ed. La Prensa Médica Mexicana

México, D.F. 1984

pp. 587

SMITH, Germain

Enfermería Médico Quirúrgica

4a. edición

Ed. Interamericana

México 1978

pp. 1996

SHIRLEY M. BROOKS

Enfermería de Quirófano

1a. edición,

Edit. Interamericana

México 1978

pp. 157

TAMAYO Y TAMAYO, Mario

El Proceso de la Investigación Científica

México, 1970

pp. 73

WILFRED SHAN, Jhon Howkins

Ginecología operatoria

Salvat, Editores

3a. edición

México, 1970

pp. 546

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas,

11. edición

Salvat Mexicana de Ediciones, S.A. de C.V.

México, 1983

pp. 1073

TE LINDE W. DE RICHARD

Ginecología Operatoria

5a. edición

Ed. El Ateneo

Barcelona España, 1963

pp. 783

A N E X O S

HISTORIA NATURAL DE LA MIOMATOSIS UTERINA

FACTORES DEL AGENTE:

- Causa desconocida
- Prob. alteración de la hormona estrogénica.
- Probablemente hereditario.

FACTORES DEL HUESPED:

- Sexo: mujeres
- Edad: + frec. 3a. y 4a. década de la vida.
- Raza.
- Herencia
- Riesgo 2 a 3 veces mayor cuando hay antecedentes familiares.
- Personal: mayor riesgo un nulíparas.

FACTORES DEL AMBIENTE:

- Nivel socioeconómico: en todos los niveles socioeconómicos.
- Medio Urbano y rural
- Escasos recursos para la atención médica.

Fenómenos degenerativos:

Degeneración hialina

SEÑALES Y SÍNTOMAS

Causan hemorragia intraperitoneales y comprimen el útero y los vasos ilíacos.

COMPLICACIONES:

- Mioma asociado a embarazo.
- Sangrado profuso.

ESCUELAS:

- Esterilidad
- Alteraciones emocionales.

MUERTE:
- Por choque hipovolémico.

Tumores

Subserosos

Reblandecimiento

HORIZONTE CLINICO

Estímulo desencadenante:

- Bioquímicos
- Hiperestrogenismo
- Proliferación celular por disminución de la respuesta inmunológica del útero, lo que da lugar a la manifestación de neoplasia.

quístico.

Calcificaciones

Intersticiales.

Infección

Necrosis

Tumores Submucosos

Dan al organismo

una consistencia

nodular.

Producen hemorragia profusa.

PERIODO PATOGENICO

PREVENCION PRIMARIA

PERIODO PATOGENICO

PREVENCION SECUNDARIA

PREVENCION TERCIARIA

PROMOCION DE LA SALUD

Educación higiénica a la población.

Dar orientación acerca de la importancia de la visita periódica al médico.

Orientación sobre la importancia de la exploración ginecológica.

Orientar a la población sobre el mayor riesgo que representa la nulíparidad.

PROTECCION ESPECIFICA

Orientación a la población sobre el padecimiento y las complicaciones.

Realizar exámenes ginecológicos aproximadamente cada seis meses.

Realizar exámenes médicos inmediatamente cuando:

- Exista sangrado uterino abundante.
- Cuando exista sangrado después de la menopausia.
- Existencia de dolor pélvico.
- Cuando haya dificultad para la micción.

DIAGNOSTICO TEMPRANO

1° Historia clínica completa.

Valoración de los signos y síntomas.

2° Exámenes ginecológicos en pacientes mayores de 35 años

3° Histerografía.

4° Ultraecsonografía

5° Biopsia de endometrio.

6° Medición del factor estrogénico.

7° Exámenes de labora torio palpación bimanual en donde se encuentra el útero distorsionado por una o más masas firmes.

Exámenes de gabinete: Rx

Los tumores grandes aparecen como masas de tejido blandos.

TRATAMIENTO OPORTUNO

Curativo: cirugía, histerectomía parcial o total.

Paliativo: miomectomía

Hormonales: Con mayor acción de progestágenos.

No hormonales: fisioterapia ó Radioterapia.

LIMITACION DEL DAÑO

Hormonoterapia mientras el ovario funciona y en pacientes que por su edad no es aceptable la cirugía y además está contraindicada en pacientes próximas a la menopausia.

Vigilancia médica para descubrir tempranas residivas malignas.

Vigilancia de la respuesta al tratamiento.

Fisioterapia a pacientes de más de 45 años.

REHABILITACION

Física inmediata; para evitar flebitis, estreñimiento y retención urinaria.

Orientación acerca de como continuar con la vida normal.

Consejos y apoyo moral por parte de pacientes que se han sometido a tratamientos quirúrgicos.

Para lograr la reintegración a la vida normal, familiar y social, laboral, lo más pronto posible y en las mejores condiciones.

Nombre de la paciente: A.P.J.
 Sexo: Femenino
 Edad: 42 años
 Servicio: Ginecología
 Casa: 51
 Fecha de Ingreso: 6-VII-55

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Diagnóstico Médico: Miomatosis Uterina

Diagnóstico de Enfermería:

Objetivos:

- Reestablecer la función del organismo por medio de la planeación y ejecución de los cuidados de enfermería, basados en conocimientos científicos para superar la etapa crítica de la paciente en el menor tiempo posible.
- Orientar a la paciente y a sus hijos sobre los cuidados y el tratamiento para su padecimiento.
- Proporcionar a la paciente una preparación física y psicológica específica, para que asistiese a la cirugía en las mejores condiciones posibles.
- Proporcionar a la paciente cuidados de enfermería que permitan reincorporarla lo más pronto posible a su medio ambiente y en su núcleo familiar y social.

Femenino adulta, viuda, auxiliar universal de oficinas, nivel socio económico medio-alto, religión romana, con problemas de salud desde 1939, con lumbalgia de mediano esfuerzo, tolerable, que le permitía realizar las actividades diarias, el dolor lo controlaba con analgésicos sin que éste se agravara. En abril del presente año se intensifica la lumbalgia, aumentándose dolores y leucorrea. Se realiza histopatología ginecológica que revela cavidad uterina grande y deformada, la radiografía de columna y pelvis indican que existe compresión de elementos vasculares y de nervios. La biopsia de endometrio indica la existencia de fragmentos de tejido de color blanco grisáceo y aspecto esponjoso, consistencia blanda, endometrio hiperplásico, por lo que la diagnosticamos miomas uterinos.

Se programa para tratamiento quirúrgico -prueba valoración cardíaca, de anestesia y exámenes preoperatorios, encontrándose las cifras de Hemoglobina bajas.

Se realiza histopatología total abdominal -presentando en el transoperatorio sangrado profuso por lesión de la rama uterina, ocasionando choque hipovolémico, controlándose inmediatamente con sangre fresca y expansores del plasma.

Deja la sala de operaciones con T/A estable 110/60 y ligera palidez de tegumentos.

Ocho horas después de la cirugía se encuentra paciente en cama, bien conformada, orientada en tiempo espacio y lugar, ligera palidez de tegumentos + mucosas orales subhidratadas, signos vitales P=100', R=22' T=36°C.

T/A 100/60, con venoclisis permeable en miembro superior derecho con solución glucosada 5% 1000 ml a 20 Mcg. de KCl, phibion con paritálisis -disminuida, herida quirúrgica suprapúbica sin datos de sangrado, apósito limpio, dolor ligero a la palpación. Sonda de Foley permeable, drenando orina de características aparentemente normales, sangrado transvaginal escaso. Miembros inferiores con vendaje hasta tercio medio de muslo sin edema.
 Presenta vómito de contenido gástrico.

PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA.	ACCIONES DE ENFERMERIA.	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA.	EVOLUCION
Polimenorrea.	Sangrado trans vaginal uterino frecuente que ocurre a intervalos menores de 22 días.	El sangrado tras vaginal se ve aumentado con el estrógeno mismo existente por lesiones ováricas que acción sobre el endometrio originada de hiperplasia; con distorsión de la cavidad uterina que favorece al aumento de la superficie endometrial.	Deposito relativo	La disminución de la actividad ovárica evita la compresión -exceso de los venoclisis y evita el sangrado por acción de la gravedad.	El sangrado presente no es abundante ni mayor de 20 cc por lo que no existe el peligro de un choque.
		Cuando el miomatario se torna duro está poco capacitado para regular el flujo sanguíneo de los vasos que le irrigan, el tumor actúa como cuerpo extraño que impide una contracción uniforme.	Cuantificación de sangrado.	La cantidad de sangrado expulsado por venoclisis del útero nos indica la cantidad de fluidos que se deben reponer para evitar choque o anemia.	
Leucorrea	Secreción Transvaginal de color no abundante.	El escorrimento vaginal anormal no sangriento se presenta condicionado por el agrandamiento de la cavidad uterina, el estiramiento de las paredes de la inflamación y la acción de los miomas uterinos.	Maso vaginal	El uso vaginal frecuente con agua y jabón disminuye los problemas causados por procesos inflamatorios y evita el mal olor.	Con masas vaginales se disminuyó el mal olor.
			Toma estudio cervicovaginal	El estudio cervicovaginal detecta oportunamente células malignas y evita el mal olor.	El resultado o reporte de la biopsia oportunamente células malignas y evita el mal olor.
Lumbalgia	Dolor constante en la región lumbor.	Al haber compresión o distorsión de los elementos anatómicos por los miomas cuando se dilatan el flujo sanguíneo hacia alguna parte del organismo el tejido isquémico produce dolor.	Administración de analgésico 500 mg. V.O. c/6 hrs.	El ácido salicílico o ácido 0-hidroacetico es un compuesto orgánico siempre que ejerce notable efecto analgésico en el hombre. El efecto analgésico de los salicílicos suele disminuir que resulta de una acción sobre el sistema nervioso central.	Con los analgésicos y antiinflamatorios el dolor ha disminuido pero no se ha logrado que desaparezca.
			Administración de antiinflamatorios Maso 250 mg. V.O. c/6 hrs.	El maso es un medicamento antiinflamatorio no hormonal, disminuye las molestias articulares.	
			Aplicación de calor local.	El calor local disminuye el dolor en los procesos inflamatorios, aumentando la circulación sanguínea en la región lumbor.	

Pracifugia	Crecimiento uterino normal, cavidad uterina orientada en el sentido de urgencia.	Todo paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica necesita de una preparación física y psicológica. Las pacientes programadas para un puerperio normal ingresan tres horas antes de la cirugía para ser preparadas.	Dar la bienvenida a la paciente.	Cuando un paciente ingresa a un hospital para ser operado, entra a un medio tranquilo y desconocido. Cuando la enfermera presencia debe instaurar confianza y tranquilidad.	Después de haber hablado con la paciente y darle la bienvenida se siente más tranquila.	
			Indicar a la paciente que es necesario el cambio de ropa de calle por la del hospital.	Se considera que la ropa del hospital se encuentra menos contaminada y que es lavada cuidadosamente. Al mismo, evita la extracción de las sacetas entre las hermanas.	Acepto el uso de la bata del hospital.	
			Registrar los signos vitales, peso y talla.	El registro de los signos vitales antes de la cirugía nos lleva a un medio tranquilo con las cifras transoperatorias y posoperatorias.	Las cifras de los signos vitales se encuentran dentro de lo normal, así como los resultados de laboratorio y gabinete.	
			Revisar que estén completos y actualizados los estudios de laboratorio y gabinete.	Es de gran importancia que los exámenes de laboratorio y gabinete estén completos y actualizados. De esta forma se puede actuar inmediatamente ante cualquier problema que pudiera presentarse durante el transoperatorio.		
			Identificación de la paciente por medio de pulsera.	La pulsera lleva todos los datos personales de la paciente como nombre, no de afiliación, edad, sexo y fecha de ingreso, para identificación en cualquier momento.		
			Corroborar el ayuno desde las 22 horas del día anterior.	El ayuno de la paciente es con el objeto de evitar el vómito y mantenerlo libre para evitar la aspiración de material gástrico en los pulmones o paso hacia la edema y los bronquios (vómito aspirado) mientras el paciente se encuentra anestesiado.		
				En caso de no encontrarse el ayuno de la paciente se suspende por 12 horas hasta después de 4 horas.		
				Se notifica al anestesiólogo y se mantiene en ayuno.		
			Preparación física, psicológica, sondas, foley y venopunción	Toda paciente que va a ser sometida a una cirugía abdominal debe ser preparada con tetracaina abdominal, desde la altura del pezón hasta el tercio superior de los muslos incluyendo los pezones.		
				Los vellojos actúan como cuerpo extraño en una herida o cañal haciendo posible la infección.		
				El objetivo del aseo preparatorio de la piel es limpiar y eliminar las bacterias.		
				Con el propósito de drenar la urina continuamente, evitar la infección urinaria y el riesgo de traumatismo a la vejiga durante la cirugía se colocará un foley, se coloca una sonda foley, se realiza un aseo séptico, para impedir el ingreso de bacterias productoras de infección. Se mantiene permeable una vía de entrada corriente circulatoria.		
Ansiedad	Temor a lo desconocido.	Todo ser humano susceptible según las personas y las circunstancias, es más presente en la pracifugia.	Al establecer una comunicación directa con la paciente, evitando interrupciones cuando empieza a hablar crea un ambiente de seguridad.	El hecho de dejar hablar a la paciente abre al cambio hacia la comprensión del procedimiento y de los problemas, disminuyendo sus temores.	Después de hablar con la paciente, se tranquiliza ampliamente y satisficando las preocupaciones de los procedimientos, se le tranquiliza poco a poco.	
		La ansiedad es variable según las personas y las circunstancias, es más presente en la pracifugia.	Brindar un ambiente confortable.	Al establecer una comunicación directa con la paciente, evitando interrupciones cuando empieza a hablar crea un ambiente de seguridad.		
			Preparar psicológicamente antes de cualquier procedimiento.	La relación de los procedimientos preoperatorios se tienen a cabo sin problemas cuando la paciente está enterada de ellos, logrando que ella se sienta más segura, menos temerosa y sin miedo.		
			Tranquilizarla y brindarle apoyo emocional.	Las pacientes que están extraordinariamente temerosas y angustiadas responden mal a la cirugía, y están propensas a complicaciones como paro cardíaco y choque irreversible.		
			Temor a la muerte.	Las ideas exageradas y falsas con respecto al riesgo quirúrgico son motivo de temor a la anestesia, en ocasiones la paciente piensa que quizá no pudiera recuperarse de la anestesia ocasionando con ello su muerte.	El mantener a la paciente informada o instruida acerca de su estado, reduce el miedo a lo desconocido y ayuda a dirigir su atención hacia otras formas de solución del problema para conseguir alivio.	

Traslado a la unidad quirúrgica.	Preparación oficial.	Registrar datos vitales y anotarlos en la hoja correspondiente.	Registrar datos vitales y anotarlos en la hoja correspondiente.	Se chequean nuevamente los signos vitales, se toma la temperatura y se trasladó al quirófano para el estudio de la cirugía.	El paciente se prepara oportunamente y se trasladó al quirófano para el estudio de la cirugía.
		Vestir al quirófano a la paciente.	Trasladar a la paciente a la sala de operaciones.	Se mantendrá los miembros pélvicos protegidos con vendas para mantener la temperatura del cuerpo y favorecer el retorno venoso.	La enfermera debe acompañar al paciente hasta el quirófano y entregar ahí a la enfermera responsable, con todas las anotaciones correspondientes, y el pediente con ordenes de laboratorio, completos y firma de autorización de cirugía, para evitar posibles problemas.
Miomatosis Uterina.	Útero aumentado de tamaño.	El útero se encuentra agrandado y deformado en su superficie por contener múltiples nodulos de varios tamaños de tejido fibroso y muscular, motivo por el cual se ha presentado la poli-menorrea, la leucorrea y la lambalgia.	Recepción de la paciente.	Identificación de la paciente, verificando datos.	Asegurarse que en la sala para el inicio de la preparación de la paciente se encuentren los datos de identificación de la paciente y el expediente en la hoja de preparación quirúrgica.
Cuidado uterino de Formosa.	Si no se estira el útero se hipertrofia no va a desaparecer ocasionando con esto un desequilibrio físico y psicológico en la paciente.	Si no se estira el útero se hipertrofia no va a desaparecer ocasionando con esto un desequilibrio físico y psicológico en la paciente.	Recibir el expediente completo con notas y antecedentes.	Corroborar la preparación oficial de la paciente antes de trasladarla al quirófano para no atrasar la cirugía.	Los exámenes de laboratorio recientes son informados sobre las condiciones de los exámenes, así como el tipo de sangre que se usará en las unidades de sangre que se emplean en caso de ser necesario.
	Los miomas constituyen el tumor ginecológico más común.	Los miomas constituyen el tumor ginecológico más común.	Participación en el acto quirúrgico.	Se coloca a la paciente en la mesa de operaciones en posición para el acto quirúrgico.	Los miembros de la sala para el inicio de la preparación de la paciente se encuentran los datos de identificación de la paciente y el expediente en la hoja de preparación quirúrgica.
	Se localiza aproximadamente en el 20% de la población femenina.	El 98% de los miomas se localizan en el cuerpo uterino, y el 2% en el cuello, pudiendo aparecer en la vagina, vulva, trompas de Falopio, ligamentos redondos y ligamentos uterocrotos.	Colocar a la paciente en la mesa de operaciones.	Se coloca a la paciente en la mesa de operaciones en posición para el acto quirúrgico.	Se coloca a la paciente en la mesa de operaciones en posición para el acto quirúrgico.
	Por su localización en las capas del útero pueden ser intramurales, se localizan dentro de las paredes del útero, dando un aspecto del tamaño del útero.	Por su localización en las capas del útero pueden ser intramurales, se localizan dentro de las paredes del útero, dando un aspecto del tamaño del útero.	Submucosas, se localizan inmediatamente por debajo del endometrio.	Submucosas, se localizan inmediatamente por debajo del endometrio.	Submucosas, se localizan inmediatamente por debajo del endometrio.
	Subserosos, estos tumores crecen hacia la cavidad peritoneal y producen habitualmente en la superficie del útero.	Subserosos, estos tumores crecen hacia la cavidad peritoneal y producen habitualmente en la superficie del útero.	Habilizar funciones de enfermera instrumentalista.	La enfermera instrumentalista es responsable de todo el funcionamiento del quirófano durante y después del procedimiento quirúrgico.	La enfermera instrumentalista es responsable de todo el funcionamiento del quirófano durante y después del procedimiento quirúrgico.
			Habilizar funciones de enfermera instrumentalista.	Como miembro del equipo de cirugía, el instrumentalista de la sala debe estar capacitado y con batas y guantes esterilizados, se encargará de arreglar los instrumentos en la sala de lavado, auxiliar al cirujano y al asistente a colocarse las batas y los guantes, proporcionar las ropas quirúrgicas para ser colocadas en la zona operatoria para dar inicio.	Como miembro del equipo de cirugía, el instrumentalista de la sala debe estar capacitado y con batas y guantes esterilizados, se encargará de arreglar los instrumentos en la sala de lavado, auxiliar al cirujano y al asistente a colocarse las batas y los guantes, proporcionar las ropas quirúrgicas para ser colocadas en la zona operatoria para dar inicio.
			Habilizar funciones de enfermera instrumentalista.	La enfermera instrumentalista es responsable de todo el funcionamiento del quirófano durante y después del procedimiento quirúrgico.	La enfermera instrumentalista es responsable de todo el funcionamiento del quirófano durante y después del procedimiento quirúrgico.

<p>Historec nía.</p> <p>Extracción total o parcial del útero por vía abdominal.</p>	<p>La histerectomía total abdominal se realiza a continuación en mujeres voluntariosas, en el momento definitivo que permite una curación radical, indicada en mujeres mayores de 45 años con afecciones voluminosas.</p> <p>La técnica varía -- por la presencia de afecciones o que sean demandado volu minosos.</p> <p>Se inicia el acto quirúrgico con la incisión de Pfannenstiel y se inicia a nivel de la región suprapúbica, se incide la piel, hasta descubrir la aponeurosis abdominal y posteriormente a la fascia peritoneal.</p> <p>Se abate el útero y los anexos por medio de compresas de yoduro y del separador, y las valvas de Sullivan.</p> <p>Se tracciona el fondo uterino con histeroalavo o artificificio es decir, punto con seda gruesa al fondo uterino.</p> <p>Ligadura y corte de senos, ligamentos redondos, con distinción del ligamento ancho en su cara anterior y posterior hasta dejar visible el infundíbulo pélvico en caso de afección.</p> <p>Dissección del peritoneo visceral hasta el repliegue vesical en la cara anterior y hasta el nivel de los uterocarcos en su cara posterior.</p> <p>Plazamiento, corte y ligadura de los vasos uterinos y n.º vaginal íntimo en su región más próxima al útero, teniendo cuidado de no lesionar los ureteres.</p> <p>Apertura de la fascia endopélvica anterior y posterior, para efectuar el -- plazamiento, corte y ligadura prioritaria de los ligamentos cardinales o de Duchesnois y anudando los ligamentos uterocarcos ligados con material absorbible.</p> <p>La arteria uterina y sus ramas pasan a través de los ligamentos anchos hasta el cuerpo de la matriz y hasta el cuerno. Las estructuras vasculares -- son cuidadosamente tomadas con pinzas, seccionadas y ligadas.</p> <p>La capa peritoneal, elevada media de la vejiga se separa de la cara superior de la vagina para anudar la pared superior de ésta.</p> <p>La extracción de la pieza uterina se -- hace con técnica cerrada o de vagina -- incluído por técnica abierta o de vagina -- abierta. Se asegura que sea completamente extraído el útero.</p> <p>Los ligamentos redondos, previamente seccionados, son suturados para que actúen como escarificadores se sostén para la vagina que ha quedado en su lugar.</p> <p>El peritoneo que cubre la vejiga y el que se encuentra en las paredes laterales de la pelvis son reunidos para -- completar la reepitoniación o cobijamiento del piso de la pelvis.</p> <p>Se verifica la hemostasia, lavado de la cavidad peritoneal y cierre de la pared músculo dérmica.</p>	<p>Realizar hoja de en fermería del trans portario.</p>	<p>El registro de los datos personales de la paciente, así como la cirugía que se hizo, se efectúa -- por el personal médico que participa. -- tipo de asistencia, hora de inicio y término del acto -- quirúrgico se llevan a cabo para conocer el record de trabajo y justificar el uso de equipo y material.</p> <p>La enfermera debe -- estar en su lugar -- desde el ingreso de la paciente hasta el final de la cirugía, describiendo lo sucedido en el transcurso.</p>	<p>Se realizan las anotaciones correspondientes y se llevan registros.</p>
<p>Transpor torio Ob tención, pu rio rí que hipov lento.</p>	<p>La disminución del volumen de líquido amniótico, el comportamiento vascular, reduce el retorno venoso, el gasto cardíaco y la presión arterial.</p> <p>La hipotensión y la hipertensión disminuyen a los tejidos. -- con la hipoxia acompañante, actúan -- mercurios compen sadores.</p> <p>Aparece una vaso -- constricción selectiva refleja y se -- produce un aumento del pulso por estimulación de los receptores aferentes y carotídeos.</p>	<p>Colaborar en las medidas de tratamiento.</p> <p>Reposición de fluidos.</p>	<p>El anestesiólogo es el primero en darse cuenta de las alteraciones en los signos vitales por lo que es el quien indica que se reinicie la hemostasia y cese el sangrado.</p> <p>La enfermera colabora directamente con el anestesiólogo en la -- transfusión sanguínea y los exámenes del plasma para la -- reposición de fluidos y favorece la -- hemostasia.</p> <p>Cuando la pérdida de sangre es de 20 por 100 o más del volumen sanguíneo total, es necesario una rápida sustitución por medio de una transfusión sanguínea.</p>	<p>Las medidas llevadas a cabo durante el transoperatorio en el cheque hipotético mejoraron las condiciones de la paciente y sus cifras arteriales, 100/70, sintiendo una buena diuresis.</p>

La depresión del centro respiratorio causa respiraciones más lentas, superficiales y posiblemente irregulares.

La hipotensión arterial causa una disminución de la presión para la filtración glomerular resultando en una disminución de la filtración glomerular.

Si la pérdida de volumen continúa, los mecanismos compensatorios del organismo pierden su efectividad, dando por resultado lesión de órganos vitales, como el corazón, el cerebro, el riñón, y un mal pronóstico.

Vigilar signos vitales.

Vigilar diuresis

Instalar catéter de presión venosa central (PVC)

La transfusión sanguínea aumenta significativamente el volumen circulante total del organismo y el número de eritrocitos para transportar oxígeno.

Los espasmos del plasma favorecen el equilibrio hídrico y electrolítico mejorando el estado del paciente.

Los signos vitales se encuentran alterados durante la pérdida de sangre, al disminuir el volumen sanguíneo disminuye la presión arterial y el pulso.

El aumento de líquidos en el organismo mejora las cifras tensionales y por lo tanto la respiración y el pulso.

Checarlos constantemente nos da la oportunidad de saber si mejoran las condiciones de la paciente con la transfusión sanguínea y los expansores del plasma.

Verificando la producción de orina sabemos si existe datos de lesión renal, la producción menor de 30 ml de orina por hora debe ser notificada inmediatamente para iniciar el tratamiento de perfusión renal y evitar la retención de orina.

La presión venosa central se toma en la arteria derecha o la vena cava, sirve para distinguir las relaciones entre las variables hemodinámicas en el choque el retorno venoso, la calidad de la perfusión y el tono vascular.

La presión venosa central normal es de 0 a 4 cm. de agua en la arteria derecha y de 6 a 12 cm. en la vena cava, con un punto de referencia en la línea media.

Se verifica la presión venosa central (PVC) para averiguar si la paciente se ventila o no de la expansión de volumen.

Posoperatorio inmediato.

Herida quirúrgica.

El posoperatorio inmediato inicia desde la colocación del apósito sobre la herida quirúrgica hasta la recuperación total del estado de conciencia y la estabilización de los signos vitales.

Recepción de la paciente en la sala de recuperación.

La sala de recuperación se encuentra cerca del quirófano, con el equipo y material necesario para proporcionar cuidados óptimos, con personal de altos conocimientos.

Es de vital importancia conocer las condiciones en las que llega el paciente, la hora y el tipo de operación realizada.

La exploración de la paciente se realiza el objeto de conocer el estado de conciencia.

Es necesario protegerlo de golpes o caídas al ir recuperándose de la anestesia.

Vigilar estado de conciencia y recuperación anestésica.

La inconciencia es producida por la administración de anestésicos, y la recuperación de la conciencia depende de la eliminación de ellos.

Mantener vías aéreas permeables.

La aspiración de secreciones se lleva a cabo para impedir la obstrucción de las vías respiratorias.

Se entiende la cabeza de la paciente no sea fácil de manipular con la cirugía orofaríngea, la cual es espasmada por la lengua de la paciente al recuperarse de la anestesia.

Mantener vena permeable.

Una vía de acceso al torrente circulatorio facilita la introducción de líquidos en el momento necesario.

Toma de signos vitales.

La presión arterial y la velocidad del pulso deben compararse con los registros preoperatorios y posoperatorios.

Los factores que se consideran en la valoración de los signos vitales comprenden los efectos de la anestesia y la pérdida de sangre y líquidos durante la operación.

Los signos vitales se registran cada 15 minutos durante la primera hora, extendiendo los intervalos progresivos a cada media hora hasta que se encuentren estables.

La eficiente atención brindada en la sala de recuperación disminuyó las complicaciones durante el estado de inconciencia de la paciente.

Hubo permeabilidad en las vías respiratorias y en el torrente sanguíneo mejorando las condiciones del paciente.

Se llevó el control de los signos vitales sin que existiera alteración durante la recuperación.

			Vigilar datos de sangrado.	Observar los análisis cada 15 minutos para detectar oportunamente sangrados en la herida quirúrgica y notificar inmediatamente al médico y al anestesiólogo.	No se inició proceso de sangrado.
			Observar características de orina.	La observación de la orina y la cantidad eliminada cada hora no debe ser menor de 30 ml. es necesario para asegurar el funcionamiento adecuado de los riñones.	La cantidad y las características de orina fueron aparentemente normales.
			Administración analgésica oportunamente.	La administración oportuna de los analgésicos para aliviar el dolor producido por el traumatismo quirúrgico son indicados por el médico y se aplican cuando el paciente refiere molestias en la herida quirúrgica.	Con la administración de los analgésicos disminuyó el dolor haciéndolo soportable.
			Envío a hospital.	Los analgésicos tienen acción depresiva de el sistema nervioso central y sobre las vías corticostriadas y zonas receptoras del cerebro causando una reducción en la sensación de dolor. Evita los problemas secundarios por disminución de los movimientos difrágmáticos y el control del dolor. Una vez que la conciencia se ha recuperado de la anestesia y sus signos vitales se encuentran estables es enviada al hospital para continuar los cuidados por enfermeros médicos.	Ingresó la paciente a hospital, donde se la asignó una cama y se proporcionan cuidados posoperatorios inmediatos.
Posoperación medicación analgésica.	Palidez de tegumentos.	La disminución en la cantidad de extracción secundarias al sangrado, causa una baja en los niveles de hemoglobina, los cuales son responsables de la coloración de los tejidos. El color rosado de la piel normal depende de la presencia de sangre en los vasos sanguíneos superficiales, al disminuir el riego sanguíneo aparece palidez por vasoconstricción superficial.	Observar la coloración de los tegumentos, conjuntiva, labios, boca y piel. Determinar el grado de palidez que presenta la paciente avisando oportunamente al médico en caso de alteración. Administración de hierro durante 100 mg IM 3/3er. día.	La piel se manifiesta al examinar la piel, existiendo una gran variabilidad en el color cutáneo, en el tamaño y profundidad de la superficie de los vasos sanguíneos cutáneos pequeños. El grado de palidez indica la evolución del procedimiento, y determina una pauta para el tratamiento adecuado. Se aporta al organismo hierro elemental para iniciar la síntesis de hemoglobina, aumentando niveles y totalmente en forma oral para ser transportado por el plasma y ser aprovechado. Corrige anemia, es bien tolerada y no incrementa el trabajo renal por eliminación inadecuada.	Hay mejoría en la piel.
Deshidratación moderada.	Mucosas orales secas.	Al disminuir la cantidad de líquidos como agua y sangre en los tejidos del cuerpo hay una deshidratación. La sequedad de la membrana mucosa bucal y faríngea ocasionadas por la disminución del volumen intravascular, consecuencia de la hemorragia.	Administración de soluciones reentrantes, solución glucosada al 5% de 1000 ml + 20 mEq de KCl solución mixta de 1000 ml + 20 mEq de KCl.	La necesidad de resaturar la resaturación es urgente para mejorar el metabolismo, la circulación y la función renal normal. Se usa la infusión intravenosa de líquidos en gotas a través de una vena al torrente circulatorio para reestablecer rápidamente un equilibrio satisfactorio en el organismo. Los electrolitos son importantes para el mantenimiento y distribución del volumen extracelular e intracelular. El K potasio desempeña una parte importante en la conducción de impulsos nerviosos, contracción muscular, acción enzimática y funcionamiento de la membrana celular. Los electrolitos son vitales para mantener el equilibrio ácido-base y también son indispensables para transmitir la energía eléctrica dentro del organismo. El iniciar los líquidos por vía oral contribuye a regular el agua y los electrolitos del paciente reduciendo la necesidad de una terapia intravenosa prolongada.	Se logra mantener a la paciente hidratada con las soluciones parenterales, las cuales se suspenden los 3 días de post operatoria.
			Vigilar PNC (presión venosa central).	Las cifras de la tensión de la presión venosa central dentro de lo normal nos indican que se encuentran compensadas la pérdida de volumen dentro del organismo.	Se logra la normotaxia con la introducción de líquidos por vía parenteral y oral, por lo que se decide retirar el catéter de PNC.
			Asa de mucosas orales.	Refrinar a la paciente cuidados higiénicos de las mucosas orales evitando las grietas en los labios y el mal olor con el uso de agua, bicarbonato de sodio y cremas lubricantes.	Las mucosas orales se encuentran hidratadas y lubricadas sin peligro de que puedan sufrir lesiones con el uso de la ingesta de líquidos.

Disminución del peristaltismo.

Distensión abdominal. Acumulación de gases. Incapacidad para eliminar gases. Distensión de los movimientos peristálticos. Eliminación intestinal retardada.

Los pacientes que han sufrido cirugía abdominal experimentan dolor y distensión causados por acumulación de gases en el conducto gastrointestinal. Parte del gas es el que ha sido tragado durante las anestias o cuando el paciente está tumbado y dormido. Los excretos deopresivos de anestésicos y drogas, manipulación del intestino durante la operación y la falta de

ingestión de alimentos en el conducto contribuyen a la peristalsis. La acumulación de gases es causada por la incapacidad del intestino para eliminar o expulsar los a través de los movimientos peristálticos y las asas intestinales.

Iniciar la ambulancia temprana.

Iniciar la vía oral lo más pronto posible.

Auscultar el abdomen.

La posición debe modificarse al acostarse por sobre la posición en los miembros afectados.

Los signos vitales valorados son la presión arterial, pulso, respiración y temperatura.

Son de fundamental importancia para la valoración del paciente cuando alguno de ellos se encuentra alterado indica la existencia de un problema en el organismo humano que puede poner en peligro la vida del paciente.

La presión arterial se eleva proporcionalmente al aumento del flujo sanguíneo y a la resistencia de las arterias.

El temor, la angustia, el ejercicio, la edad, la pérdida del volumen sanguíneo y el estado de choque modifican la presión arterial.

El pulso es el resultado de la expansión y retracción de las paredes de los vasos arteriales, producida por el paso de la onda sanguínea, originada por la sístole y la diástole cardíaca.

La frecuencia respiratoria es el acto de inspirar y espirar.

El pulso varía según la edad, sexo, ejercicio físico, estado emocional del individuo y procesos patológicos.

Una respiración ineficaz es el movimiento de inspiración que introduce el oxígeno y la espiración que elimina el CO₂, agua y otras materias orgánicas.

La deficiencia de oxígeno en el organismo dificulta la función tisular.

La temperatura corporal es el resultado del equilibrio entre el calor producido por el ejercicio, la combustión de los alimentos, y el calor perdido por la piel, pulmones y desechos orgánicos principalmente.

En el organismo humano el centro regulador de la temperatura radica en el hipotálamo cerebral, cuya función fisiológica consiste en mantener

el balance entre el calor producido (termogénesis) y el calor perdido (termólisis).

El calor se pierde por radiación, evaporación, conducción y convección.

Las vulturas frecuentes en la cama, la ambulancia temprana y asistencia y el uso de fluidos y alimentos son útiles para restablecer la peristalsis normal y evitar distensión y dolores por acumulación de gases.

La ingestión de dietas líquidas, espesas y caliente ayudan a disminuir las molestias favoreciendo en esta forma los movimientos normales del intestino.

Tan pronto como se permitan los líquidos, se darán sorbos de lo que se aumentarán gradualmente en cantidad.

La ingestión se aumentará progresivamente a medida que el paciente tolere líquidos, dieta blanda y posteriormente dieta normal.

La reanudación de una dieta normal lo más pronto posible favorece la función gastrointestinal y la cicatrización de la herida.

Auscultar el abdomen es necesario para detectar los movimientos peristálticos. Los movimientos peristálticos en masa, impulsan la materia fecal del colon sigmoideo hacia el recto.

Los signos vitales se mantuvieron estables en todo momento.

La paciente mejoró después de expulsar los gases con ayuda de la desambulación.

Fotera la vía oral 24 horas evacuación formada con un mínimo de molestias.

Eliminación vesical.	Drenaje urinario por sonda Foley.	<p>La eliminación urinaria es importante para el funcionamiento fisiológico, se lleva a cabo por medio de una sonda Foley a derivación en el postoperatorio inmediato y por 24 horas.</p> <p>La eliminación de orina impide hinchazón de la zona operada, que la vejiga protuya por el abdomen y distensión.</p>	<p>Cuidados de la sonda Foley</p> <p>Registrar características de la orina: color, volumen y consistencia.</p> <p>Quantificar diuresis.</p> <p>Mantener la sonda fija al mulo y más abajo de la vejiga.</p>	<p>Cuando hay ausencia de peristaltismo se sospecha de íleo paralítico y es necesario notificar al médico para tomar las precauciones necesarias.</p> <p>La sonda Foley es un catéter que contiene una vía, una corriente de aire o líquido para insuflar al globo que quedará en el interior de la vejiga para evitar la salida de la sonda, la otra vía es para drenar la orina.</p> <p>La orina debe ser clara, la presencia de inmundicia motiva sospechar lesión del uréter o vejiga.</p> <p>Las condiciones normales la cantidad de orina que se elimina por día es de 1000 a 5000 ml.</p> <p>Una diuresis menor de 30 ml por hora nos está indicando un mal funcionamiento renal.</p> <p>La fijación de la sonda encima del mulo facilita el movimiento de la vejiga evitando ser obstaculizada.</p> <p>La bolsa deberá conservarse por abajo del nivel de la vejiga para evitar el reflujos de la orina del tubo a la vejiga y posibles infecciones ascendentes.</p> <p>La presencia prolongada de sangre y secreciones precedentes de la vejiga contribuyen a la reproducción de bacterias.</p>	<p>Se obtuvo una diuresis normal, la orina fue clara en todo momento.</p> <p>Se orientó a la paciente para mantener la sonda permeable y no hacer refugio, se retiró la sonda a las 24 horas post cirugía.</p>
Sangrado Transvaginal.	Secreción serohemática.	<p>Se presenta en todas las pacientes postoperatorias durante el corte del cuello uterino.</p> <p>El sangrado va disminuyendo día a día hasta que se suspende.</p>	<p>aseo perineal</p> <p>Uso de toalla ginecológica.</p> <p>Cambio frecuente de toalla.</p>	<p>El aseo y el jabón por acción mecánica previenen las secreciones y microorganismos, evitando el mal olor.</p> <p>La toalla ginecológica se deberá cambiar durante todo el tiempo que la paciente está sangrando, se fijarán las características del sangrado, color y olor, notificado de inmediato al médico si existiera alguna alteración.</p> <p>El cambio se hará frecuentemente, evitando el mal olor.</p>	<p>Con el aseo viene perineal y el cambio frecuente de toalla la secreción y el síntoma más cómodo.</p>
Depresión	Aislamiento	<p>La depresión es un síntoma en ocasiones frecuente en pacientes con historial, la mujer se siente que ha terminado su función reproductora y en ocasiones se queda. Por lo que se aisló del medio ambiente hospitalario.</p>	<p>Ayudo psicológico y emocional.</p> <p>Incorporación al medio ambiente familiar.</p>	<p>Establecer una comunicación directa con el paciente permitiéndole hablar sobre su estado de ánimo y las dudas que tiene en cuanto al funcionamiento fisiológico le permitan tranquilizarse y sentir seguridad.</p> <p>Se le informa a la paciente que al perder su útero no se ha disminuido o alterado su capacidad como ser humano, ella podrá seguir siendo una mujer, aunque su función reproductora ya no existirá.</p> <p>El retorno a su medio ambiente familiar y social sin alteraciones emocionales y de conducta le permitirán desarrollarse libremente.</p> <p>La buena orientación e información con respecto a sus dudas le permitirán salir del hospital con confianza y seguridad.</p>	<p>La orientación con respecto a su estado de ánimo y la capacidad de superar la etapa de depresión, se reincorporó al ambiente hospitalario.</p>
Estasis venosa.	Dolor de las venas safenas, inflamación.	<p>Se presenta unos días después de la cirugía por aumento de la viscosidad de la sangre después de una cirugía.</p>	<p>Evitar la constricción de las piernas.</p> <p>Cambios de posición</p> <p>Deambulación</p>	<p>Recomendar a la paciente que mueva las piernas en la cama, especialmente que haga flexión y extensión de las rodillas y dorsiflexión de los tobillos.</p> <p>La acción muscular favorece el flujo venoso y evita la estasis.</p> <p>Colocar correctamente a la paciente evitando que cruce las piernas para disminuir la compresión de las venas.</p> <p>La acción de los músculos de las piernas durante el ejercicio como en la deambulación facilita el retorno venoso.</p>	<p>Con las medidas asistenciales proporcionadas disminuyeron las molestias en el primer día de postoperatorio.</p>

Convalecencia.	Egreso del hospital.	<p>La convalecencia es el período en el que el organismo se repara de las pérdidas sufridas durante la cirugía, y se restablecen todas las funciones que se habían alterado.</p> <p>La convalecencia de toda paciente que ha sido operada se inicia cuando los signos vitales se mantienen estables y las funciones físicas se preparan para su recuperación.</p>	Orientar para el egreso de la paciente.	<p>Vendaje de miembros inferiores.</p> <p>El vendaje desde el tobillo hasta el tercio medio del muslo favorece el retorno venoso de los miembros pélvicos y previene la tromboflebitis.</p>	<p>La buena información para los cuidados que debe llevar en su hogar la paciente para su recuperación disminuye la tensión y proporciona seguridad.</p> <p>La paciente fue egresada en plena convalecencia, lo cual permitió una recuperación en corto plazo y su reintegración a las actividades que tenía antes de ser operada.</p>
Limitación física a la deambulaci6n.	<p>La cicatriz en la regi6n suprap6bica causa dificultad para realizar movimientos r6pidos que condicionan dolor.</p>	Uso de analg6sicos	<p>Informar a la paciente y familiares del uso de medicamentos que disminuyen el dolor y forma en que deberan ser tomados les permitir6 salir del hospital tranquilos y esto es una forma de combatir el dolor.</p>		
Dolor en la herida quir6rgica	<p>El dolor por efectos de la cirug6a se extiende hasta dos o tres semanas despu6s de la misma ocasionada por traumatismo de los m6sculos y est6mulo a los receptores del dolor.</p>	Curaci6n de herida quir6rgica.	<p>Se realiza cada tercer d6a con el prop6sito de eliminar g6menes capaces de propovovar una infecci6n.</p> <p>Se informa para que acudan al servicio de curaciones</p>		
Tendencia al estreñimiento.	<p>As6 mismo las pacientes postoperadas tienen dificultad para obrar como consecuencia de la cirug6a, la eliminaci6n se lleva a cabo al tercer o cuarto d6a sin molestias.</p>	Reposo y deambulaci6n.	<p>Iniciar la actividad f6sica paulatinamente, la paciente no deber6 levantar objetos pesados, subir escaleras, estar mucho tiempo de pie, hacer movimientos bruscos con el prop6sito de no entorpecer la cicatrizaci6n</p>		
Ingesta de dieta blanda con abundantes l6quidos.		Ingesta de dieta blanda con abundantes l6quidos.	<p>Una dieta blanda con la ingest6n de abundantes l6quidos permiten una buena peristalsis y favorecen la metabolizaci6n de ellos, para una eliminaci6n normal.</p>		
Retiro de puntos		Retiro de puntos	<p>El material de sutura debe retirarse a los siete d6as despu6s de la cirug6a para que no cause reacci6n en la piel o m6sculos superficiales.</p>		
Baño		Baño	<p>El baño debe ser en regadera, diariamente para eliminar bacterias de la piel y mal olor, adem6s el baño favorece la relajaci6n muscular produciendo efecto sedante.</p>		
Cita a la consulta externa de ginecolog6a.		Cita a la consulta externa de ginecolog6a.	<p>Se proporciona una cita al servicio de ginecolog6a a los quince d6as despu6s del alta para volver a la paciente con su recuperaci6n f6sica total.</p>		

GLOSARIO DE TERMINOS

- ANOXIA:** Disminución de oxígeno de los tejidos por debajo de la concentración fisiológica.
- ANSIEDAD:** Respuesta emocional a peligro de origen desconocido.
- ANURIA:** Falta de excreción urinaria.
- ASPIRACION:** El acto de tomar aire o de extraer algo; la eliminación de líquidos de una cavidad mediante presión negativa.
- BIOPSIA:** Extirpación y examen de tejido u otro material del cuerpo vivo.
- CONVALECENCIA:** Fase de Transición entre la enfermedad y el estado de salud.
- CHOQUE:** Estado de insuficiencia circulatoria periférica aguda.
- DEPRESION:** Sentido de tristeza o melancolía.

- ELECTROLITO:** Compuesto que en solución acuosa conduce a una corriente eléctrica.
- ESTASIS:** Estancamiento de la sangre u otro líquido en una parte del cuerpo.
- HIPERPLASIA:** Es el desarrollo (plasia) excesivo - - (anormal) de tejido u órgano, producido por causas congénitas o adquiridas (por ej. inflamaciones). El tejido u órgano hiperplásico incrementa su volumen por el aumento del número de células que lo constituyen, las cuales conservan su volumen normal.
- HIPERTROFIA:** Es el desarrollo excesivo de un tejido, de un órgano o de una zona completa de nuestro cuerpo debido al aumento volumétrico de las células.
- HORMONA:** Producto de las secreciones internas - de las glándulas vasculares del ovario, testículos, hipófisis, suprarrenales, etc.

- METABOLISMO:** Conjunto de procesos bioquímicos intermedios de transformación que deben sufrir las sustancias nutritivas ingeridas, al objeto de lograr su finalidad plástica y energética, antes de ser expulsadas como excorias orgánicas. En la fase catabólica se destruyen la materia celular envejecida y desgastada y se libera energía.
- MENOPAUSIA:** Cesación natural de las reglas y periodos de la vida, de 45 a 55 años, en -- que ocurren, edad crítica, climaterio. La artificial es producida por operación quirúrgica o radiación.
- NEOPLASIA:** Formación de tejido nuevo de carácter tumoral en cualquier parte del organismo.
- PERISTALSIS:** Movimiento vermiforme mediante el cual el tubo digestivo impulsa su contenido.
- TUMOR:** Masa neoplásica persistente de tejido nuevo sin función fisiológica, que crece independientemente de los tejidos - próximos.