

21/11/8



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MIOMATOSIS UTERINA

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
MARIA REYNA WEBER GALINDO

MEXICO, D. F.

1987



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

<u>INTRODUCCION</u>	1
<u>I. MARCO TEORICO</u>	3
1.1. Anatomía y fisiología del aparato reproductor fe- menino	3
1.1.1. Química de las hormonas sexuales	15
1.2. Epidemiología de la Miomatosis Uterina	17
1.2.1. Etiología	19
1.2.2. Clasificación topográfica	23
1.2.3. Fisiopatología	24
1.2.4. Variedades especiales del Mioma	27
1.2.5. Manifestaciones clínicas	29
1.2.6. Diagnóstico	31
1.2.7. Tratamiento	32
1.2.8. Complicaciones	35
1.2.9. Pronóstico	37

1.3. Historia natural de la Miomatosis	
Uterina.....	38
2. <u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	41
3. <u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	48
3.1. Objetivos	49
CONCLUSIONES	66
GLOSARIO DE TERMINOS	73
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS.	

INTRODUCCION

El conocimiento de las lesiones premalignas del aparato genital femenino no es igual en todos los sectores, pues por su frecuencia y mayor accesibilidad han merecido más atención las lesiones del cuello uterino, la vulva y la mama.

El estudio del cuadro clínico y el conocimiento de la anatomía y fisiología del órgano afectado permite comprender durante el proceso de atención de enfermería, la repercusión del padecimiento en el individuo, como un ser biosicosocial.

La Miomatosis Uterina es, entre los problemas ginecológicos uno de los más frecuentes y requiere de atención en alguna institución de salud.

El mioma es la neoplasia más común del aparato genital femenino; representa el 10% de los problemas ginecológicos en mujeres entre los 30 y 45 años de edad. Pueden ser únicos o múltiples; oscilan desde lesiones microscópicas hasta masas enormes. La transformación maligna es muy rara y ocurre en menos de 0.5% de los miomas. A veces causan síntomas agudos que requieren tratamiento urgente, ya que las pérdidas sanguíneas por causa de estos tumores pueden ser graves.

Los aspectos que se incluyen en este trabajo son:

1. El marco teórico, que explica la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, la acción de las hormonas sexuales, así como el marco teórico general de la enfermedad.

2. La historia clínica, en la que se detectan los problemas y necesidades de la paciente y con la cual se va a elaborar el diagnóstico de enfermería.

3. El plan de enfermería. Este se estructuró de acuerdo a los problemas detectados en la paciente durante su estancia en el hospital,

4. La conclusión, engloba todo el proceso de atención de enfermería.

5. Finalmente, la bibliografía, que se utilizó en la realización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y en anexos; el glosario de términos; los esquemas de la historia natural de la Miomatosis Uterina, y el plan de atención de enfermería.

CAMPO DE LA INVESTIGACION

El estudio clínico se realizó en una paciente con Miomatosis Uterina en el Hospital Regional 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E. en México, Distrito Federal.

1. MARCO TEORICO

1.1. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

El aparato genital de la mujer está compuesto por dos glándulas de secreción: interna y externa:

1.- Organos genitales internos, situados en la pelvis: ovarios, tubas uterinas, útero y vagina.

2.- Organos genitales externos, constituidos por La vulva, que incluye labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario e himen.

Labios mayores. Se originan en la región del Monte de Venus, se prolongan hacia abajo haciéndose más pequeños gradualmente hasta desaparecer en los tejidos de la parte posterior de la vulva; son el análogo del escroto del hombre. La piel que los cubre contiene folículos pilosos, glándulas sudoríparas y glándulas sebáceas, en la base del labio mayor de cada lado queda localizada una glándula compuesta, ramificada, llamada glándula de Bartholín.

Monte de Venus. Este es un cojín de grasa sobrepuesta en los huesos púbicos. Dicho cúmulo de tejido graso, que se cubre de vello en la pubertad, protege de traumatismo el delicado tejido subyacente.

Labios menores. Son más pequeños que los labios mayores

de estructura más delicada, pueden ser simétricos o asimétricos, con variaciones de tamaño, contienen glándulas sebáceas y algunas glándulas sudoríparas en el margen superior. Los dos labios menores se unen por encima y por abajo del clítoris formando el prepucio que yace encima del clítoris y el frenillo pudiendo, que es una delicada banda de tejidos que se encuentra por debajo del primero.

Clítoris. Análogo del pene del hombre, está situado por encima de la sínfisis del pubis, en el ángulo superior de la vulva donde se unen los labios menores. Abastecido de terminaciones nerviosas sensitivas tiene la propiedad de ser eréctil.

Himen. Esta membrana oval marca la división entre los órganos genitales externos y la vagina. Su grosor, tamaño y forma, dependen de las hormonas que circulan en el torrente circulatorio. Durante su periodo de crecimiento y desarrollo el himen cubre parcialmente la abertura externa de la vagina.

Uretra. Conducto excretor de la vejiga, mide de 4 a 4.5 cm. de longitud. Su abertura externa, llamada meato urinario, se ve en la parte superior del vestíbulo, abierta hacia el piso del meato lo mismo que hacia la parte más alta de la uretra. Cerca del meato se encuentran muchas glándulas tubulares pequeñas, son las glándulas de Skene. (2)

(1) Miller, Norman, Enfermería ginecológica p. 11

(2) Ibídem

Vejiga y recto. La vejiga es un órgano musculomembranoso situado dentro de la cavidad pélvica, delante del útero y la vagina. Detrás de estos últimos se localiza el extremo inferior del aparato digestivo, el recto. La vejiga y el recto pueden influir en la posición del útero y, a su vez, ambos pueden ser influidos por éste.

Durante el embarazo el útero ejerce presión sobre la vejiga al aumentar de tamaño, dando lugar a poliaquiuria. El cuello uterino puede palparse, en el transcurso del parto, con un dedo enguantado al introducirlo por el recto, un procedimiento útil para vigilar la evolución del parto. (3)

Ovarios. Gónadas femeninas, son un par de órganos ovoides aplanados, firmes y blanquecinos, con dimensiones aproximadas de 1.5X 3X3.5 cm., localizados en la pelvis verdadera. En la nulípara están contiguos y guardan relación casi vertical con el peritoneo de la pared lateral pélvica, se hallan en una depresión suave que es la fosa ovárica. Esta pequeña excavación está limitada hacia adentro por el cordón fibroso, correspondiente a la arteria umbilical, a los lados por el uréter y los vasos uterinos, hacia abajo por el nervio obturador y sus vasos satélites. El ovario se encuentra suspendido entre el útero y la pared lateral de la pelvis por el mesoovario, que pertenece a la aleta posterior del

(3) Bethea C., Doris. Enfermería Materno Infantil p. 27

ligamento ancho, también guarda relación con el útero a través del ligamento uteroovárico, que es una banda fibrosa que corre en el espesor del ligamento ancho.

La ovulación principia entre los 13 y 14 años de edad, disminuyendo mas o menos a los 45 o 50 años. El número de óvulos que puede tener en los ovarios una mujer varía entre 40 mil y 80 mil.

Trompas de Falopio. Son un par de conductos delgados que miden de 10 a 12 cm. de longitud y presentan movimientos peristálticos. Se originan en los cuernos uterinos, siguen una dirección posterolateral y se abren en la cavidad peritoneal por debajo, en la porción medial, de los ovarios. Están destinados a permitir el paso del óvulo hasta la cavidad uterina. Si está fecundado ahí se desarrollará, si no, será expulsado y dará lugar a la menstruación.

Vagina. Es un canal muscular delgado, parcialmente colapsado y rugoso que mide de 8 a 10 cm. de largo y aproximadamente 4 cm. de diámetro. La vagina se encuentra sostenida por los ligamentos cervicales transversos y los músculos elevadores del ano y ocupa un espacio intermedio entre la vejiga y el recto.

Utero. Es un órgano muscular hueco, tiene forma de pera o cono truncado, aplanado de delante hacia atrás, de base superior y de vértice inferior. Normalmente es único, pero puede ser doble o bien estar atrofiado, incluso faltar totalmente. Está situado en la parte media de la pelvis, entre la vejiga y el recto.

El óvulo que penetra en el útero procedente de las tubas uterinas, en caso de ser fecundado, sufre aquí su desarrollo hasta que el feto alcanza su madurez y es expulsado al exterior durante el parto. Aparte de esta función cumple la función menstrual.

Cuando el útero virgen ha alcanzado su completo desarrollo se presenta como un cuerpo piriforme aplanado de adelante hacia atrás. En este se distingue el fondo, el cuello y el cuerpo. La longitud media del útero adulto, en la mujer no grávida, es de 6-7.5 cm. (el cuello uterino en la niña recién nacida mide 2.5 cm.) El cuello es más largo que el cuerpo del útero, pero este último sufre un crecimiento intensificado durante el periodo de la pubertad. Tiene un peso de 40 a 50 grs. en la nulípara y 60 a 70 grs. en la múltipara.

El útero de la mujer grávida varía rápidamente de forma y dimensiones en el octavo mes del embarazo, alcanza una longitud de 18 a 20 cm., adquiere una forma redonda u ovalada y desplaza en su crecimiento las hojas del ligamento ancho. Las fibras musculares no solo se multiplican en cantidad sino que aumentan en dimensiones.

Después del parto el útero recupera su estado original, anterior a la gestación, pero manteniendo unas dimensiones algo mayores. Las fibras musculares, aumentadas de volumen, sufren una degeneración grasosa. En la vejez, el útero presenta manifestaciones de atrofia y su tejido se vuelve más pálido y más denso al tacto.

La pared uterina está constituida principalmente por fibras musculares gruesas, entrelazadas, particularmente gruesas en el fondo uterino. Esta red muscular se encuentra perforada por los vasos que la irrigan. La cavidad del útero es pequeña y está revestida por el endometrio que sangra, se descama y se regenera periódicamente durante la vida reproductiva.

La pared del útero consta de tres tónicas fundamentales:

1. Túnica serosa o perimetrio, formada por el peritoneo visceral adherido al útero.

2. Túnica muscular o miometrio, contiene la parte fundamental de la pared uterina, está compuesta por fibras musculares lisas que se entrecruzan en todas direcciones.

3. Túnica mucosa o endometrio, tapizada de epitelio vibrátil, abastecida de glándulas tubulosas simples que penetran hasta la túnica muscular.

El útero posee un grado considerable de movilidad. Está situado de tal forma que su eje longitudinal es casi paralelo al eje de la pelvis; si la vejiga se encuentra vacía el fondo del útero se dirige hacia adelante y su cara anterior mira adelante y abajo. Esta desviación se denomina ANTEVERSION. En esta posición el cuerpo del útero constituye con el cuello uterino, un ángulo abierto hacia delante, lo que se denomina ANTEFLEXION. Al dilatarse la vejiga el útero puede ser desplazado hacia atrás, lo cual se conoce como RETROVERSION. La curvatura del útero hacia atrás constituye una manifestación patológica.

El útero recibe sangre arterial de la arteria uterina y, en menor proporción, de la ovárica. La arteria uterina tiene a su cargo la irrigación sanguínea del útero, de los ligamentos anchos y redondos, de las tubas uterinas, los ovarios y la vagina; se extiende sobre la base del ligamento ancho del útero, luego corre hacia abajo y mediamente se cruza con el uréter y, después de emitir la arteria vaginal, atraviesa el cuello uterino y la vagina, se encorva hacia arriba elevándose en dirección del ángulo superior del útero. Después de alcanzar el fondo del útero la arteria uterina se bifurca en dos ramos terminales:

1. Ramo Tubario
2. Ramo Ovárico

Los ramos de la arteria se anastomosan en el espesor del útero con los ramos homónimos del lado opuesto. Estos constituyen múltiples ramificaciones en la túnica muscular y en la túnica mucosa, adquieren un particular desarrollo durante el embarazo.

La inervación del útero procede del plexo hipogástrico inferior (simpático) y de los N.N.*esplénicos pelvianos (parasimpático). (4)

Estructura.

La pared uterina está constituida por tres capas:

- A) Endometrio

(4) Quiroz Gutiérrez, Fdo, Tratado de Anatomía Humana, p. 307

* Nervios

B) Miometrio

C) Perimetrio

Función del Utero.

Alberga al huevo hasta su máximo desarrollo. La mucosa uterina no se encuentra siempre preparada para la recepción de las células embrionarias, sino que experimenta una serie de transformaciones periódicas que construye el ciclo uterino. En este ciclo existe un determinado periodo en el que es posible la implantación, si esto no ocurre se pierde el estado de preparación y el endometrio se descama. Esta descamación endometrial constituye el flujo menstrual.

La aparición del primer ciclo uterino se designa con el nombre de menarquía. Los ciclos ováricos y uterinos continúan aún cuando la mujer llega a los 40 años de edad. A partir de los 45-50 años de edad el ciclo sexual suele hacerse irregular hasta desaparecer por completo. Este momento es conocido como menopausia.

El ciclo uterino puede dividirse en tres fases:

A) Menstruación

B) Fase proliferativa o preovulatoria

C) Fase secretoria o postovulatoria

Menstruación:

El primer paso en la destrucción del epitelio tiene lugar cuando los vasos sanguíneos del endometrio se contraen, estallan y desorganizan el tejido. Se desprenden placas del endometrio y se produce hemorragia procedente de los vasos sanguíneos rotos. Es-

ta sangre no se coagula y se pierden unos 35 ml. durante este periodo que dura regularmente 3 a 5 días.

Fase proliferativa:

Esta fase ocurre simultáneamente con la etapa folicular del ovario. La superficie uterina se repara, las glándulas endometriales se desarrollan y el tejido conjuntivo prolifera de nuevo. Todo ello contribuye a aumentar considerablemente el espesor del endometrio.

El endometrio está preparado para la siguiente fase del ciclo uterino. La ovulación tiene lugar cuando termina la fase proliferativa y empieza la fase secretoria.

Fase secretoria:

Ocurre de manera simultánea a la fase del ciclo ovárico correspondiente a la formación del cuerpo lúteo. Durante este periodo el cuerpo lúteo segrega progesterona, pero los ovarios continúan produciendo estrógenos, esta fase termina al cesar la secreción de progesterona por parte del cuerpo lúteo. Privado de un soporte hormonal, el endometrio comienza otra vez a descamarse y aparece de nuevo la menstruación. (5)

Fase gestacional:

Cuando ocurre el embarazo persiste la actividad secretoria. La presencia de secreción, edema y predecidua sugieren la existencia de embarazo, aunque no haya cese de la menstruación.

(5) Reith, P., Edward, Texto básico de anatomía y fisiología para Enfermería, p. 452

El moco cervical sufre cambios en consistencia y en cantidad durante el ciclo menstrual. (6)

Medios de fijación del Utero:

El útero está sostenido, en su posición normal, por 6 ligamentos constituidos por repliegues peritoneales, que contienen en su interior las formaciones ligamentosas propiamente dichas; también contribuyen a su fijación la cúpula vaginal y los músculos del perineo. Los ligamentos uterinos, pares y simétricos, son:

- A) Anchos
- B) Redondos
- C) Uterosacros

Ligamentos Anchos:

Son dos tabiques transversales que van de los bordes uterinos a las paredes pélvicas, cuya forma es más o menos cuadrangular y adoptan una dirección semejante al útero. El ligamento Ancho contiene en su parte superior, en el mesosalpinx, restos de tejido embrionario del órgano de Rosenmüller, islotes de tejido ovárico, y aún cápsulas suprarrenales accesorias.

Están constituidos por el peritoneo uterino, cuyas hojas anterior y posterior se adosan en su bordes, formando el repliegue que va por fuera a las paredes laterales de la pelvis y alcanza por abajo el piso pélvico.

(6) Benson C, Ralph, Manual de ginecología y obstetricia, p. 32

Ligamentos redondos:

Son cordones redondeados, extendidos desde los ángulos laterales del útero hasta el conducto inguinal y el pubis, tienen una longitud de 12 a 14 cm. con un diámetro de 4 a 5 milímetros. Nacen por delante y por abajo de la trompa uterina, se dirigen hacia afuera por el espesor del ligamento ancho del cual forman la aleta anterior, hasta llegar al orificio profundo del conducto inguinal, pasando antes sobre el cayado de la epigástrica en el momento preciso que cambia de dirección. Se introducen en el conducto inguinal y lo recorren en toda su extensión, al salir de éste se dividen en haces divergentes que van a insertarse a la espina del pubis y al tejido celular de los grandes labios y del Monte de Venus.

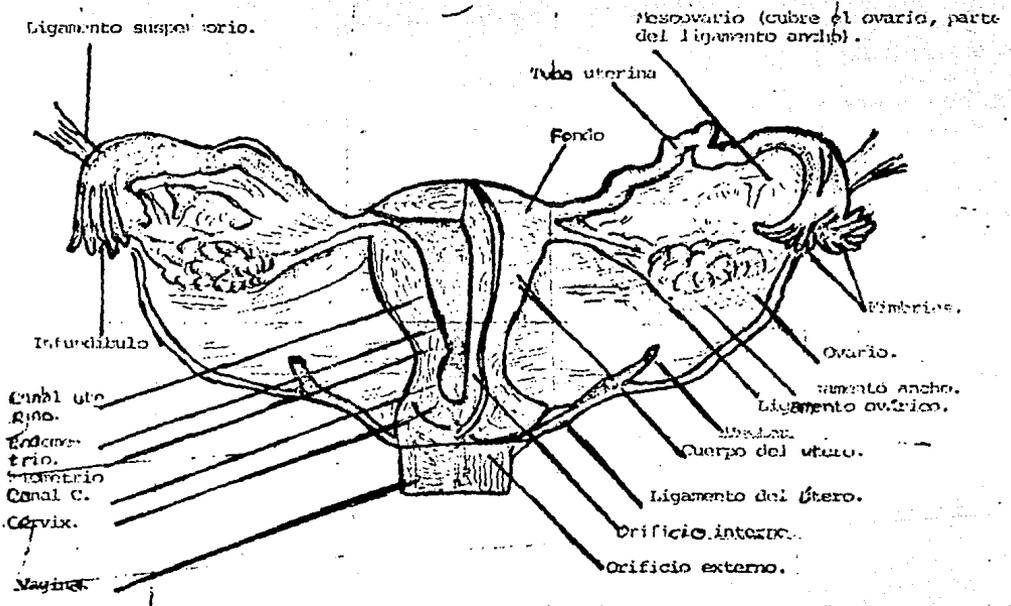
Ligamentos Uterosacrosos:

Se extienden de la cara posterior del cuello uterino a los límites del istmo. Su inserción posterior, sobre la cara anterior del sacro, es en la 2a. o 3a. vértebra sacra y a veces en la 1a.

Se hayan constituidos por tejido celular del espacio pelvirrectal superior que se condensa hasta tomar el aspecto de una membrana, la cual contiene en su parte superior fibras musculares lisas. Estas se continúan por delante con las fibras uterinas que, cuando están muy desarrolladas, forman lo que se llama músculo retractor uterino de Luschka. (7)

(7) Quiroz Gutiérrez, op. cit. p. 317

Utero y estructuras femeninas de la reproducción



Existen también los ligamentos cervicales transversos, ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt y los músculos elevadores del ano.

Los impulsos nerviosos que llegan al Utero lo hacen a través de S2-S4. Los impulsos aferentes alcanzan el Sistema Nervioso Central siguiendo las raíces posteriores de D5-D12 y conducen estímulos simpáticos.

I.I.I. Química de las hormonas sexuales:

Estrógenos

En la mujer normal, no embarazada hay secreción de estrógenos en los ovarios en cantidades importantes y en las cortezas suprarrenales en cantidades mínimas. Durante el embarazo la placenta también secreta cantidades enormes, hasta 300 veces la cantidad secretada por los ovarios durante el ciclo sexual normal. Se han aislado del plasma sanguíneo de la mujer hasta 6 estrógenos naturales, pero solo 3 en cantidades notables: estradiol, estroma y estriol.

El estradiol, como la estroma, se halla en grandes cantidades en la sangre venosa de los ovarios. El estriol es un producto de oxidación proveniente de las dos primeras, la conversión tiene lugar principalmente en el hígado. La potencia estrogénica del estradiol es 12 veces mayor que la de la estroma y 80 veces mayor que la del estriol. Por otra parte, la cantidad de estroma secretada por los ovarios es en promedio cuatro veces mayor que la cantidad del estradiol. Por tanto se considera al estra-

diol como el estrógeno más importante secretado por los ovarios. Poco después de ser secretado por el ovario, el estradiol y la estroma que no fueron utilizados en las funciones fisiológicas de las células se oxidan transformándose en estriol.

El hígado también conjuga los estrógenos para formar glucorónidos y sulfatos; aproximadamente la quinta parte de estos productos conjugados es eliminada con la bilis y cantidades menores pasa a la orina. El hígado también combina los estrógenos en forma lábil para formar estroproteína. Es en esta forma principalmente como circulan los estrógenos en los líquidos extracelulares, por lo tanto, el hígado desempeña un papel clave en el metabolismo de los estrógenos.

Efectos sobre los órganos sexuales durante la infancia:

Los estrógenos son secretados en muy pequeñas cantidades, pero después de la pubertad aumentan mucho por influencia de las hormonas gonadotrópicas hipofisarias, hasta 20 ó más veces. Entonces, cuando los órganos sexuales femeninos pasan de ser infantiles a los de la vida adulta, las trompas de falopio, el útero y la vagina aumentan de volumen, también se desarrollan los genitales externos, depositándose grasa en el Monte de Venus y los labios mayores con agrandamiento considerable de los labios menores. Además del aumento de volumen de la vagina, los estrógenos modifican el epitelio vaginal que pasa de cúbico a estratificado, considerablemente más resistentes que el epitelio prepuberal a traumatismo y a infecciones. Durante los primeros años que siguen

a la pubertad, las dimensiones del útero aumentan el doble o el triple, ocurren cambios en el endometrio por influencia de los estrógenos, que provocan gran proliferación del endometrio, con desarrollo de glándulas adecuadas que más tarde servirán para ayudar a la nutrición del huevo implantado.

Los estrógenos y la progesterona:

Los estrógenos provocan principalmente proliferación de las células específicas en el cuerpo y son causa de crecimiento de los órganos sexuales y de la mayor parte de los caracteres sexuales en la mujer. La progesterona se relaciona totalmente con la preparación del útero para el embarazo o de las mamas para la lactancia. (3)

1.2. Epidemiología de la Miomatosis Uterina:

El conocimiento de las lesiones premalignas no es igual en todos los sectores del aparato genital femenino, por su frecuencia y mayor accesibilidad han merecido más atención las lesiones del cuello uterino, la vulva y la mama.

Un porcentaje muy elevado de mujeres padece fibromas, tumores de origen fibroso muscular, llamados miomas cuando se localizan en las paredes del útero o en las mamas.

El Mioma es la neoplasia benigna más común del sistema genital femenino, es esferoide, de color rosado y consistencia

(8) Guyton, Artur, Tratado de fisiología médica, p. 207

firme, causa del 10% aproximadamente de los problemas ginecológicos. Se originan de las células musculares lisas inmaduras que recubren las arterias del miometrio y se observan con frecuencia en multiparas entre los 30 y 45 años de edad, aunque Barber y Graber observaron un caso en una niña de II años de edad. En el recién nacido (RN) pueden encontrarse Miomas minúsculos (9). Pero estas formaciones no sufren ninguna modificación antes de la pubertad.

La mayoría son benignos y asintomáticos, están compuestos de músculo liso y no de tejido fibroso por lo que se llaman Leiomiomas. Los miomas uterinos pueden ser únicos o múltiples, oscilan en tamaño desde lesiones microscópicas hasta masas enormes, pudiendo pesar hasta 45 kgs. Después de la menopausia no suelen presentarse nuevos tumores, y los ya existentes disminuyen de tamaño, aunque no desaparecen. La transformación maligna es muy rara y ocurre en menos de 0.5% de los Leiomiomas.

Aunque suelen ser asintomáticos los leiomiomas a veces causan síntomas agudos que requieren tratamiento urgente. Las pérdidas sanguíneas de estos tumores pueden ser graves. Los miomas fueron los primeros tumores clasificados como dependientes de la acción hormonal, puesto que las hormonas femeninas regulan su desarrollo estimulando el crecimiento y subdivisión de los

(9) Novak, Edmund, Tratado de Ginecología, p. 352

elementos que lo forman y mejorando la irrigación sanguínea del tejido que lo alberga. Pueden localizarse en el cuello o en el cuerpo del útero cuando alcanzan gran tamaño, comprimen la vejiga y pueden provocar retención urinaria por bloqueo de la uretra.

1.2.1. Etiología.

Se desconoce la causa del Mioma:

1. Se ha comprobado que histológicamente procede de tejido muscular.
2. Se ha pensado también en la estimulación estrogénica de los elementos fibromusculares susceptibles. Se sabe que los miomas aumentan de tamaño con terapéutica de estrógenos en dosis elevadas, en una gestación avanzada; además disminuyen de tamaño y llegan a desaparecer en la menopausia.
3. No se ha encontrado ninguna explicación al porqué se presentan en unas mujeres y en otras no, aun sabiendo que el estrógeno sí se produce en todas las mujeres.

Por lo general son múltiples, discretos y esféricos, pero en ocasiones tienen lobulaciones irregulares, se encuentran delimitados con el miometrio, pueden ser enucleadas con facilidad del tejido normal sobre el cual están fijados, ya que su estructura es compacta y se hayan bien encapsulados, lo que hace posible separarlos del resto de la pared muscular del útero. En el examen macroscópico de un corte transversal, el tumor tiene un color café, es redondeado, suave de consistencia firme, tiene un color más claro que el miometrio.

Los miomas de formación reciente, a diferencia de los antiguos, están bien vascularizados. La frecuencia con que el mioma está asociado al embarazo es difícil de precisar, sobre todo por el hecho de que hay una gran cantidad de nódulos miomatosos pequeños que existen en matrices no embarazadas. La asociación de mioma y embarazo se presenta con una frecuencia entre 3 y 8 por cada mil.

Durante el puerperio los miomas involucionan en un proceso regresivo, inverso al que sufrió la fibra muscular durante el embarazo. Los miomas que habían crecido durante el embarazo retroceden en el curso del puerperio.

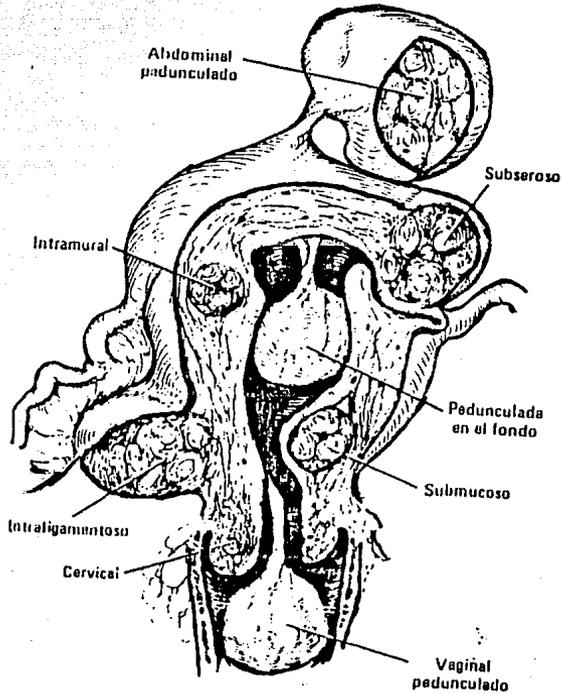
Sin embargo, parece ser que los nódulos miomatosos, no recuperan sus dimensiones primitivas, sino que quedan de un tamaño algo mayor al que tenían antes de que ocurriera el embarazo.

El Mioma es factor de esterilidad en casos excepcionales, de tal manera que una matriz miomatosa se embaraza con la misma facilidad con que lo hace una matriz completamente sana.

En el curso del parto un mioma puede obstaculizar la penetración del producto en el estrecho superior. El mioma representa un estorbo para que el producto se encaje o progrese en el canal pelvigenital.

Durante el alumbramiento y el puerperio los miomas representan un peligro potencial por los trastornos que puedan originar durante la dinámica uterina (hemorragia post-parto, subinvolución uterina) y por la retención de fragmentos placentarios,

Clasificación topográfica de los miomas uterinos.



Fuente: Benson, Ralph, Manual de ginecología y obstetricia, p. 557

que ocurre con mayor frecuencia cuando aquéllos existen.

Puede dar lugar, además, a las presentaciones viciosas, por ejemplo, a la presentación transversa a la pélvica, a la presentación de cara o de frente, porque el mioma puede deformar a la cavidad uterina. (10)

Síntomas de compresión: Existen síntomas de compresión de uretra y vejiga: (retención urinaria, tenesmo, disuria, poliaquiúria). Los miomas intraligamentarios de gran tamaño pueden comprimir y dislocar los uréteres. El recto es presionado por los miomas del cuello o cuerpo uterinos, solo o en unión del útero retrovertido ocupa parte del bacinete pélvico. Estos tumores dificultan mecánicamente la defecación y producen estreñimiento crónico, tenesmo, brotes hemorroidales; existen también contracciones dolorosas en nulíparas, los dolores se exacerban con la marcha prolongada, la defecación difícil o al acostarse de un lado, pueden ser debido a las adherencias que ejercen tracciones sobre el peritoneo.

Anteriormente se tenía conocimiento de que el corazón era afectado a causa de los miomas, es decir, debido a las hemorragias abundantes y permanentes, lo cual hacía que disminuyera su energía.

Como consecuencia de ello y de la compresión ejercida

(10) Castelazo Ayala, Luis, Obstetricia, p. 751

por el mioma sobre los vasos de la pelvis, se produce tromboflebitis en el interior del tumor y en las venas ilíacas, externa e interna, que pueden ser motivo de un gran edema en el miembro inferior.

La fiebre indica que el mioma es asiento de una infección, de supuración o de necrosis. (17)

1.2.2. Clasificación

Para la clasificación de los miomas se toma como base la posición que ocupan en las distintas capas que forman la pared uterina, se dividen en tres grupos:

- A) Tumores submucosos
- B) Tumores intersticiales o intramurales
- C) Tumores subserosos o subperitoneales

Tumores submucosos:

Se desarrollan inmediatamente por debajo del endometrio, desplazando a este último a medida que aumentan de tamaño, son más propensos a producir hemorragias profusas y necesitan histerectomía aunque sean pequeños. La superficie de estos tumores submucosos pedunculados muchas veces se ulcera e infecta, e incluso sufre infartos.

Tumores intersticiales:

Se encuentran situados en la pared muscular, no muy cerca de la

(17) Stoecke, W., op. cit. p. 430

mucosa o de la serosa. Cuando son de gran tamaño y múltiples hacen que el órgano, al cual imprimen un contorno y una consistencia nodular notable, aumente de volumen.

Tumores subserosos:

Al igual que los submucosos, pueden ser sésiles o pediculares.

A veces, grandes venas que recubren la superficie del fibroma se rompen y causan hemorragia intraperitoneal masiva.

Tumores intraligamentarios:

Son tumores subserosos que se desarrollan entre los repliegues del ligamento Ancho llegando a comprimir el uréter y los vasos iliacos.

Tumores parásitos:

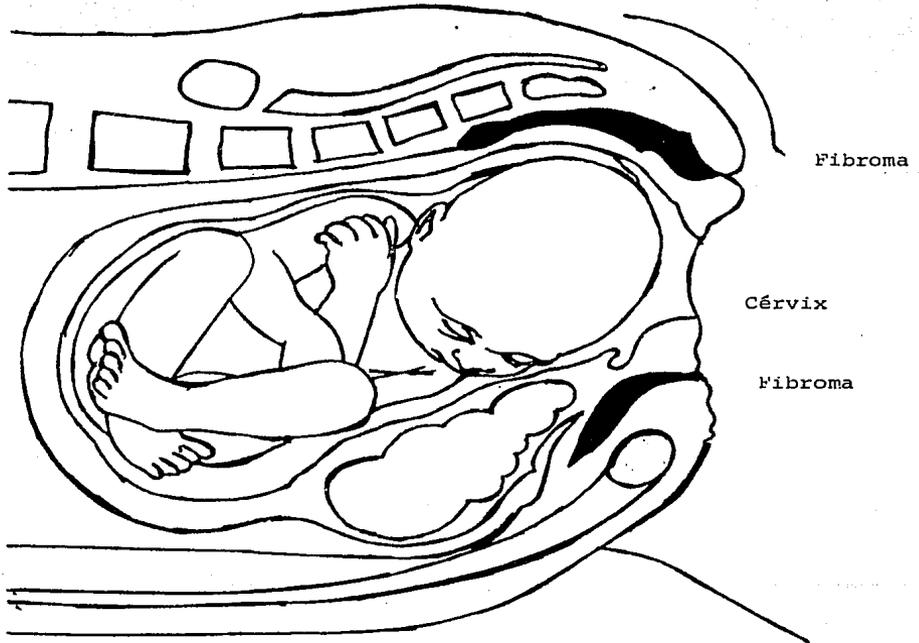
Este tipo de tumor recibe cada vez mayor cantidad de sangre proveniente de los vasos epiplóicos y menos de los vasos uterinos. El tumor suele acabar por separarse totalmente del útero, al propio tiempo que el pedículo se adelgaza cada vez más; por último desaparece, estos tumores son raros. (11)

1.2.3. Fisiopatología

Por lo general los miomas son múltiples, discretos y esféricos, pero en ocasiones tienen lobulaciones irregulares. Pueden ser enucleados con facilidad del tejido normal sobre el que están fijados. En el examen macroscópico, al corte transversal, el tumor

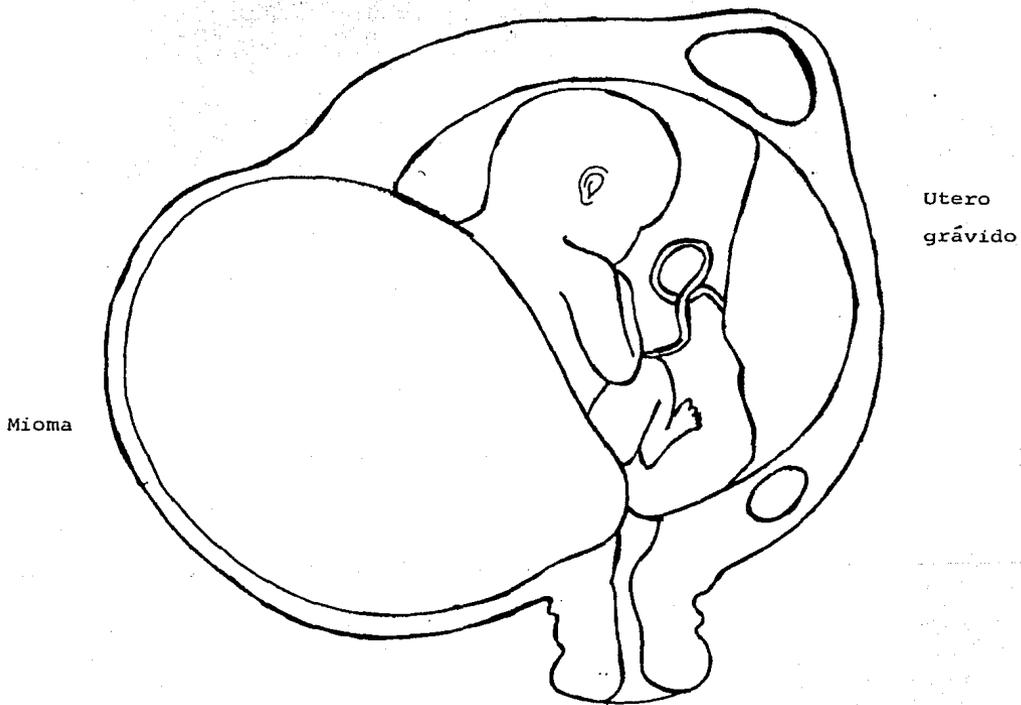
(11) Novak, Edmund, op. cit., p. 352

Fibromas retractados con la *cérnix* para permitir
el paso del niño.



Fuente: Revista Médica, IMSS, 1980, Vol. s/v, No. 18

Degeneración roja de fibroma en útero grávido.



Fuente: misma de la figura No. 3

tiene un color de piel de búfalo, son redondeados, suaves y, por lo general, de consistencia firme. Estos tumores tienen un color más claro que el miometrio.

Un mioma típico en desarrollo revela un patrón de remolinos de músculos liso y tejido conjuntivo fibroso, en proporción variable. Es notoria la uniformidad de los miocitos y el aspecto benigno característico que muestra el citoplasma nuclear. Ocasionalmente se observa telangiectasia o linfectasia en una muestra de corte reciente. Los miomas pueden proyectarse por arriba de la superficie de la musculatura circunvecina y revelar una seudocápsula. (12)

1.2.4. Variedades especiales del mioma

1. El adenomioma: se diferencia del mioma puro porque contiene inclusiones glandulares, cuyos epitelios presentan señales evidentes de proliferación.

Tipos de adenomiomas: A) tumores que contienen glándulas o quistes que proceden de restos pronefros, del conducto de Gartner (sólo en el cuello), de restos embrionarios dislocados del conducto de Müller (sólo en los ángulos uterinos) o de restos del paraovario (miomas mesofrénicos de Recklinghausen.

B) La forma más frecuente, sin duda, es la hiperplasia muscular difusa con inclusiones glandulares procedentes de la pro

(12) Benson, Ralph, Diagnóstico y tratamientos ginecoobstétricos, p. 244

liferación del epitelio de la mucosa o del endotelicoseroso.

Los quistes del útero son muy raros, existen unos veinte casos descritos en la literatura. A menudo, cuando sientan submucosamente, son diagnosticados como miomas o como quistes del ovario.

La degeneración maligna de los adenomiomas es rara, sin embargo, en casos aislados se ha comprobado la degeneración cancerosa de los elementos epitelianos y la degeneración mesodérmica.

2. Miomas telangiectásicos y linfagictásico: estos miomas se caracterizan por su enorme riqueza en vasos sanguíneos o linfáticos, que a menudo están fuertemente dilatados. En la primera, de las dos variedades, la dilatación también afecta a los vasos de los genitales, en particular a las venas uterinas y uteroováricas, que pueden llegar a tener el diámetro de una asa del intestino delgado (varicocele). Las dilataciones linfagictásicas contienen un líquido de color amarillo limón que se coagula rápidamente al contacto del aire.

De los tumores poco frecuentes mencionaremos al lipoma del útero, y el también raro linfocistofibroma (13).

Originalmente todo mioma es redondo, a menudo conservan esta forma inicial, aunque alcancen gran tamaño; pero otras veces

(13) Stoeckel, W., Tratado de ginecología, p. 422

sobre todo en los submucosos, las resistencias que se oponen a su crecimiento modifican su forma, haciéndolos piriformes (en forma de pera o reloj de arena, por la constricción del cuello).

Cuando hay varios miomas intersticiales juntos se dificultan mutuamente el crecimiento, el resultado son tumores aplanados, semilunares y de configuración irregular. Los miomas, a excepción de los adenomiomas, se diferencian muy bien macroscópicamente de los tejidos que los rodean, con los cuales contrastan por su color blanco. Todo mioma circunscrito se rodea de una cápsula al alcanzar cierto tamaño; yace en su interior como una fruta dentro de su cáscara, lo cual facilita su enucleación.

La cápsula se forma al reaccionar la túnica muscular contra la presión ejercida por el tumor, lo cual da lugar a la estratificación concéntrica de los haces musculares y las fibrillas conjuntivas, en torno del mioma. Cuando más crece el mioma submucoso o subseroso, por fuera de la cavidad uterina, más se adelgaza la cápsula en la cima del tumor y finalmente, como la compresión va siendo mayor, se atrofia y se desgasta. La verdadera ruptura de la cápsula por el mioma únicamente tiene lugar en los casos de supuración del tumor. (14).

1.2.5. Manifestaciones clínicas

Los miomas determinan síntomas locales y generales. Los síntomas

(14) Ibidem., p. 410

variados locales pueden agruparse en: a) síntomas que traducen una perturbación uterina: hipermenorrea, metrorragia, flujo, y dolor. b) síntomas de compresión y c) síntomas que evidencian modificaciones intrínsecas del tumor.

Hipermenorrea: se produce por la pérdida de la efectividad contráctil del miometrio, pues los núcleos tumorales actúan como cuerpos extraños disociando la arquitectura muscular del útero y trastornando, o impidiendo, una contracción uniforme.

Metrorragia: se debe a trastornos en la epitelización de la capa basal. El estiramiento del endometrio, que recubre el mioma, provoca la separación de las glándulas entre sí y, sólo por razones de distancia, prolonga la epitelización de la herida menstrual.

Flujo: es de aspecto y cantidad variable; es constante cuando existen los miomas submucosos esfacelados, en este caso se trata de flujo hematopurulento fétido.

Dolor: Puede deberse a las contracciones miometriales, que se generan cuando el útero trata de librarse de un blastoma, incrustado en su pared, para transformarlo en submucoso o subseroso. El dolor es de tipo cólico, uterino, persiste todo el mes y se exacerba durante la regla.

Esterilidad: En ciertas pacientes el mioma puede impedir la fecundación o ser causa de infertilidad cuando provoca abortos iterativos. Se desconoce si esto es secundario a un trastorno en el transporte de los espermatozoides y del óvulo, o a la

implantación defectuosa. (15)

Además de causar esterilidad, los miomas pueden aumentar mucho la frecuencia de abortos, generalmente durante el primer trimestre. Durante el segundo trimestre puede manifestarse dolor e hipersensibilidad en pacientes con miomas antes asintomáticos, además de presentar fiebre leucocitosis y desarrollo de un abdomen agudo quirúrgico. Este último suele ser provocado por degeneración encarnada, fenómeno curioso del embarazo que probablemente deviene por una circulación inadecuada en el fibroide.

Durante el tercer trimestre y en las proximidades del parto, un fibroide puede causar hemorragia prematura, inercia uterina o bloqueo mecánico de las vías genitales. (16)

1.2.6. Diagnóstico:

El diagnóstico del mioma uterino no suele ser difícil, aun cuando cualquier masa pélvica pueda confundirse con éste. El examen pélvico, con la paciente anestesiada, puede aclarar el diagnóstico, particularmente en mujeres obesas y en aquellas incapaces de relajar sus músculos abdominales.

Los quistes ováricos tensos, los tumores o las masas inflamatorias tuboováricas induradas, pueden confundirse con miomas subserosos. El aumento de tamaño del útero por embarazo, cán

(15) Cataroni Ruiz, Ginecología, p. 325

(16) Novak, Edmund, Tratado de ginecología, p. 360

cer, adenomiosis, hipertrofia del miometrio, subinvolución, anomalías congénitas o anexos adherentes, puede ser erróneamente atribuido al mioma. Debido a que puede haber un feto dentro de un útero obviamente miomatoso, deberá hacerse una prueba de embarazo a todas las mujeres en edad reproductiva.

El diagnóstico definitivo se puede establecer por medio de un legrado parcial, ya que pueden coexistir con leiomiomas uterinos otras afecciones que deben ser descartadas antes de la operación definitiva. (18)

1.2.7 Tratamiento

No todos los miomas requieren tratamiento activo, pero como todos pueden empeorar más tarde, el tratamiento expectante debe ir siempre asociado a la advertencia de que es necesario realizar exámenes periódicos con intervalos regulares de seis meses. Cuando la función menstrual cesa, el mioma raramente causa dificultad y muchas veces involuciona. En la mujer premenopáusica, cuando se trata de miomas ligeramente sintomáticos, el tratamiento se limita a simple observación.

En todos los casos deben considerarse factores tales como edad, deseo de procreación, probabilidad de menopausia inminente, etc. Sin embargo, no se puede permitir que un mioma siga creciendo aunque sea asintomático, sobre todo cuando la mujer es

(18) Benson, Ralph, op. cit., p. 274

joven y el tumor lleva largo tiempo de desarrollo o cuando hay signos de crecimiento rápido.

Los miomas muy voluminosos pueden representar problemas quirúrgicos difíciles, o hacen inevitable la histerectomía.

Un útero raramente produce síntomas durante la fase postmenopáusicas; sin embargo, debe sospecharse un cambio sarcomatoso o la posibilidad de que el supuesto tumor uterino en realidad sea ovárico, en ambos casos esta indicada la exploración quirúrgica.

Radioterapia: la menopausia radioterápica sólo se utiliza en pacientes de mal pronóstico o cuando el fibroide es menor que un embarazo de tres meses, no es submucoso, no se acompaña de enfermedad inflamatoria y no dificulta las funciones del recto.

Tanto el radio como la radioterapia profunda son muy eficaces en el tratamiento del mioma uterino. El radio tiene la ventaja de no necesitar aplicarse más de una ocasión, además de que muchas veces puede ser aplicado al mismo tiempo que se efectúa el raspado diagnóstico.

Tratamiento quirúrgico: La miomectomía halla su mayor aplicación en la extirpación de tumores, específicamente en casos cuya importancia radica en conservar la función reproductora. Por otra parte, ante la presencia de nódulos miomatosos grandes y múltiples las posibilidades de embarazo de la paciente son mínimas, por lo que la histerectomía suele ser lo más indicado. Cuando la histerectomía se efectúa en mujeres que todavía están en fase

menstrual, es importante respetar uno o ambos ovarios. Sin embargo, parece comprobado que el ovario postmenopáusico no es un órgano afuncional e inútil. De acuerdo a la anatomía patológica en el ovario postmenopáusico conservado hay todavía cierto peligro de neoplasia. (19)

(19) Novak, Edmund, op. cit., p. 363

1.2.8. Complicaciones

Las complicaciones de la miomatosis son la degeneración benigna y los cambios malignos.

A. La degeneración benigna es de las siguientes clases: atrófica, hialina, quística, calcificada, séptica, carnosa o roja, mixomatosa o grasa.

B. El cambio maligno puede ser generativo o no generativo, el leiomiomasarcoma se presenta más o menos en 0.1% ó 0.5% de las pacientes con mioma. (20)

Miomas y embarazo: Aunque no se sabe si los miomas alteran la fertilidad, la miomectomía amplia, para algunas mujeres, la oportunidad de concebir después que se han excluido otras causas de esterilidad. La frecuencia de embarazo después de la miomectomía es mucho mayor que en las mujeres estériles que no han tenido operación. Se cree que un mioma, por lo regular, precede a un embarazo, durante el cual es descubierto; pero el tumor puede no ser aparente hasta que el embarazo esta bien establecido.

Durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, los miomas pueden aumentar de tamaño debido a edema o a hemorragia, y los cambios degenerativos pueden producir dolor e hiperes-
tecia localizada. El reposo en cama y la administración de narcó-
ticos resulta útil. Una vez que el episodio cede, la paciente puede llegar a término su embarazo.

(20) Benson, Ralph, op. cit., p. 558

Durante el parto los miomas pueden producir inercia uterina, distocia fetal o bloqueo del conducto del parto. En general, los miomas tienden a desprenderse de la pelvis a medida que el parto progresa y puede lograrse el nacimiento por vía vaginal. No obstante, un mioma grande puede estar inmóvil y constituir una indicación para el parto por cesárea.

Complicaciones en mujeres no embarazadas: la complicación más frecuente de los miomas es el sangrado profuso, con anemia grave o choque. Es menos frecuente la obstrucción, urinaria o intestinal, a causa de los miomas muy grandes o parasitarios; la transformación maligna es muy rara. (21)

Atrófica: los signos y síntomas se revierten o desaparecen a medida que el tamaño del tumor disminuye durante la menopausia o después del embarazo.

Hialina: los miomas maduros o "antiguos" son de color blanco, pero contienen a menudo zonas suaves y gelatinosas de color amarillo, de cambio hialino. Estos tumores por lo general son asintomáticos.

Quística: la licuefacción sigue a la hialinización extrema y la tensión física puede provocar evacuación súbita, de contenido líquido, en el interior del útero, la cavidad peritoneal o el espacio retroperitoneal.

(21) Ibidem., p. 247

Calcárea: Los miomas subserosos son comúnmente los más afectados por la obstrucción circulatoria, la cual provoca precipitación del carbonato de calcio y del fosfato en el interior del tumor.

Séptica: la insuficiencia circulatoria puede provocar necrosis de la porción central del tumor, seguida por infección, dolor agudo y fiebre.

Mioxamatoso (graso): este tipo asintomático e infrecuente sigue a la degeneración hialina y quística.

Carnoso: las trombosis, la congestión venosa y la hemorragia intersticial, son las que producen el color característico de un mioma que sufre degeneración. (22)

1.2.9. Pronóstico

La cirugía es curativa. Después de la miomectomía múltiple es posible el embarazo; a veces es necesaria la cesárea cuando la intervención fue amplia y dejó debilitada a la pared uterina. Si la histerectomía se efectúa correctamente y se conservan los ovarios intactos con buen riego sanguíneo, no existe riesgo de menopausia precoz. La histerectomía con extirpación de todos los miomas es curativa.

La recurrencia de los miomas después de la miomectomía es frecuente, causa por la que suele requerirse la histerectomía definitiva.

(22) Benson, Raph, op cit., p. 557

Cuando la miomectomía es extensa y afecta en forma importante al miometrio o penetra al endometrio, debe de ir seguida de cesárea. (23)

Precauciones: Se deben utilizar con precaución los estrógenos en pacientes post-menopáusicas con miomas.

2. Historia natural de la Miomatosis Uterina.

Factores del agente: son desconocidos, aunque hay una probable alteración de la hormona estrogénica.

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

Factores del medio ambiente: aparece en todos los niveles socioeconómicos, tanto en el medio urbano como en el rural.

Horizonte clínico: el estímulo desencadenante es un sangrado uterino anormal.

Cambios anatomofuncionales: los 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 dan lugar a un aumento del órgano. Los tumores subserosos se desarrollan entre los repliegues del ligamento Ancho, y llegan a comprimir los va-

(23) Ibidem., p. 561

sos iliacos y el uréter.

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

Limitación del daño: se limita mediante un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado:

Invalidez o estado crónico: La paciente puede presentar esterilidad, incapacidad para embarazarse y posiblemente tener una alteración emocional.

Los tumores causan la muerte cuando no hay un diagnóstico oportuno y se presenta hiperpolimenorrea que origina un choque hipovolémico.

Periodo prepatogénico.

Prevención primaria:

- a) Promoción de la salud.
- b) Educación higiénica a la población.
- c) Orientación de la importancia de la visita al médico.
- d) Dieta nutritiva y blanceada.
- e) Adecuada ingestión de líquidos.

Protección específica: orientar a la población sobre el padecimiento y sus complicaciones.

Realizar exámenes médicos cuando:

- 1) Exista sangrado después de la menopausia.
- 2) El sangrado uterino sea abundante.

- 3) Haya presencia de dolor pélvico.
- 4) Se tenga dificultad para la micción.

Realizar exámenes de citología vaginal cada 6 meses.

Periodo patogénico

Prevención Secundaria

Diagnóstico y tratamiento oportuno. El diagnóstico se realizará mediante una historia clínica completa, valoración de la sintomatología, realización de exámenes ginecológicos, a pacientes mayores de 35 años, estudios complementarios, medición del factor estrogénico, biopsia del endometrio y palpación bimanual.

Tratamiento:

- 1) Curativo: histerectomía total o parcial.
- 2) Paleativo: miomectomía
- 3) Hormonal: con mayor acción de progestógenos.
- 4) No hormonal: uso de fisioterapia
- 5) Limitación del daño: el daño puede limitarse con hormonoterapia: está contraindicada en pacientes próximas a la menopausia.

Prevención terciaria: la rehabilitación física inmediata tiene como fin evitar flebitis, estreñimiento y retención urinaria, dar apoyo emocional y preparar psicológicamente a las pacientes sometidas a cirugía (histerectomía).

Reintegración de la paciente a la vida normal familiar, social y laboral.

III HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

Datos de identificación:

Nombre: H.H.L.

Edad: 39 años

Escolaridad: primaria

Religión: católica

Nacionalidad: mexicana

Ocupación: ama de casa

Estado civil: viuda

Servicio: cirugía ginecológica

Nivel y condiciones de vida:

Habitación: casa propia de concreto, de piso de cemento, con 2 recámaras, cocina, baño, ventilación adecuada, no tiene animales domésticos, la habitan 6 personas, no existe hacinamiento ni promiscuidad.

Servicio sanitarios: cuenta con agua intradomiciliaria, pasa el carro de la basura 3 veces por semana, existe drenaje, iluminación y pavimentación, cuenta con teléfono público a uno 100 mts.

Los medios de transporte son camión de la Ruta 100, peseros y taxis, los recursos de atención a la salud son un Centro de Salud y una clínica del I.S.S.S.T.E.

Hábitos Higiénicos: se baña cada tercer día, realiza cambio de ropa total, aseo de manos frecuente, bucal ocasionalmente una vez al día. Alimentación: desayuno a las 8.00 hrs., té con comida del día anterior y pan; comida a las 15.00 hrs., basada en

carne tres veces a la semana, pescado rara vez, pollo una vez por semana, frijoles todos los días, las verduras escasamente y fruta una o dos veces por semana; cena: 20.00 horas., constituida por atole o té, pan, jamón. Intolerancia y desagrado: ninguno.

Descanso: en ocasiones por las tardes, duerme de 6-7 hrs. diarias, su sueño es normal, muy raras veces padece de insomnio. Diversiones, ninguna.

Dinámica familiar: Se observa que hay poca comunicación con sus hijos para tratar su problema, debido a la edad y ocupación de ellos.

Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación Económica
Madre	39	Hogar	Pensionada
Hija	19	Empleada	\$ 35,000.00
Hijo	17	Estudiante	-----
Hija	15	Estudiante	-----
Hijo	13	Estudiante	-----
Hijo	9	Estudiante	-----

Antecedentes personales no patológicos:

Paciente del sexo femenino, de nivel socioeconómico medio, procedente de Sta. María Tlaxcala, reside desde hace 16 años en el D.F., viuda, con 5 hijos, niega antecedentes neoplásicos, diabéticos, luéticos, sífilíticos.

Antecedentes personales patológicos: Sarampión en la infancia, salpingoclasia en 1980, transfusionales negativos, refiere todas las inmunizaciones alcoholismo negativo, tabaquismo negativo.

Antecedentes ginecobstétricos: menarca a los 13 años, ritmo de 30 x 3-- eumenorréica, un solo compañero sexual, inicia vida sexual activa a los 20 años, gesta 5, para 5., Fué última menstruación, 19 de julio 86, - último parto, hace 6 años; pesos de sus hijos: de 1.2 a 3.7 kgrs; fecha última citología: julio de 1986.

padecimiento actual: Ingresa paciente femenina con palidez de tegumentos, mucosas orales poco hidratadas, con dolor en hipogastrio, con hemorragia transvaginal con coágulos de tejido necrótico fétido, de 2 días de evolución, con mal estado general.

Refiere que hace 4 meses recibió tratamiento por presentar leucorrea amarillenta, fétida, de 4 meses de evolución. El tratamiento - consistió en ovulos vaginales y eritromicina vía oral.

Exploración física:

Inspección:

Cabeza: cabello implantado de acuerdo a su edad, sin presentar zonas de alopecia.

Cuello: sin patologías.

Tórax: ruidos cardiacos normales, mamas simétricas si nodulaciones.

Genitales: de gran múltipara, con hemorragia transvaginal con coágulos fétidos.

Miembros pélvicos: normales, sin micosis.

Somatometría:

Pulso: 92xmin

Respiración: 18 x min.

Temp: 26.5°C

Talla: 1.58 mts.

Tensión arterial: 130/100

Peso: 50 kgrs.

Exámenes de laboratorio:

BIOMETRIA HEMATICA

FECHA	TIPO	CIFRAS NORMALES	PA-CIENTE	OBSERVACIONES
25-VIII-86	Hemoglobina	12-16/100ml	8.9	bajo
	Hematocrito	37-47%	29.3	bajo
	Leucocitos	5-10 mil mm ³	7.5	normal
	Eritrocitos	4-5.5 millones m ³	4.2	normal

EXAMEN GENERAL DE ORINA:

Ph	5-6 acido	5	normal
densidad	1-03-1030	1028	normal
sangre	negativo	huellas	anormal
escasos filamentos mucoides			
eritrocitos	negativo	negativo	normal

QUIMICA SANGUINEA:

Glucosa	70-110	78	normal
creatinina	6.5-1.4	6.7	normal
ácido úrico	8.3 mg%		

Exámenes de gabinete:

Tele de tórax: normal

Urografía excretora: normal

Ultrasonido: útero de 12 cm, la cara anterior y el fondo del útero normal; desde la cara posterior del endometrio hasta la vagina se observa una zona sólida heterogénea predominante, que mide aproximadamente 10 x 7.0 cm. en sus ejes mayores; en el fondo de la cavidad uterina hay una colección líquida. Anexos normales.

Conclusión: fibroma submucoso grande que llega hasta la vagina.

Diagnóstico de ingreso: ingresa al servicio de urgencias paciente del sexo femenino con probable aborto incompleto del III trimestre, secundariamente infectado.

Dx. preoperatorio: mioma submucoso en fase abortiva secundaria, infectado.

Operación realizada: extirpación por vía vaginal con torción del mioma.

Dx. Anatómico patológico: leiomioma con necrosis, inflamación aguda y crónica, así como hemorragia reciente. 22- ago-86.

Resultado de Papanicolao: negativo II 13-XI-86

2.2. Diagnóstico de enfermería.

Paciente del sexo femenino de 39 años de edad, conciente, ubicada en sus tres esferas, cooperadora al interrogatorio, con palidez de tegumentos, con facies de angustia, con actitud libremente escogida, sin limitación física que requiera atención, de nivel socioeconómico medio bajo, viuda, pensionada, habita con 5 personas cuya alimentación es pobre en cantidad y calidad, con hábitos higiénicos adecuados. Le realizaron salpingoclasia en 1980, se presentó al servicio de urgencias de obstetricia, del hospital regional 20 de Noviembre del I.S.S.T.E., con dolor en hipogastrio, hemorragia transvaginal con tejido necrótico fétido. Refiere haber tenido tratamiento con óvulos vaginales y eritromicina vía oral hace 4 meses por cervicitis.

Al ingresar al hospital presenta palidez marcada y los exámenes de laboratorio reportan cifras bajas de hemoglobina y hematocrito, lo cual representa anemia. Por ultrasonido se diagnostica fibroma submucoso a nivel de cérvix, por lo que se decide su internamiento en hospital para tratamiento médico quirúrgico.

Se requiere mantener vena permeable para transfusión de paquete globular, vigilar el estado de alerta porque la paciente se encuentra angustiada. Se realizan exámenes de laboratorio preoperatorios, así como una hemotransfusión de 2 unidades de sangre total antes de la cirugía. Se programa cirugía para extirpación del mioma por vía vaginal.

3. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA:

Nombre de la paciente: H.H.L.

Sexo: femenino

Edad: 39 años

Servicio: cirugía ginecológica

Cama: 4325

Diagnóstico médico: Miomatosis Uterina

Diagnóstico de enfermería:

Paciente del sexo femenino de 39 años de edad conciente, ubicada en sus tres esferas, cooperadora al interrogatorio, con palidez de tegumentos con facies de angustia, con actitud libremente escojida sin limitación física que requiere atención, proveniente de nivel socioeconómico medio bajo, viuda, pensionada, habita con 5 personas cuya alimentación es pobre en cantidad y calidad, con hábitos higiénicos adecuados. Le realizaron salpingoclasia en 1980, se presentó al servicio de urgencias de obstetricia, del hospital regional 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E., con dolor en hipogastrio, hemorragia transvaginal con tejido necrótico fétido.

Refiere haber tenido tratamiento con óvulos vaginales y eritomicina vía oral, hace 4 meses por cervicitis.

Al ingresar al hospital presenta palidez marcada y los exámenes de laboratorio reportan cifras bajas de hemoglobina y hematocrito, lo cual representa anemia. Por ultrasonido se diagnostica fibroma submucoso a nivel de cérvix, por lo que se decide su internamiento en hospital para tratamiento médico-quirúrgico.

Se requiere mantener vena permeable para transfusión de paquete globular, vigilar el estado de alerta porque se encuentra angustiada la paciente. Se realizan exámenes de laboratorio preoperatorios, así como una hemotransfusión de 2 unidades de sangre total antes de la cirugía. Se programa cirugía para extirpación del mioma por vía vaginal.

OBJETIVO:

Realizar acciones de enfermería con fundamentación científica, de acuerdo a las necesidades o problemas detectados.

Lograr una evolución satisfactoria en el psotoperatorio, a través de las acciones de enfermería derivadas de las necesidades de la paciente.

Elaborar el plan de atención de enfermería para proporcionar cuidados adecuados a este tipo de pacientes.

Desarrollo del Plan:

Problemas: Angustia en el preoperatorio

Manifestaciones clínicas del problema:

Facies de temor

Inquietud

Aislamiento

Fundamentación científica.

La angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta amenazantes para su existencia organizada fisiológicamente implica cambios bioquímicos y pautas fisiológicas.

El sistema nervioso central constituido por cerebro y médula espinal dirige y coordina todos los demás sistemas. El sistema nervioso autónomo está constituido por 2 sistemas el parasimpático y el simpático.

Acciones de Enfermería;

Preparación Psicológica

Estimular la comunicación de los temores e inquietudes y mostrar interés genuino detectando las necesidades emocionales

Comentar aspectos generales de la cirugía

Razón Científica de las Acciones:

La preparación psicológica se realiza a través de una explicación clara y sencilla de los procedimientos que se realizarán a la paciente, mostrar interés genuino en el estado emocional, y mantener una relación positiva que permita a la paciente la expresión de la causa de su temor.

Estimular la comunicación de los temores de un paciente que va a ser sometido a cirugía es importante ya que el miedo es un sentimiento vivo de inseguridad frente a un peligro imaginario o real y cuya intensidad es variable según las personas y circunstancias, mostrando interés con lo que respecta a su conversación así como detectar sus necesidades. Las necesidades humanas básicas corresponden a 3 categorías: físicas, emocionales y sociales.

La cirugía produce espanto al paciente donde las raíces de este temor pueden ser la: 1. Ignorancia esta es la causa más común del temor con frecuencia el paciente expresa con una pregunta disfrazada. 2. Falsos conocimientos tendiendo a comparar su problema que sufrió un pariente o amigo, y 3. El verdadero conocimiento ya que algunos pacientes se basan en temores de hechos conocidos.

Evaluación:

La preparación psicológica ayuda a disminuir sus temores y estar menos tensa, se conversa con ella y se nota que tiene confianza al comentar su problema, se logra que la paciente acepte su cirugía pero a pesar de eso, ella cree que su problema a largo tiempo puede producir cáncer.

Problema: Desnutrición:

Manifestaciones clínicas del problema:

Bajo peso

Adinamia

Desproporción talla y peso

Fundamentación Científica:

La disminución de los alimentos por debajo del mínimo necesario para conservar el equilibrio en los cambios materiales origina la desnutrición que se acompaña de adelgazamiento y disminución de peso y de la capacidad física e intelectual, así como de cambios metabólicos. La multigravidez y el deficiente aporte de nutrientes por factores económicos propician una hiponutrición que desencadena mayor susceptibilidad de procesos patológicos.

Acciones de Enfermería;

Orientar como mejorar la alimentación

Señalar que tipo de alimento para la obtención de nutrientes básicos.

Razón Científica de las Acciones:

Todas las personas entienden mejor lo que comprenden así

que es necesario para orientar a las pacientes sobre como mejorar su alimentación que deben de suprimir aquellos alimentos que son perjudiciales para su salud, y que carecen de valor nutritivo como son la cerveza, té negro, café, bebidas gaseosas que no contienen otra cosa que agua, gas y azúcar, colorantes artificiales. En cambio el té se puede dar manzanilla, de hierbabuena, de otra hierba, caliente ya que los microorganismos debido a la ebullición los mata, así también como agua de alguna fruta de temporada que tiene la ventaja de que el agua esta hervida.

Para la obtención de nutrientes básicos se debe de orientar a la paciente para que aproveche los recursos con que cuenta por ejemplo; en el refrigerador se conservan por varios días, se puede comprar por kilo los comestibles para una semana, existen algunos alimentos que contienen vitaminas y el calor destruye especialmente la vitamina C se deben de comer las verduras y frutas crudas, bien lavadas y desinfectadas, el pescado seco contiene más proteínas que un pescado fresco.

Indicarle que el agua con que se cocen los vegetales esa agua es nutritiva y debe de consumirse, si se remojan garbanzos y otras leguminosas debe de emplearse esa misma agua para su cocimiento porque también contiene nutrientes.

Evaluación:

Se despierta interés en la paciente con lo que respecta a la despensa, al sustituir unos nutrientes por otros administrar los recursos con que cuenta.

Problema: Dolor en Hipogastrio

Manifestaciones Clínicas del Problema.

El dolor aumenta con la deambulaci3n

Durante la menstruaci3n tiende a aumentar

Fundamentaci3n Científica:

El sistema nervioso est3 compuesto por 2 ramas, la simpática y la parasimpática, la estimulaci3n de las funciones de los 3rganos inervados por el sistema nervioso autonomo mientras que la estimulaci3n del parasimpatico inhibe estas funciones. La inervaci3n del 3tero procede del plexo hipogástrico inferior (simpático) y los nervios esplénicos pelvianos parasimpáticos.

Acciones de Enfermería:

Reposo en cama

Toma de signos vitales

Ministraci3n de analgésicos.

Raz3n Científica de las Acciones:

El Mioma ejerce presi3n sobre los vasos de la pelvis y durante la deambulaci3n mayor congesti3n p3lvica, el reposo disminuye lo anterior por lo cual debe de mantenerse en reposo absoluto en cama a la paciente para evitar el m3nimo de esfuerzo.

Las constantes vitales tienden a modificarse de acuerdo a diferentes factores: los que pueden ser enfermedad, ciru3gia, ejercicio, clima, edad y durante el dolor, la tensi3n arterial tiende a disminuir y la frecuencia del pulso se eleva lo anterior puede desencadenar un shock neurog3nico si se deja evolucionar.

Los analgésicos del tipo de la dimetil pirazolona son medicamentos empleados en este tipo de pacientes ya que tienen efecto sedante y generalmente relaja el estado nervioso del paciente. Se debe administrar si no hay respuesta de hipersensibilidad al fármaco.

Evaluación:

Al mantener en reposo a la paciente disminuye el dolor, los signos vitales se encuentran en los límites normales, al administrar el analgésico después de saber el origen del dolor disminuye. La paciente coopera a todo lo que se le dice.

Problema: Hipermenorrea

Manifestaciones Clínicas del Problema:

Pérdida sanguínea mayor de 500 ml durante el periodo menstrual por más de 4 días.

Fundamentación Científica:

Los Miomas determinan síntomas locales y generales, los síntomas locales pueden agruparse en: síntomas que traducen perturbación uterina, síntomas de compresión, y síntomas que evidencian modificaciones intrínsecas del tumor. Dentro de los primeros síntomas se encuentra la hipermenorrea, metrorragia el flujo y dolor.

Acciones de Enfermería

Mantener en reposo a la paciente

Toma de signos vitales valorar el sangrado

Administración de Soluciones

Toma de muestras de Laboratorio (biometría hemática)

Razón Científica de las Acciones:

El mioma que tiene mayor probabilidad de causar hemorragia es el submucoso, por rotura de las vénulas en el endometrio, o por la estasis venosa, por obstrucción de una masa tumoral.

En los Miomas debido a que existe sangrado en ocasiones excesivo las constantes vitales tienden a modificar la tensión arterial, la que produce hipotensión, taquicardia, pulso aumentado, hipotermia.

La administración de soluciones isotónicas para hidratación de la paciente, permite mantener una vía permeable en caso de que exista problema de anemia, y llegue a choque hipovolémico por las pérdidas sanguíneas. Se transfunden elementos sanguíneos sin el problema de colapso.

La toma de muestras de laboratorio en el caso de biometría hemática informa sobre el grupo sanguíneo, Rh, Leucocitos, eritrocitos, plaquetas, hemoglobina, hematocrito. En el cual se diagnostica y clasifica el tipo de anemia con que esta cursando la paciente. En este caso el diagnóstico fue Anemia hemorrágica.
Evaluación:

Se lleva a cabo las acciones en la cual mejora el estado general de la paciente, como fueron colocar en reposos para evitar compresión excesiva de los vasos pélvicos y con las soluciones por venoclisis se mantuvo la hidratación de la paciente

hasta obtener respuesta del laboratorio.

Problema: Anemia

Manifestaciones Clínicas del Problema:

Palidez de tegumentos

Hipoactividad

Hipotensión

Fundamentación Científica en el Problema:

Se entiende por anemia el descenso de la concentración de la hemoglobina en sangre por debajo de 13g en el varón 12g en la mujer no embarazada de 11g en la mujer gestante y, disminución del número de hematíes.

La aparición de sudor frío, náuseas, sensación de desvanecimiento, bradicardia, hipotensión dependen en muchos casos de la reacción vaso-vagal.

En los Miomas el tipo de anemia generalmente es anemia hemorrágica y de la intensidad dependerá la alteración de los signos vitales.

Acciones de Enfermería:

Valoración de las cifras de hemoglobina

Toma de muestras de laboratorio, grupo sanguíneo, RH y pruebas cruzadas

Ministración de sangre y expansoras del plasma

Observar signos de rechazo a la hemotransfusión

Razón Científica de las Acciones:

Como función primordial de la hemoglobina es de servir

de vehículo al oxígeno para que este llegue a los tejidos. La principal consecuencia de la anemia es la hipoxia tisular y de aquí las manifestaciones clínicas de la anemia.

En el laboratorio por métodos especiales se analiza la sangre conociendo la deficiencia o ausencia de algún componente así como el grupo sanguíneo y el Rh.

En la administración de sangre se debe mantener a temperatura del medio ambiente ya que el calentamiento de la sangre antes de ministrar produce hemolisis de los componentes de la sangre.

Son síntomas de reacción a la sangre; escalofríos, fiebre, urticaria, disnea, ortopnea, hemoptisis, sonidos de gorgoteo en el pecho, dolor en región lumbar o torax, hematuria. Lo indicado es de suspender de inmediato la hemotransfusión y llevar la sangre al laboratorio para que sea examinada y avisar al médico.

Evaluación:

Se le corrige la anemia con la hemotransfusión de dos unidades de sangre antes de la cirugía sin presentar algún problema posteriormente en la biometría hemática reportada por el laboratorio dio 12.3 100/ml. de hemoglobina y hematocrito de 36.7%

Problema: Fibroma

Manifestaciones Clínicas del Problema:

Sensación de pesantez y cuerpo extraño en el canal vagi-

nal.

Dolor en hipogastrio

Hipermenorrea.

Fundamentación Científica:

El fibroma o Mioma es la neoplasia más común del sistema genital femenino, es esferoide de color rosado y consistencia firme. Es causa de 10% de los problemas ginecológicos, cuya manifestación son: Hipermenorrea, metrorragia, flujo, dolor, esterilidad y efectos de compresión. La localización del mioma va a determinar la sintomatología en el caso de los miomas submucosos son relevantes las hemorragias y el dolor y en especial los del cervix.

Acciones de Enfermería:

Participación en la precirugía:

Preparación psicológica

+ Educación preoperatoria (revisión de antecedentes del paciente y examen de éste, revisión de estudios radiológicos, de gabinete y laboratorio.

. Preparación física (se debe de tomar en cuenta el estado nutricional, estado de líquidos y electrolitos, volumen sanguíneo.

+ Admisión de la Paciente

+ Exámenes preoperatorios

+ Autorización del paciente

. Preparación de órganos (dar orientación acerca de lo

que se debe de hacer en el postoperatorio. Ejercicios respiratorios, expulsión de secreciones bronquiales, movilización activa además de la colocación del cómodo).

. Preparación de la zona. La extensión de la preparación debe de hacerse más amplia que la incisión que se propone hacer el cirujano. Esta comprende tricotomía, aseo mecánico.

Medicación anestésica. Se ocupan agentes para disminuir las secreciones, sedantes y tranquilizantes aplicados en el horario exacto indicado por el anesthesiólogo una hora antes de la intervención quirúrgica.

Razón Científica de las Acciones:

La preparación psicológica se efectúa a través de una explicación clara y sencilla con el vocabulario adecuado mostrando interés verdadero, así el paciente comprenderá lo que se le va a realizar cooperando con los procedimientos.

La revisión del expediente clínico para constatar la elaboración de la historia clínica, la revisión de estudios radiológicos y de laboratorio en donde se obtendrán cifras del paciente, antecedentes si existe alguna patología, alergia y valorar el riesgo quirúrgico y el riesgo anestésico.

Preparación física. Toma en cuenta todos los aspectos en el cual incluye el estado nutricional, si hay deficiencia corregirlo, realizar pruebas cruzadas para transfusión de sangre anotar peso y talla para dosificar la dosis de fármacos utilizados en los procedimientos quirúrgicos.

En la admisión de la paciente se incluyen una serie de trámites administrativos que se deben de llevar a cabo.

Los exámenes preoperatorios están indicados en todos los pacientes que van a ser sometidos a cirugía.

El consentimiento para un acto quirúrgico operatorio es indispensable en todo tipo de cirugía en el cual autoriza a todos los miembros del hospital, realizar todos los procedimientos que sean necesarios para su total restablecimiento.

La preparación de la zona debe de ser aplicada a todo tipo de pacientes, ya que los vellos actúan como un cuerpo extraño con riesgo de producir infección en la herida quirúrgica.

En la premedicación tiene el propósito de conseguir que la droga alcance su efecto máximo cuando comienza la anestesia.

Evaluación:

La recepción de la paciente fue satisfactoria, acepto las acciones de enfermería proporcionadas. Lo signos vitales alterados por su problema y el estado emocional, lo que permitió la preparación adecuada con la cooperación de la paciente.

Problema: Miomatosis cervical

Manifestaciones Clínicas del Problema:

Sensación de cuerpo extraño en el canal vaginal

Aumento de dolor en la deambulacion

Congestión pélvica.

Fundamentación Científica del Problema:

Cuando existe dolor puede deberse a que se produce las

contracciones miométriales, cuando el útero trata de liberarse de un blastoma incrustado en su pared para transformarlo en submucoso o subseroso, el dolor es de tipo cólico uterino persistente en todo el mes y se exagera durante la regla.

Acciones de Enfermería:

Participación en la sala de operaciones en:

Recepción de la paciente con expediente completo, revisar la aplicación de la venoclisis, la medicación anestésica y la preparación física de la paciente.

Participar en la instalación del catéter epidural para el bloqueo regional.

Trasladarla a la mesa de operaciones

Proporcionar equipo de ropa, material e instrumental, asistir el equipo quirúrgico durante el transoperatorio como enfermera circulante.

Entregar a la paciente a la sala de recuperación.

Razón Científica de las Acciones:

La recepción de la paciente a la sala de operaciones es importante ya que se siente más segura al darle preparación física y psicológica la cual disminuye el stress y le da mayor seguridad para expresar sus temores a la persona que la recibió.

El expediente clínico incluye historia clínica de la paciente, exámenes de laboratorio y gabinete, autorización de la operación, otros estudios complementarios.

La ministración de la medicación preanestésica es funda-

mental para lograr el objetivo de ésta que alcance su efecto máximo cuando comienza la anestesia. El diacepam y otro sedante, así como la atropina disminuye las secreciones y el estado de alerta.

Los anestésicos locales se emplean para la analgesia regional a través del bloqueo de las ramas radicales nerviosas o intradural llamado también anestesia raquídea, se realiza a determinadas alturas de la columna vertebral. La anestesia epidural evita las complicaciones de aracnoiditis y cefalalgias que aparece con la anestesia raquídea. El bloqueo epidural a nivel de la 2a. y 3a. vértebra lumbar con catéter dirigido hacia arriba se usa en gran variedad de procesos ginecobstétricos y urológicos. Una de las complicaciones es el riesgo es la hipotensión severa.

La enfermera circulante participa con el médico anestesiólogo, en la colocación de la paciente, preparación equipo y soluciones para la asepsia. Una vez efectuado el bloqueo asiste al equipo humano quirúrgico, hace las anotaciones correspondientes de la secuencia que sigue el acto quirúrgico, y lleva el control de gasas.

La paciente se coloca en posición ginecológica y bajo bloqueo peridural previo aseo mecánico y cateterismo vesical colocación de campos estériles, se procede a explorar las condiciones del cuello uterino encontrándose tumoración proveniente del útero de aproximadamente de 6-7 cm. de diámetro fácilmente

desprendible por abundante tejido necrótico. Se coloca pedículo en orificio interno, se coloca pinza de anillos en cervix, valva de Douglas inferior, se toma el mioma con pinzas de anillos, se gira sobre su pedículo extrayéndose por pedazos hasta su totalidad, el cual se coloca en un frasco con formol para su envío a patología, posteriormente se identifica y revisa endocervix encontrándose hemorragia en capa de las comisuras las cuales se ligan por la parte lateral derecha como la izquierda. Se da por terminada la cirugía pasa la paciente en buenas condiciones a la sala de recuperación, la anestesia dura 40' y la operación 30'.

Una vez concluida la intervención, la enfermera acompaña en el traslado a la paciente, del quirófano a la sala de recuperación, notifica como transcurrió el transoperatorio así como el estado general de la paciente. En el que incluye, signos vitales, se dejó sonda de foley a permanencia y venoclisis permeable.

Evaluación:

Se lleva a cabo el transoperatorio sin que exista algún incidente o accidente, no fue necesario la transfusión sanguínea en el quirófano, sale la paciente con signos vitales estables y conciente.

Problema: Posoperatorio

Manifestaciones clínicas del problema:

Nausea

Vomito

Fundamentación Científica del Problema:

La acumulación de aire y secreciones en el aparato digestivo durante el transoperatorio produce con frecuencia náusea y puede llegar a vómito. El tratamiento posoperatorio se inicia cuando se cierra la incisión, se aplica la curación y el paciente es trasladado a la sala de recuperación o a la unidad de cuidados intensivos.

La náusea es una sensación física en la que hay malestar gástrico y repulsión de la comida y sensación eminente de vomitar.

El vómito es la expulsión brusca del contenido gástrico a través del esófago y la boca, se clasifica de acuerdo a A) la patogenia B) horario C) calidad.

Acciones de Enfermería:

Mantener vena permeable con soluciones glucosada y mixta, para tener hidratada a la paciente.

Ministración de antieméticos y mantener en ayuno como la metoclopramida que produce aumento considerable de la movilidad, tanto del estómago como del intestino delgado en el humano de lugar así mismo a la apertura del píloro, tiene otras aplicaciones, como en la hernia hiatal ya que facilita el vaciamiento del estómago y evita el reflujo gastroesofágico. Puede producir somnolencia y esta contraindicada en la hipotensión arterial.

Razón Científica de las Acciones:

Las venas por su estructura tienden a colapsarse cuando

no estan llenas de sangre por tal motivo debe de canalizarse una vena de calibre grueso para evitar problemas, como flebitis.

La importancia de hidratar a la paciente es urgente para mejorar el metabolismo, la circulación, y la función renal.

Los antieméticos disminuyen e inhiben la zona quimiorreceptora que controla la nausea y el vómito. El ayuno es con el fin de permitir que el estómago se mantenga vacío y evitar distensión, mientras tanto es importante administrar soluciones por vía venosa.

Evaluación:

Durante una semana persiste el reflejo nauseoso y en contadas ocasiones el vómito aún con la administración de antieméticos, se mantiene con soluciones por venoclisis por ese tiempo.

Y poco a poco se va probando tolerancia primero con líquidos claros, posteriormente dieta blanda, a complacencia.

CONCLUSIONES:

El aparato genital femenino está compuesto por los órganos genitales internos; los ovarios, tubas uterinas, útero y la vagina y los órganos genitales externos: los labios mayores, los labios menores, clítoris y el himen.

El útero es un órgano muscular hueco en forma de pera o cono truncado situado en la cavidad de la pelvis entre la vejiga por delante y el recto por atrás, que mide 6 a 7.5 cm de los cuales 2.5 corresponden al cuello, pesa 40 a 50 grs. en la nulípara y 60 a 70 grs. en la múltipara., se divide en fondo, cuerpo y cuello que consta de 3 tónicas; el Perimetrio, el Miometrio, Endometrio. Recibe sangre de la arteria uterina y ovárica proviniendo la inervación del plexo hipogástrico inferior simpático y los N. Esplénicos pelvianos Parasimpático.

Tiene la función menstrual y el albergue del huevo hasta su máximo desarrollo, tiene 6 ligamentos los: Anchos, Redondos, y los uterosacros.

El mioma es el tumor benigno más común del sistema genital femenino es causa de 10% de los problemas ginecológicos, se observa en mujeres entre los 30 y 45 años, están compuestos de músculo liso pueden ser únicos ó múltiples, oscilan de tamaño pueden localizarse en el cuello o cuerpo del útero. Su etiología se desconoce se cree en la estimulación estrogénica de los elementos fibromusculares susceptibles, pueden ser enucleados con facilidad del tejido ya que se hallan encapsula-

dos. La frecuencia con que el mioma está asociado al embarazo es difícil de precisar teniendo una frecuencia de 3 y 8 por 1000.

Durante el embarazo en el curso del parto un mioma puede obstaculizar la penetración de la presentación en el extremo superior. Durante el puerperio los miomas involucionan en un proceso regresivo que es inverso al que sufrió la fibra muscular durante el embarazo. Durante el alumbramiento y puerperio los miomas representan un peligro potencial por los trastornos que pueden originar en la dinámica uterina, u desencadenar una atonía uterina, y hemorragia post parto.

Se han aislado 3 estrógenos naturales del plasma de la mujer Estradiol, Estroma, Estriol, encontrándose en la sangre venosa de los ovarios estradiol y estroma cantidades grandes. El estriol es un producto de oxidación proveniente de los dos primeros, la conversión tiene lugar en el hígado siendo el estrógeno más importante secretado por los ovarios, el estradiol por lo tanto el hígado desempeña un importante papel en el metabolismo de los estrógenos.

Los estrógenos provocan proliferación de las células específicas en el cuerpo y son causa de crecimiento de los órganos sexuales y de la mayor parte de los caracteres sexuales en la mujer. La progesterona está relacionada con la preparación del útero para el embarazo y de las mamas para la lactancia.

Los miomas se clasifican en: submucosos, intersticiales y subserosos, también, existen los intraligamentarios y los pará-

sitos.

Las variedades del Mioma son el Adenomioma que se diferencia del mioma en que contiene inclusiones glandulares cuyos epitelios presentan señales evidentes de proliferación y Miomas telangiectásicos y linfangiectásicos que se caracterizan por su riqueza en vasos sanguíneos o linfáticos.

Las manifestaciones clínicas son: sangrado endometrial dolor, efectos de compresión, esterilidad.

El sangrado es el síntoma más importante de los miomas debido a la distorsión y contusión de los vasos circundantes o ulceración del endometrio supraadyacente. El Dolor es raro puede deberse a la degeneración en el interior del tumor después de la oclusión circulatoria. Los efectos de compresión pueden provocar síntomas urinarios, comprime también la vejiga y el recto. La esterilidad no se sabe si esto es secundario a un trastorno en el transporte de los espermatozoides o del óvulo o a una implantación defectuosa. Además de los síntomas anteriores suele que el miocardio se debilita por las hemorragias cuando estas son intensas lo que disminuye la energía del corazón y a consecuencia de esto y de la compresión ejercida por el mioma sobre los vasos de la pelvis produce trombosis en el interior del tumor y en las venas ilíacas externa e interna que pueden causar edema de miembro inferior.

El diagnóstico del mioma no suele ser difícil pero antes debe hacerse una prueba de embarazo en todas las mujeres de edad

productiva ya que puede ser embarazo, Ca., Adeniosis, Hiper-trofia del miometrio, anomalías congénitas, anexos adherentes. El Tratamiento es expectante con exámenes periódicos con intervalos de 6 meses, Radioterapia, y quirúrgico. Complicaciones. Degeneración benigna y cambio maligno.

El Pronóstico. La cirugía es curativa después de la miomectomía múltiple es posible el embarazo, la histerectomía con extirpación de todos los miomas es curativa.

El estudio clínico en proceso de atención de enfermería se realizó en una paciente con Miomatosis Uterina intracervical. La paciente se recibe en el servicio de urgencias con dolor en hipogastrio, palióez de tegumentos y hemorragia transvaginal. Entre sus antecedentes en cuenta son: Femenina de 39 años, viuda de nivel socioeconómico medio escolaridad primaria, religión católica, ocupación hogar, vive en casa propia la cual habitan 5 personas no existiendo promiscuidad ni hacinamiento cuenta con los servicios sanitarios indispensables, sus hábitos higiénicos adecuados. La dinámica familiar deficiente por que no existe comunicación con sus hijos, nació en Tlaxcala; desde hace 16 años radica en el Distrito Federal. Antecedentes Ginecoobstétricos: menarca 13 años ritmo. 30 x 3 I.V.s.a. a los 20 años un solo compamero sexual, G V PVFUM 19 Julio 1986 último parto hace 6 años., salpingonclasia en 1980.

A la exploración física se observa palidez de tegumentos, pulso 92 x min. y T/A de 130/100 temperatura de 36.5 --

peso de 50 kgrs. se realizan exámenes de laboratorio y reportan cifras bajas de hemoglobina 8.9 y hematocrito 29.3 cuenta de leucocitos y eritrocitos normal, la química sanguínea normal así como la tele de torax y la urografía excretora, por ultrasonido se detecta fibroma submucoso grande que llega hasta la vagina. Se ingresa al hospital para tratamiento médico-quirúrgico, le realizan extirpación del mioma por vía vaginal.

Se detectan los siguientes problemas: Angustia, manifestandose por facies de temor, inquietud y aislamiento, la comunicación con la paciente permitió que aceptara la preparación psicológica y decidir la aceptación de la cirugía obteniendo cooperación por parte de ella.

Désnutrición: que se manifesto por bajo peso, adinamia, desproporción peso y talla se despertó el interés con lo que respecta a la nutrición, la administración de recursos y preparación de alimentos.

Dolor en Hipogastrio: con manifestaciones clínicas el dolor aumenta en la deambulacion y tiende a aumentar durante la menstruación una evolución que evitó el incremento, se mantiene en reposo cede el dolor a través de la ministración de analgésico.

Hipermenorrea: manifestandose por pérdida sanguínea mayor de 500 ml durante el periodo menstrual por 4 días lo cual desencadena anemia, mejora el estado general de la paciente manteniendola hidratada por via venosa con soluciones isotónicas.

Anemia: se manifiesta por palidez de tegumentos, hipocitividad

e hipotensión con la ministración de paquetes globulares y sangre completa se corrige la anemia reportando el laboratorio 12.3 hemoglobina y 36.7% de hematocrito.

El diagnóstico del Fibroma endocervical se manifiesta por dolor en hipogastrio, hipermenorrea el cual una vez ratificado el diagnóstico por ultrasonido se programa para cirugía, transcurre el preoperatorio sin problemas.

La miomectomía: se realizó por vía vaginal, la extirpación del mioma se efectuó sin accidentes con evaluación adecuada sale la paciente a la sala de recuperación estable y de ahí se traslada a su piso donde se aplicará analgésico y se mantendrá una vena permeable.

En el posoperatorio manifestó vomito y nausea por la aplicación de los fármacos durante la anestesia, aunque el vomito se controló con la metoclopramida y por una semana persistió la nausea y en ocasiones el vomito aún con la aplicación de antieméticos.

Es egresada la paciente con cita a los 15 días a la consulta externa con medidas higiénicas, indicaciones médicas y medicamentos el reporte de el diagnóstico de patología fue: Leiomioma con necrosis, inflamación aguda y crónica así como hemorragia reciente; el resultado de papanicolao fue: negativo II. Es dada de alta la paciente del servicio el día 3 XI 1986.

Con las siguientes indicaciones:

= Realizarse su exámen de citología vaginal a los 6 meses

- = Llevar a cabo una buena nutrición
- = Indicaciones de higiene personal
- = Indicarle que si existe algún problema acuda inmediatamente a su ginecólogo.
- = Indicarle que siga su vida normal familiar, laboral y social.

GLOSARIO DE TERMINOS

ANALOGO	Organo ó porción del cuerpo que tiene la misma función que otra pero que es diferente en estructura y en origen.
ANASTOMOSIS	Intercomunicación de los vasos sanguíneos linfáticos a través de dispositivos anatómicos normales (como sucede en las arterias radial y cubital ó a nivel de los arcos arteriales palmares)
ANTEFLEXION	Trastorno en el cual el fondo del útero se dobla excesivamente hacia adelante sobre el cuello.
CONSTRICCION	Contracción o estrechez
CAPSULA	Envoltura fibrosa o membranosa de un órgano.
DISMINORREA	Menstruación precedida o acompañada de trastornos locales o generales lo suficiente importante para

considerarse enf.

EPIFISIS

Término con el que indica cada uno de los extremos de los huesos largos.

ENUNCLEAR

Extirpar un tumor enquistado de modo que salga entero de su envoltura.

ESTROGENO

Hormona que provoca en la mujer la aparición de los caracteres sexuales secundarios y de los fenómenos que proceden acompañan y siguen a la evolución.

CICLO UTERINO

Cambios que suceden en el útero de manera cíclica y durante los cuales éste órgano alcanza un estado de preparación óptica para la implantación del óvulo fecundado.

FIBROMA

Neoformación benigna, de crecimiento lento y expansivo y de origen conjuntivo, constituido por fibroblastos y fibrositos organizados en haces.

FUNDICO	Relativo, perteneciente o que afecta al fondo.
GLANDULA	Célula o grupo de células que intervienen en la secreción de diversas sustancias o materiales.
GESTACION ABDOMINAL	Tiempo que dura el desarrollo de un ser hasta que esta perfectamente constituido.
GRAVIDA	Mujer embarazada
HIPERMENORREA	Menstruación excesiva debida a una disfunción endocrina en la que existe alteración anatómica ó patológica demostrable.
HOMONIMO	Dicese de 2 ó más cosas que llevan un mismo nombre y de las palabras que siendo iguales en su forma tienen distinto significado.

HEMOGLOBINA	Es el pigmento contenido en los globulos rojos de la sangre, que contiene a los mismos y a la sangre en general.
HORMONA	Substancia reguladora producida por una glándula endocrina y transportadora por la corriente sanguínea hasta el efector (célula, tejido u órgano) sobre el que desarrolla su acción.
HIPOFISIS	Glándula de secreción interna unida a la base del encéfalo y situada en la silla turca del esfenoides.
INCRETOS	Sinónimos de secreción interna.
LEUCORREA	Secreción blanca purulenta que ocurre del conducto genital femenino.
LEIOMIOMA	Tumor benigno cuyo parénquima está compuesto de células musculares lisas.

LIGAMENTO	Haz de fibras colágenas o elásticas que insertándose en los huesos ó cartilagos. Sirve de medio de unión de las articulaciones.
MENARQUIA	Primer flujo menstrual que señala el comienzo de las actividades del aparato genital femenino.
MENOPAUSIA	Cesación definitiva de las menstruaciones en el cual se agota la actividad ovárica.
METABOLISMO	Conjunto de procesos biológicos mediante los cuales los organismos, incorporan a su propia materia viva sustancias diversas que toman del medio ambiente.
METRORRAGIA	Hemorragia uterina que no responde al proceso fisiológico de la menstruación
NEOPLASIA	Neoformación debida a fenómenos de proliferación celular.

PEDUNCULO	Parte estrecha que actúa de manera de soporte.
SINTOMA	Manifestación de un padecimiento físico o mental que da lugar a quejas por parte del paciente, por lo general trata de un fenómeno subjetivo.
TUMOR	Cualquier masa anormal resultante de la multiplicación celular excesiva.
TUMOR BENIGNO	Tumor de crecimiento lento, es posible que no afecte la salud del individuo.
TRUNCO	Con la punta cortada o corto de altura.
TOPOGRAFIA	Estudio de las regiones del cuerpo de sus partes.
UTERO	Organo de la gestación que recibe y contiene el huevo fecundado duran-

te el desarrollo, del feto ya que se convierte en el agente principal de su expulsión durante el parto.

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

- Arrighi L.A. LESIONES PREMALIGNAS GINECOLOGICAS 2a. Ed.
López Libreros Buenos Aires
1976 600 pp.
- Baena Paz, Guillermina MANUAL PARA ELABORAR TRABAJOS DE INVESTI-
GACION 3a. ed.
Editores Mexicanos México
Unidos
1982 124 pp.
- Benson, Ralph, MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 6a. ed.
El Manual Moderno México
1981 764 pp.
- Benson, Ralph DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOBSTERICOS 3a. ed.
El Manual Moderno México
1983 1067 pp.
- Blakistron DICCIONARIO BREVE DE LA MEDICINA 3a. ed.
Prensa Médica Mexicana México
1983 1380 pp.
- Castelazo Ayala, Luis OBSTETRICIA 6a. ed.
Librería de medicina México
1980 1070 pp.
- Eco, Umberto COMO SE HACE UNA TESIS 6a. ed.
Gedisa México
1986 265 pp.
- Guyton, Arthur TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA 4a. ed.
Interamericana México
1971 1084 pp.

- Madelyn, T.N. BASES CIENTIFICAS DE LA ENFERMERIA 2a. ed.
Prensa Médica Mexicana México
1981 712 pp.
- Mariner Ann EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA 2a. ed.
El manual Moderno México
1984 550 pp.
- Méndez, Ramírez PROTOCOLO DE LA INVESTIGACION 2a. ed.
Trillas México
1984 210 pp.
- Miller, Norman ENFERMERIA GINECOLOGICA 5a. ed.
Interamericana México
1966 374 pp.
- Muñiz de la Fuente PSICOLOGIA MEDICA 8a. ed.
Fondo de Cultura Económica México
1981 444 pp.
- Musoles, Bonilla EL CUELLO UTERINO Y SUS ENFERMEDADES 1a. ed.
Jims Bar España
1979 623 pp.
- Novak, Edmund TRATADO DE GINECOLOGIA 9a. ed.
Interamericana México
1980 794 pp.
- Olivera, Díaz G. ELEMENTOS DE FISIOLOGIA PARA ENFERMERAS 1a. ed.
Carlos Villegas México
1976 199 pp.

Prives M. ANATOMIA HUMANA 3a. ed.

Mir U.R.S.S.

1978 619 pp.

Quiroz Gtz. Fdo. TRATADO DE ANATOMIA HUMANA 14a. ed.

Porrua México

1975 pp.

Reith, P.H. Edward TEXTO BASICO DE ANATOMIA Y PSICOLOGIA PARA ENFERMERIA 2a. ed.

Deyma España

1982 493 pp.

Revista del Colegio Nacional de ENFERMERAS No. 102

1978 30 pp.

Rosenblueth, Arturo EL METODO CIENTIFICO 1a. ed.

Conacyt México

1977 110 pp.

W., Stoeckel TRATADO DE GINECOLOGIA 4a. ed.

Editora Nacional

1949 867 pp.

A N E X O S

HISTORIA NATURAL DE LA MIOMATOSIS UTERINA

Factor del Agente:		Signos y Síntomas	Complicaciones	Secuelas	Muerte	
Causa desconocida posiblemente alteración de la hormona estrogénica	Tumores Subserosos	Fenómenos degenerativos Degeneración hialina Reblandecimiento	Síntomas urinarios Hemorragia Dolor en hipogástrico Aumento del útero Signos de compresión Tumoración palpable	Micoma asociado a embarazo Sangrado profuso Degeneración maligna.	Esterilidad Alteraciones emocionales Incapacidad para embarazo.	Por choque hipovolémico

Factores del Huésped:

		Horizonte Clínico
Sexo: Mujeres		
Edad: Tercera y Cuarta década de la vida	Bioquímicos: Tumores quísticos	Dan al organismo una consistencia nodular
Raza: Negra	Hiperestrogenismo. Intersticiales. Calcificación	
Riesgo: Mayor cuando hay antecedentes familiares. Mayor riesgo en nulíparas.	Proliferación celular por la disminución de la respuesta inmunológica. Tumores submucosos: Necrosis	Producen hemorragia profusa.

Factores del Ambiente:

Nivel: En todos los niveles socioeconómicos.
Medio: Urbano y rural

Estímulo Desencadenante:

Sangrado uterino anormal.

Periodo Prepatogénico

Prevención Primaria

Promoción de la Salud
Educación higiénica a la población.
Orientar a la importancia de la visita médica.
Indicar la importancia de la exploración ginecológica.
Orientar los factores del huésped a la población femenina - Dieta nutritiva y balanceada.
Adecuada ingestión de líquidos.

Protección Específica
Orientar a la población sobre el padecimiento y complicaciones.
Realizar examen ginecológico de seis meses a un año.
Realizar examen cuando exista sangrado uterino abundante, exista sangrado después de la menopausia exista dolor pélvico, exista dificultad para micción.

Periodo Patogénico

Prevención Secundaria

Diagnóstico Temprano
Historia clínica completa.
Exámenes ginecológicos a pacientes mayores de 35 años.
Tomar exámenes de ginebinete.
Biopsia de endometrio
Medición del factor estrogénico.
Palpación bimanual.
Histerografía o ultrasonografía.

Tratamiento oportuno Curativo
Histerectomía total o parcial
PALIATIVO:
Miomectomía
Hormonales; con mayor acción de progestígenos.
NO HORMONALES: fisioterapia ó radio terapia.

Prevención Terciaria

Limitación del Daño
Hormonoterapia mientras el ovario funcione.
Contra indicación en pacientes próximas a la menopausia.
Vigilancia médica para descubrir tempranas residivas malignas.
Vigilar la respuesta a tratamiento.
Fisioterapia a pacientes de más de 45 años.

Rehabilitación Física
Para evitar flebitis, estreñimiento y retención urinaria.
Indicar que siga su vida normal (familiar, social y laboral).
Apoyo moral a este tipo de pacientes que son sometida a tratamientos quirúrgicos.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre: H.H.L
Edad: 39 años
Sexo: Femenino
Estado civil: viuda
Religi6n: Cat6lica
Diagn6stico M6dico: Miomatosis Uterina
Cama: 4325
Objetivos:

Realizar Acciones de enfermeria con fundamentaci6n Cientifica de Acuerdo a las Necesidades 6 problemas detectados.

Lograr una evoluci6n satisfactoria en el postoperatorio a trav6s de las acciones de enfermeria derivadas de las necesidades de la paciente.

Elaborar el plan de Atenci6n de enfermeria para proporcionar cuidados Adecuados a este tipo de pacientes.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Paciente del sexo femenino de 39 a6os de edad, conciente, ubicada en sus tres esferas, cooperadora al interrogatorio, con palidez de tegumentos; con facies de angustia, con actitud libremente escogida, sin limitaci6n f6sica, que requiere atenci6n, de nivel socioecon6mico medio bajo, viuda, pensionada, habita con 5 personas cuya alimentaci6n es pobre en cantidad y calidad, con h6bitos higi6nicos adecuados. Le realizaron salpingoclasia en 1980, se present6 al servicio de urgencias de obstetricia, del hospital regional 20 de Noviembre, del I.S.S.S.T.E., con dolor en hipogastrio, hemorragia transvaginal con tejido necr6tico f6tido.

Refiere haber tenido tratamiento con 6vulos vaginales y eritromicina v6a oral hace 4 meses por cervicitis.

Al ingresar al hospital presenta palidez marcada y y los ex6menes de laboratorio reportan cifras bajas de hemoglobina y hematocrito, lo cual representa anemia. Por ultrasonido se diagnostica fibroma submucoso a nivel de c6rvix, por lo que se decide su internamiento en hospital para tratamiento m6dico quir6rgico.

Se requiere mantener vena permeable para transfusi6n de paquete globular, vigilar el estado de alerta, porque la paciente se encuentra angustiada. Se realizan ex6menes de laboratorio preoperatorios, as6 como una hemotransfusi6n de 2 unidades de sangre total antes de la cirug6a. Se programa cirug6a para extirpaci6n del Mioma por v6a vaginal.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Angustia en el preoperatorio	Facies del temor Inquietud Aislamiento	La angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta amenazante para su existencia organizada. Fisiológicamente implica cambios bioquímicos y pautas fisiológicas. El sistema nervioso central constituido por cerebro y médula espinal, diencefalo y coordina todos los demás sistemas. El sistema nervioso autónomo, está constituido por 2 sistemas: el simpático y el parasimpático.	Preparación psico-física. Estimular la comprensión de los temores e inquietudes. Mostrar interés personal, detectar de los necesidades nacionales. Comentar aspectos generales de la cirugía.	La preparación psicológica se realiza a través de una explicación clara y sencilla de los procedimientos que se realizarán a la paciente. Mostrar interés personal en el estado emocional. Mantener una relación positiva que permita a la paciente, la expresión de la causa del temor. Estimular la comunicación de los temores de un paciente que va a ser sometido a cirugía es importante, ya que el paciente es un sentimiento vivo de su seguridad frente a un peligro imaginado e real y cuya intensidad es variable las personas y circunstancias, mostrando interés con lo que respecta a su convalecencia, así como detectar sus necesidades. Las necesidades humanas básicas corresponden a 3 categorías: físicas, emocionales y sociales. La cirugía produce espanto al paciente, donde las raíces de este temor pueden ser: 1. Ignorancia, esta es la causa más común del temor con frecuencia el paciente expresa una pregunta disfrazada. 2. Falsos conocimientos tendiendo a comparar su problema que sufrió con su paciente o amigo. 3. El verdadero conocimiento, ya que algunos pacientes se basan en los mitos de hechos científicos.	La preparación psicológica adecuada a disminuir sus temores y en los momentos de su convalecencia se logra que el paciente acepte la cirugía, pero a pesar de eso ella cree que su problema a largo tiempo puede producirle cáncer.
DESNUTRICION	Bajo peso Adinamia Desproporcion talla y peso	La disminución de los alimentos por debajo del mínimo necesario, para conservar el equilibrio en los tejidos materiales origina la desnutrición que se acompaña de adelgazamiento y disminución de peso, y de la capacidad física e intelectual, así como de cambios metabólicos. La multigravidez y el deficiente aporte de nutrientes por factores económicos, propician una hiponutrición que disminuye la capacidad de procesos patológicos.	Orientar como mejorar la alimentación. Señalar que tipos de alimentos, para la obtención de nutrientes básicos.	Todas las personas atienden mejor lo que comprenden así que es necesario para orientar a las pacientes sobre como mejorar su alimentación que deben suprimir aquellos alimentos que son perjudiciales para su salud, y que carecen de valor nutritivo como son la cerveza, té negro, café bobidos gaseosos, que no contienen otra cosa que agua, gas, azúcar y colorantes artificiales. En cambio se puede dar té de manzanilla, de hierbabuena, de otra hierba caliente y que los microorganismos de huido a lo usualmente los mala, así también como agua de fruta de temporada, ya que tiene la ventaja de que el agua está hervida. Para la obtención de nutrientes básicos se debe de orientar a la paciente, aprovechar los recursos con que cuenta, por ejemplo: en el refrigerador se conserva por varios días, se puede comprar por kilo los comestibles para una semana. Existen algunos alimentos que contienen vitaminas, y el calor destruye especialmente la vitamina "C", se debe comer verduras y frutas crudas bien lavadas y desinfectadas, el pescado seco contiene más proteínas que el pescado fresco. Indicar que el agua con que se cocinan los vegetales es nutritiva y debe de consumirse, se no se arrojan garbanzos y leguminosas debe emplearse la misma agua, para su cocimiento porque también contiene nutrientes.	Su despertar interés en la paciente, con lo que respecta a la desnutrición, al sustituir por nutrientes por otros y administrar los recursos con que cuenta.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Dolor en Hipogastrio.	El dolor aumenta en la deambulaci3n. Durante la menstruaci3n tiende a aumentar.	El sistema nervioso est3 compuesto por 2 ramas, la simp3tica y la parasimp3tica, la estimulaci3n de la funci3n de los 3rganos inervados para el sistema nervioso aut3nomo mientras que la estimulaci3n del parasimp3tico inhibe estas funciones. La inervaci3n del 3tero procede de plexo hipog3strico inferior (simp3tico) y los nervios espl3nicos pelvianos parasimp3ticos.	Reposo en cama. Toma de Signos Vitales. Ministraci3n de analg3sicos.	El mioma ejerce presi3n sobre los vasos de la pelvis y durante la deambulaci3n, mayor congesti3n p3lvica el reposo disminuye lo anterior por lo tanto debe mantenerse en reposo absoluto en cama a la paciente para evitar el m3nimo de esfuerzo. Las constantes vitales tienden a modificarse de acuerdo a diferentes factores; los que pueden ser enfermedad, cirug3a, ejercicio, clima, edad y durante el dolor, la tensi3n arterial tiende a disminuir y la frecuencia del pulso se eleva, lo anterior puede desencadenar un shock neurol3gico si se deja evolucionar. Los analg3sicos del tipo de la dimetil pirazolona, son medicamentos empleados en este tipo de paciente, ya que tiene efecto sedante y generalmente relaja el estado nervioso del paciente; se debe administrar si no hay respuesta de hipersensibilidad al f3rmaco.	Al mantener en reposo a la paciente disminuye el dolor los signos vitales se encuentran en los l3mites normales. Al administrar el analg3sico despu3s de saber el origen del dolor disminuye. La paciente coopera a todo lo que se le dice.

HIPERMENORREA

Pérdida Sanguínea mayor de 500 ml. durante el período menstrual por más de 4 días.

Los miomas determinan síntomas locales pueden agruparse en síntomas que traducen perturbación uterina, síntomas de compresión, y síntomas que evidencian modificaciones intrínsecas del tumor dentro de los primeros síntomas se encuentra la hipermenorrea, metrorragia el flujo y dolor.

Mantener en reposo a la paciente. Toma de signos vitales. Valorar al sanogrado. Administración de soluciones. Toma de muestras de laboratorio (Biometría Hemática).

El mioma que tiene mayor probabilidad de causar hemorragia es el submucoso, por rotura de las vénulas en el endometrio o por la uterina venosa, por obstrucción mecánica de una masa tumoral. En los miomas debido a que existe sangrado en ocasiones excesivo, las constantes vitales tienden a modificarse la tensión arterial, la que produce hipotensión, taquicardia, pulso aumentado y hipotermia. La administración de soluciones isotónicas para hidratación de la paciente permite en caso de que exista problema de anemia y litico a choque hipovolémico por las pérdidas sanguíneas. Se transfunden elementos sanguíneos, sin el problema de colapso. La toma de muestra de laboratorio en el caso de biometría hemática informa sobre el grupo sanguíneo, RH, leucocitos, eritrocitos, plaquetas, hemoglobina y hematocrito. En el cual se diagnostica y clasifica el tipo de anemia con que está curando la paciente. En este caso el diagnóstico fue anemia hemorrágica.

Se lleva a cabo las acciones en la cual mejora el estado general de la paciente, como fueron: colocar en reposo para evitar compresión excesiva de los vasos pélvicos y con las soluciones por venaclisis se mantuvo la hidratación de la paciente hasta obtener respuesta del laboratorio.

Anemia

Palidez de tegumentos hipocitividad hipotensión.

Se entiende por anemia el descolorido de la hemoglobina en sangre por debajo de 13 gr en varón, 12 gr en la mujer no embarazada, de 11 gr en la mujer gestante y disminución del número de hematocitos. La aparición de sudor frío, náuseas, sensación de desvañecimiento, bradicardia, hipotensión dependen en muchos casos de la reacción vaso-vagal. En los miomas el tipo de anemia generalmente es anemia hemorrágica y de la intensidad dependerá la alteración de los signos vitales.

Valoración de las cifras de hemoglobina. Toma de muestras de laboratorio, grupo sanguíneo, RH y pruebas cruzadas. Ministración de sangre y exámenes de plasma. Observar signos de rechazo a la hemotransfusión.

Como función primordial de la hemoglobina, es de servir de vehículo al oxígeno para que este llegue a los tejidos; la principal consecuencia de la anemia es la hipoxia tisular y de aquí las manifestaciones clínicas de la anemia. En el laboratorio por métodos especiales se analiza la sangre, conociendo la deficiencia o ausencia de algún componente, así como el grupo sanguíneo y el RH.

En la administración de sangre se debe mantener la temperatura del medio ambiente, ya que el calentamiento de la sangre, antes de ministrarse produce hemólisis de los componentes de la sangre.

Son síntomas de reacción a la sangre: escalofríos, fiebre urticaria, disnea, ortopnea, hemólisis, sonidos de gorgoteo en el pecho, dolor en región lumbar o torax, hematuria. Lo indicado es suspender de inmediato la hemotransfusión y llevar la sangre al laboratorio para que sea examinada y avisar al médico.

Se le corrige la anemia con la hemotransfusión de 2 unidades de sangre antes de la cirugía sin presentar algún problema posteriormente en biometría hemática reportada por el laboratorio 12.3 de hemoglobina y 36.7 de hematocrito.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
FIBROMA	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Sensación de pesanz y cuerpo extraño en el canal vaginal ◦ Dolor en hipogastrio ◦ Hipermenorrea 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ El fibroma o mioma es la neoplasia más común del sistema genital femenino es esferoide de color rosado y consistencia firme. ◦ Es causa de 10% de los problemas ginecológicos cuya manifestación clínica son: Hipermenorrea, metrorragia, flujo, dolor, esterilidad y efectos de comprensión; la localización del mioma va a determinar la sintomatología en el caso de los miomas submucosos son relevantes, las hemorragias y el dolor en especial los del cervix. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Participación en la cirugía, preparación psicológica, educación preoperatoria (revisión de antecedentes del paciente y examen de éste, revisión de estudios radiológicos, de gabinete y laboratorio). ◦ Preparación física (se debe tomar en cuenta el estado nutricional, estado de líquidos y electrolitos, volumen sanguíneo). ◦ Admisión de la paciente ◦ Exámenes preoperatorios ◦ Autorización del paciente ◦ Preparación de órganos (dar orientación acerca de lo que se debe hacer en preoperatorio, ejercicios respiratorios, pulsión de secreciones bronquiales, movilización activa y pasiva. Además de la colocación del comodo). ◦ Preparación de la zona <p>La extensión de la preparación debe hacerse más amplia que la incisión que se propone hacer el cirujano, esta comprende tricotomía y aseo mecánico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Medicación anestésica se ocupan agentes para disminuir las secreciones, sedantes y tranquilizantes aplicado en el horario exacto indicado por el anestesiólogo, una hora antes de la intervención quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ La preparación psicológica, se efectúa a través de una explicación clara y sencilla con el vocabulario adecuado mostrando interés verdadero, así el paciente comprenderá lo que se le va a realizar cooperando con los procedimientos. ◦ La revisión del expediente clínico para constatar la elaboración de la historia clínica, la revisión de estudios radiológicos y de laboratorio se obtendrán cifras del paciente, antecedentes si existe alguna patología, - alergia y valorar el riesgo quirúrgico y el riesgo anestésico. ◦ Preparación física, toma en cuenta todos los aspectos en el cual incluye el estado nutricional, si hay deficiencia corregirlo, realizar pruebas cruzadas para transfusión de sangre. Anotar peso y talla para dosificar los fármacos utilizados en procedimientos quirúrgicos. ◦ En la admisión de la paciente se incluyen una serie de trámites administrativos que se deben llevar a cabo. ◦ Los exámenes preoperatorios están indicados en todos los pacientes que van a hacer sometidos a cirugía. ◦ El consentimiento para un acto quirúrgico operatorio es indispensable en todo tipo de cirugía, en el cual autoriza a todos los miembros del hospital realizar todos los procedimientos que sean necesarios para su total restablecimiento. ◦ La preparación de la zona debe ser aplicada a todo tipo de pacientes, ya que los vellos actúan como un cuerpo extraño en riesgo de producir infección en herida quirúrgica. ◦ En la premedicación tiene el propósito de conseguir que la droga alcance su efecto máximo cuando comienza la anestesia. 	<p>La recepción de la paciente fue satisfactoria, acepto las acciones de enfermería proporcionadas.</p> <p>Los signos vitales alterados por su problema y el estado emocional, lo que permitió la preparación adecuada con la cooperación de la paciente.</p>

<u>PROBLEMA</u>	<u>MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA</u>	<u>FUNDAMENTACION CIENTIFICA</u>	<u>ACCIONES DE ENFERMERIA</u>	<u>RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES</u>	<u>EVALUACION</u>
MIOMATOSIS CERVICAL	<ul style="list-style-type: none"> * Sensación de cuerpo extraño en el canal vaginal * Aumento de dolor en deambulación * Congestión Pelvica 	<ul style="list-style-type: none"> * Cuando existe dolor puede deberse a que se produce las contracciones miométriales. * Cuando el útero trata de liberarse de un blos toma incrustado en su pared para transformarlo en submucoso o subseroso el dolor es de tipo cólico uterino persistente en todo el mes y se exagera durante la regla. 	<ul style="list-style-type: none"> * Participación en la sala de operaciones: Recepción de la paciente con expediente completo, revisar la aplicación de la venoclisis, la medicación anestésica y la preparación física de la paciente. * Participar en la instalación del catete epidural, para el bloqueo regional. * Trasladarla a la mesa de operaciones. * Proporcionar equipo de ropa, material instrumental, asistir al equipo quirúrgico durante el transoperatorio como enfermera circulante. * Entregar a la paciente en la sala de recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> * La recepción de la paciente en la sala de operaciones es importante ya que se siente más segura al dar la preparación física y psicodidáctica la cual disminuye el stress y le da mayor seguridad para expresar sus temores a la persona que la recibe. * El expediente clínico incluye historia clínica de la paciente, exámenes de laboratorio y gabinete, autorización de la operación, otros estudios complementarios. * La ministración de la medicación preanestésica es fundamental para lograr el objetivo de esta que alcance su efecto máximo cuando comienza la anestesia. * El diacepam u otro sedante, así como la atropina disminuye las secreciones y el estado de alerta. * Los anestésicos locales se emplean para la analgesia regional a través del bloque de las ramas radiculares nerviosas intradural llamado también anestesia raquídea, se realiza a determinadas alturas de la columna vertebral. * La anestesia epidural evita las complicaciones de aracnoiditis y cefalalgias que aparece con la anestesia raquídea. * El bloqueo epidural a nivel de 2a. y 3a. vertebra lumbar con cateter dirigido hacia arriba se usa en gran variedad de procesos ginecobstétricos y urológicos. Una de las complicaciones es el riesgo en la hipotensión severa. * La enfermera circulante participa con el médico anestesiólogo, en la colocación de la paciente, preparación de equipo y soluciones para la afección. Una vez efectuado el bloqueo asiste al equipo quirúrgico, hace las anotaciones correspondientes de la secuencia que sigue el acto quirúrgico, y lleva control pesas. * La paciente se coloca en posición ginecológica y bajo bloqueo peridural previo aseo mecánico y catéctis mo vesical, en la colocación de campos estériles se procede a explorar las condiciones del cuello uterino encontrándose tumuración proveniente del útero de aproximadamente 6 y 7 cms. de diámetro fácilmente desprendible por abundante tejido necrótico. Se coloca un dilator interno se coloca pinza de anillos en cervix válvula de dolián inferior, se toma el mione con pinzas de anillos se gira sobre su pedículo extra yéndose por pedazos hasta su totalidad el cual se coloca en un frasco con formol para su envío a patología, posteriormente se identifica y revisa endo cervix encontrándose hemorragia en capa de las conturas las cuales se ligan por la parte lateral derecha como la izquierda. Se da por terminada la cirugía para la paciente en buenas condiciones a la sala de recuperación, la anestesia dura 40 minutos y la operación 30 minutos. * Una vez concluida la intervención la enfermera acompaña en el traslado a la paciente del quirófano a la sala de recuperación, verifica como transcurrió el transoperatorio. Así como el estado general de la paciente en el que incluye signos vitales, se deja sonda de Foley a permanencia y venoclisis permeable. 	<p>Se lleva a cabo el transoperatorio sin que exista algún incidente o accidente, no fue necesario la transfusión sanguínea en el quirófano, sale la paciente con signos vitales estables y consciente.</p>

<u>PROBLEMA</u>	<u>MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA</u>	<u>FUNDAMENTACION CIENTIFICA</u>	<u>ACCIONES DE ENFERMERIA</u>	<u>RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES</u>	<u>EVALUACION</u>
POSOPERATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Nausea ◦ Vómito 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ La acumulación de aire y secreciones en el aparato digestivo, durante el posoperatorio produce con frecuencia náusea y puede llegar al vómito. ◦ El tratamiento posoperatorio se inicia cuando se cierra la incisión, se aplica la curación y al paciente es trasladado a la sala de recuperación o a la unidad de cuidados intensivos. ◦ La náusea es una sensación física en la que hay malestar gástrico y repulsión a la comida y sensación eminente de vomitar. ◦ El vómito es la expulsión brusca del contenido gástrico a través del esófago y la boca; se clasifica de acuerdo a la patogenia, horario, y calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ En el posoperatorio: Mantener vena permeable con soluciones glucosada y mixta para tener hidratación a la paciente. ◦ Ministración de antieméticos y mantener en ayuno como la metoclopramida que produce aumento considerable de la movilidad tanto del estómago como del intestino delgado, en el humano da lugar así mismo a la apertura del píloro, tiene otras aplicaciones, como la hernia hiatal ya que facilita el vaciamiento del estómago y evita el reflujo gástrico esofágico. Puede producir somnolencia y ésta contraindicado en la hipotensión arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Las venas por su estructura tiende a colapsarse cuando están llenas de sangre, por tal motivo debe de canalizarse. ◦ La importancia de hidratar a la paciente es urgente para mejorar el metabolismo, la circulación y la función renal. ◦ Los antieméticos disminuyen e inhiben la zona quimiorreceptora que controla la náusea y el vómito. ◦ El ayuno es con el fin de permitir que el estómago se relaje, mientras tanto es importante administrar soluciones por vía venosa. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Durante una semana persiste el reflejo nauseoso y en contadas ocasiones el vómito aún con la administración de antieméticos. ◦ Se mantiene con soluciones por venoclisis por ese tiempo, y poco a poco se va probando tolerancia gástrica, primero con líquidos claros, posteriormente dieta blanda después a completa.