

24.4



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

**ESTUDIO CLINICO EN PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
A UNA PACIENTE CON LEIOMIOMATOSIS UTERINA Y
QUISTE DE OVARIO**

Para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
Presenta

MINERVA CERVANTES RODRIGUEZ



México, D. F.

1988



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
I. I N T R O D U C C I O N	1
2. J U S T I F I C A C I O N	2
3. O B J E T I V O S	3
4. C A M P O D E L A I N V E S T I G A C I O N	4
5. M E T O D O L O G I A	5
6. M A R C O T E O R I C O	6
6.1. A N A T O M I A Y F I S I O L O G I A D E L A P A R A T O R E P R O D U C T O R F E M E N I N O	6
6.2. C O N C E P T O	
6.3. E P I D E M I O L O G I A	
6.4. E T I O L O G I A	
6.5. S I N T O M A T O L O G I A	
6.6. D I A G N O S T I C O	
6.7. T R A T A M I E N T O	
6.8. C O M P L I C A C I O N E S	
7. H I S T O R I A N A T U R A L D E L E I O M I O M A T O S I S Y Q U I S T E D E O V A - R I O	60

	PAG.
8. HISTORIA CLINICA.	63
9. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	67
10. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.	68
11. CONCLUSIONES.	84
12. GLOSARIO DE TERMINOS.	86
13. B I B L I O G R A F I A	91
14. A N E X O S	95

I N T R O D U C C I O N .

El presente Proceso Atención de Enfermería contiene los elementos teóricos mínimos indispensables para proporcionar los cuidados específicos de Enfermería a una paciente con leiomiomatosis uterina de tipo intramural y quiste de ovario.

Es de vital importancia conocer la etiología y patología del padecimiento para proporcionar educación higiénica a la paciente y familiares; así como para prevenir posibles complicaciones tanto físicas como psicológicas, ya que la pérdida de cualquier órgano interno o externo afecta psicológicamente al individuo, familia y comunidad.

Afortunadamente la leiomiomatosis es poco frecuente porque se presenta en 50% de la población total femenina a partir de los 30 años en adelante. Con frecuencia es causa de esterilidad o infertilidad y en última instancia pérdida del útero o malignización del leiomioma.

El quiste de ovario es una patología menos frecuente que incluso a veces se descubre accidentalmente durante la realización de los estudios de gabinete (Rx, ultrasonografía) y laparatomía exploradora, ya que cuando da sintomatología es porque de gran tamaño sufre torsión de su pedículo generalmente.

JUSTIFICACION.

El presente Proceso de Atención de Enfermería fue elaborado como una opción de titulación para obtener el grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la Escuela - Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Dicho trabajo se llevo a cabo en el Hospital General "Gral. José Vicente Villada" perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México de la S.Sa.

OBJETIVOS.

- Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería como opción de titulación.
- Aplicar en la práctica los conocimientos adquiridos en la preparación profesional.
- Proporcionar con el Proceso de Atención de Enfermería los cuidados específicos a una paciente Gineco-Obstétrica conociendo de antemano la patología que la aqueja para ayudarla a su rápida recuperación.

CAMPO DE LA INVESTIGACION.

El presente estudio se llevo a cabo en el Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada" perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que se encuentra ubicado en la calle de Alfonso Reyes sin número Esquina con Venustiano Carranza, en Cuautitlán de Romero Rubio, Estado de México, y que cuenta con las cuatro especialidades básicas como son: Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia.

METODOLOGIA.

Para la integración de este Proceso de Atención de Enfermería se seleccionó una paciente Gineco-Obstétrica del Servicio de Hospitalización en el Hospital General de Cuautitlán "Gral. José Vicente Villada" para su realización se elaboró la Historia Clínica por medio de la información directa e indirecta, así como el interrogatorio de dicha paciente, para dar un Diagnóstico de Enfermería, posteriormente se elaboraron fichas bibliográficas y de trabajo para conocer, por un lado la Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino y por otro lado la patología en cuestión, inmediatamente se esquematizó la Historia Natural de la Enfermedad con sus niveles de prevención y se elaboró el Plan de Atención de Enfermería con su fundamentación y se presentará el informe de los resultados obtenidos.

M A R C O T E O R I C O .

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO:-

El aparato genital femenino se encuentra constituido por órganos genitales externos y órganos genitales internos, los primeros los constituyen el monte de venus, labios mayores, labios menores, clítoris, vestíbulo, meato urinario, glándulas de Skene, glándulas de Bartolini, himen, orquilla bulbar, perine.

"MONTE DE VENUS.- Prominencia localizada por delante del pubis con espesor de 2 a 8 centímetros constituido por tejido adiposo cubierta de piel pigmentada que en la pubertad se cubre de vello formando un triángulo de base superior. Se irriga por las pudendas externas, ramas de las femoral. Sus venas desembocan en la femoral, sus linfáticos van a los ganglios superficiales de la ingle y los nervios proceden de los abdomeno-genitales"

"LABIOS MAYORES.- Son dos pliegues cutáneos, alargados en sentido anteroposterior y aplanados transversalmente, poseen dos caras, dos bordes y dos extremidades, en su cara externa corresponden a la cara interna del muslo del que esta separado por el surco genitouretral. Es convexa, de una

coloración obscura y presenta pelos más escasos que el monte de venus la cara interna corresponde a la cara interna del labio opuesto y al labio menor del mismo lado, el cuál está separado del surco interlabial dicha cara es obscura y presenta poco pelo. El borde superior o adherente corresponde a las ramas esquiopúbicas y borde inferior o libre es convexo de adelante hacia atrás y adosado al borde del labio opuesto, limita la hendidura vulvar y presentan escasos pelos. La extremidad anterior se une con el lado opuesto del monte de venus. La extremidad posterior se une de igual manera al lado opuesto y constituye la comisura posterior, también llamada horquilla, la cual presenta inmediatamente delante de ella y por atrás del himén una depresión llamada foseta novicular.

Los grandes labios se hayan constituidos por diversas capas, de afuera hacia dentro, se encuentra una capa cutánea de epidermis pigmentada cubierta de pelos y rica en glándulas sudoríparas y sebáceas; y el dartos labial, rafe de fibras musculares lisas que cubren a la capa cutánea por su cara profunda, éstas dos capas se reflejan en el borde libre del labio resultando así dobles. Contienen la capa de tejidos celulares con grasa más o menos abundante, y en fibras elásticas en mayor o menor abundancia. Los labios mayores se encuentran irrigados por las pudendas externas, ramas

de la femoral y por la perineal superficial, rama de la pudenta interna. Sus venas superficiales acompañan a las arterias, mientras las profundas van con las venas vulbares - al plexo vaginal. Los linfáticos se dirigen a los inguinales superficiales y sus nervios proceden del pudendo interno y de los abdomino genitales". (1)

LABIOS MENORS O NINFAS. Son dos repliegues de - - piel, pequeños y mediados sin vello, situados entre el in - - troito, al adosarse entre si concluyen el orificio vaginal; se unen en su parte anterior y posterior. En su parte poste - - rior se pierde insensiblemente en la cara interna del labio - - mayor, en la unión del tercio posterior en sus 2 tercios, an - - teriores; pero pueden prolongarse e intervenir en la forma - - ción de la foseta navicular. La extremidad anterior dividida en 2 repliegues que bordean al clítoris; el anterior forma - - una envoltura llamada prepucio del clítoris, el posterior alcanza la cara posterior del clítoris formando el franillo del clítoris, no siempre los labios mayores son de mayor tamaño - - que los labios menores estos últimos pueden presentar mayor tamaño y se encuentran tegumentaria que presenta los caracte - - res de piel y de mucosa su epitelio presenta los caracteres - - del tegumento externo. Es rica en corpúsculos del tacto y en

1) Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez. Anatomía Humana. 7a. edición. México, 1977. pp. 331-332.

glándula sebaceas y contienen tejido conjuntivo rico en fibras elásticas, se irrigan de igual forma que los labios mayores, su circulación linfática es más abundante, se vierte en los ganglios inguinales superficiales, su inervación es igual a la de los labios mayores, con la gran diferencia que los labios menores se encuentran gran cantidad de corpúsculos de Meisner y de Krause.

"CLITORIS.- Organó erectil homólogo al pene del hombre situado en la parte anterior de la vulva y formado por los cuerpos cavernosos y sus envolturas.

Los cuerpos cavernosos se implantan en el borde inferior de las ramas isquiopúbicas, alcanzan un tercio medio y se hayan recubiertos por el músculo isquiocavernoso, después se dirigen hacia arriba y adelante hasta el borde inferior de la sínfisis púbica, donde unen para formar, el cuerpo del clítoris.

Este continúa la dirección de los cuerpos cavernosos en una corta extensión para doblarse bruscamente hacia abajo y hacia tras constituyendo la rodilla del clítoris. Se adelgazan ligeramente hasta su extremidad donde toma forma fónica del vértice redondeado en el glande del clítoris, conformación parecida al pene del hombre en el ángulo inferior

que forma la rojilla del clítoris se encuentra una red venosa que se llama plexo intermediario de Kobelt las envolturas del clítoris estan formadas por piel, continuación del tegumento vulvar, contiene una capa celular que cubre la superficie profunda del revestimiento cutáneo. Una capa fibroelástica que envuelve a los cuerpos carnosos como la fascia penis, formando la fascia clitoridiana, la cual separa los vasos y nervios subcutáneos de los vasos y nervios profundos, el clítoris contiene un ligamento suspensor, su irrigación es por medio de la pudenda que suministra las arterias cavernosas y las dorsales del clítoris, emite numerosas venas, unas forman la vena dorsal superior y la dorsal profunda, separadas por la fascia clitoridiana y que desemboca a la vena femoral y al plexo Sanaton y otros al plexo intermediario de Kobelt.

Los linfáticos van a gánglios inguinales y profundos que se vierten en el gánglio de Cloquet y en los rectos crurales los nervios proceden del pudendo interno".⁽²⁾

.VESTIBULO.- Espacio comprendido entre los labios menores, contienen el orificio vaginal y las glándulas vestibulares, se encuentra cubierto por un epitelio escamoso estrati

2) Fernando Quiróz. Op. Cit. pp.33-334.

ficado, es de coloración rosada, desprovisto de glándulas - presenta una superficie plana y ligeramente cóncava en sentido transversal.

" MEATO-URINARIO.- Orificio en forma de hendidura -- por el cual desemboca la uretra hacia el exterior esta recubierto por un epitelio transversal se situa en la línea media en la parte posterior del vestibulo y por arriba del tuberculo vaginal.

GLANDULAS DE BARTHOLINI.- Son dos y se ubican en los labios menores y en la pared vaginal y desemboca en el introito, con su mucosidad lubrica la vulva y parte externa de la vagina.

GLANDULAS DE SKENE.- Son dos y se encuentran cada una en la parte posterolateral de meato-urinario producen moco que lubrica al vestibulo, estas glándulas se infectan con relativa frecuencia". (3)

"HIMEN.- Tabique perforado y situado en los límites de los conductos vulvar y vaginal. Presenta una cara superior vuelta hacia el conducto vaginal; y cara inferior en relación con las formaciones labiales; un borde central que

3) Héctor Mondragón Castro. Obstetricia básica ilustrada. Trillas. 3a. reimpresión. México, 1986 p. 14

limita la hendidura del himen y que presenta diversos tipos semilunar, anular, tabicado o estrellado. Por su cara vulvar forma con los labios menores el surco vulvohimeneal. Se encuentra formado por un repliegue mucoso que contiene en su interior tejido conjuntivo y fibras elásticas en cantidad variable, posee vasos sanguíneos, lo cual explica la elasticidad y las hemorragias diversas que presenta esta membrana se rompe al contacto sexual y sus restos se designan carunculas multiformes dicha membrana recubre la entrada de la vagina".

HORQUILLA VULVAR.- Se llama donde se unen los labios mayores con los menores en su parte posterior.

"PERINE.- Región comprendida entre la horquilla y el ano; ésta constituido por varios músculos transversos del perine, vulvo cavernoso, isquiocavernosos, transverso profundo del perineo, constrictor profundo del perineo, esfínter externo de la uretra o esfínter estriado externo del ano, músculo rectovaginal, isquioquisio y elevador del ano con sus aponeurosis perineal superficial, media y profunda. El perine se ve afectado con el trauma del parto".⁽⁴⁾

4) Fernando Quiróz: Op. Cit. pp 333-336.

ORGANOS GENITALES INTERNOS.-

"VAGINA.- Conducto músculo membranoso que se extiende del cuello uterino a la vulva.

Se situa por delante del recto, por atrás de la vagina y por abajo del cuello uterino. Su dirección es oblicua hacia delante y hacia abajo y forma con la horizontal un ángulo de 70° abiertos hacia atrás; presenta una ligera concavidad dirigida hacia atrás, en estado de evacuación es aplanada de adelante hacia atrás en sus paredes se aplican una a otra en toda su extensión, en su extremidad superior forma una cupula que se engarza al orificio de tenca, formando los fondos de saco, en su extremidad inferior la vagina está aplanada transversalmente".

Es aproximadamente 10 cm. de longitud.

La vagina se fija por su cupula en el cuello uterino, por su extremidad inferior a los planos del perineo y a la vulva, por su cara anterior y posterior se fija la vejiga a la uretra y al recto, está constituida por una capa externa conjuntiva, una capa media muscular por fibras musculares lisas y una capa interna mucosa.

"Recibe una irrigación de la arteria vaginal, rama de la hipogástrica y de la uterina la cual emite el ramo cervico vaginal y de la hemorroidal media, que irriga su extremidad interior.

Los linfáticos se originan en una red mucosa y en otra muscular, al salir de las paredes, forman otra red perivaginal, de la cual parten conductos aferentes superiores -- que desembocan a los iliacos externos; conductos medios que van a los hipogástricos y conductos inferiores que con los conductos del hímen terminan en los inguinales superiores.

Los nervios emanan del gánglio hipogástrico los destinados a la parte superior de la vagina y del pudendo interno por la parte interna". (5)

"Sirve de paso al fujo menstrual, como receptaculo para el pene en la copulación y como parte baja del canal de nacimiento durante el parto."

UTERO.-" El útero ó matriz es un órgano hueco destinado a contener el huevo fecundado durante su evolución y a expulsarlo cuando ha alcanzado su desarrollo.

5) Fernando Quiróz Op. Cit. pp.331 y 316

Esta situado en la parte media de la excavación -- pélvica entre la vejiga y el recto, arriba de la vagina y -- por debajo de las asas intestinales. (6)

Tiene forma de cono truncado y aplanado de adelante atrás, de base superior y de vértice inferior. Presenta en la unión de su tercio inferior con sus dos tercios inferiores, un estrechamiento circular llamado istmo, que lo dividen en una parte superior o cuerpo y una parte inferior o cuello el útero normalmente es único pero puede tener mutaciones.

Mide en la mujer nulipara 7 cm. de longitud por 4 de ancho en su cuerpo y 2 en su cuello con un espesor medio de 2½ cm. En la múltipara mide 8 cm. de longitud, de ancho 5 cm., de espesor 3 cm, tiene un peso de 40 a 50 gramos en nulipara y 60 a 70 gramos en múltipara.

El eje de la matriz no es recto pues presenta un -- ángulo obtuso, en la unión del cuello con el cuerpo abierto hacia abajo y adelante. Esta abertura varia entre 140 x 170 grados. Si esta demasiado cerrado se encuentra en ante flexión, si se encuentra invertido abierto hacia atrás, está en retroflexión y si el ángulo se encuentra a un lado esta en -- latero-flexión". (7)

6) Mondragón. Op. Cit. p.18

7) Fernando Quiróz. Op. Cit. p.316

La dirección se da tomando en cuenta el punto central que normalmente pasa muy poco por delante de un plano - que pasa por las espinas ciáticas y en una línea vertical que pasa por el centro del perineo cuando sin cambiar el punto central, el útero dirige su cuerpo hacia delante y su cuello hacia atrás, se dice que hay anteroverción. La dirección es en sentido contrario se dice que hay retroversión, - en caso que se incline hacia alguno de los lados se habla de la retroversión.

La posición es en situación central; con ligera anteflexión y ligera anteversión.

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, constituyen su fijación la cupula vaginal y músculos del perineo, los ligamentos uterinos simétricos son los ligamentos anchos, redondos y uterosacros.

"Ligamentos Anchos.- Se hayan constituidos por el peritoneo uterino cuyas hojas interiores y posteriores se adosan en sus bordes, formando el repliegue que va a las paredes laterales de la pelvis por fuera y alcanza por abajo el piso pélvico. Son dos tabiques transversales que de los bordes uterinos va a las paredes pélvicas, cuya forma es más o

menos cuadrangular y que adopta una dirección semejante a la del útero. En el sentido vertical se dirigen oblicuamente de arriba a abajo y de adelante a atrás presentan dos caras anteriores que se relacionan con la vejiga y en su parte más alta presenta el levantamiento del ligamento redondo, y en la cara posterior se relaciona con el recto y en su parte más alta los repliegues que corresponden a los ligamentos útero -ováricos y tubo ovaricos, contiene 4 bordes internos que corresponden al borde uterino y contiene en su interior la arteria uterina y el flexo venoso. El borde externo corresponde a la pared lateral de la pélvis, el borde interior al piso de la pélvis y al borde superior libre a la trompa uterina y a su vez presenta tres repliegues que divergen hacia fuera (aletas de ligamento ancho). La anterior formada por el ligamento útero-ovárico y la inserción del hilio del ovario sobre el ligamento ancho.

Su estructura esta formada por fasículos musculares lisos en su parte superior membrana fibrosa mezclada con elementos musculares en la parte inferior que constituye el mesometrio.

Ligamentos Redondos.- Son cordones redondeados extendido de los ángulos laterales del útero al conducto inguinal y al pubis, mide de 12 a 14 cm. de longitud y un diámetro de 4 a 5 milímetros de diametro nacen por delante y por

debajo de la trompa uterina, se dirigen hacia afuera en el espesor del ligamento ancho al cual forma la aleta anterior, hasta llegar al orificio del conducto inguinal pasando por el cayado de la epigástrica. Se introducen en el conducto inguinal al que recorren en toda su extensión y al salir de él se dividen en haces divergentes que van a insertarse a la es pina del pubis, a la sínfisis y otra a los labios mayores y monte de venus en el orificio inguinal inferior, al peritoneo forma una depresión (foseta inguinal externa). Estructuralmente el ligamento redondo está constituido por tejido -- conjuntivo elástico".⁽⁸⁾

Ligamentos Uterosacros.- Se extienden de la cara posterior del cuello uterino, en los límites del istmo, a la cara anterior del sacro.

La inserción posterior se hace en la segunda o tercera vertebra sacra, y a veces en la primera.

Se presenta bajo la forma de repliegues, con una ca ra superior y otra inferior, un borde externo que se confunde con la hoja peritoneal pélvica y otro interno faciliforme y cóncavo que abarca el recto (repliegues de DOUGLAS).

8) Fernando Quiróz. Op. Cit. p.317

Estructuralmente se encuentra formado por tejido celular por fibras musculares lisas, en su cara inferior con-- tiene el gánglio hipogástrico por fuera los vasos linfáti-- cos y venosos.

Constituye la fijación del útero a la vagina. Se - hayan rodeados ambos a este nivel por tejido celular subperi-- toneal que a su vez es fibroso, muscular y elástico que ade-- más se adhiere a las paredes pélvicas laterales constituyendo el parametrio de Virshow y ligamento transverso de Matkan-- rodt. Se fija también al sacro y al pubis y constituye la - aponeurosis sacro-rectogenital de Delbet.

El útero, así engarsado a la vagina descansa sobre el piso del perineo y principalmente sobre el elevador del - ano, y que le sirve de sostén.

En el útero se consideran una porción superior o -- cuerpo y otra inferior o cuello unidos por el itsmo.

El cuerpo posee dos caras, tres bordes y tres ángu-- los.

La cara antero-inferior lisa, ligamento convexo cubierta por peritoneo, desciendo hasta el itsmo hacía la veji

ga, que forman, el fondo de saco vesicouterino.

Cara posterosuperior lisa y más convexa revestido por peritoneo desciende más hacia el istmo hasta cubrir la parte superior de la pared posterior de la vagina. Se refleja luego sobre la cara anterior del recto, para constituir el fondo de saco rectovaginal o fondo de saco de Douglas.

Los bordes laterales corresponden al borde interno de los ligamentos anchos y se relaciona con la arteria uterina y los plexos venosos que lo acompañan.

Borde superior llamado fondo uterino o base del útero recto en nulíparas y convexo en multiparas, cubierto por peritoneo y se relaciona con las asas intestinales.

Angulos.- Los laterales resultan de la unión de los bordes laterales con el borde superior de ellos sale la -- trompa uterina, el ligamento redondo y el úteroovárico. El ángulo inferior se continua con el istmo formando el ex tr ang u l a m i e n t o que marca los límites del cuello y del cu e r p o u t e r i n o.

Cuello, que contiene tres porciones: supra vaginal, vaginal e intravaginal.

La primera relacionada por delante con la vejiga com puesta de tejido celular laxo, por detrás con el peritoneal y el recto por el fondo de saco de Douglas, lateralmente se relaciona con el borde interno del ligamento ancho y con las fibras conjuntivas musculares superitoneales, así como con la arteria uterina y el útero.

Porción vaginal.- Señala la inserción de la vagina en el -
cuello.

Porción intr vaginal.- Se llama ozico de tenca de forma có nica de vértice redondeado y presenta un orificio (orificio externo del cuello), que sirve de comunicación a la cavidad cervical. En las mujeres virgenes es cónico, redondeado y de orificios circular.

En la primipara se aplasta de adelante hacía atrás y disminuye, su consistencia se alarga transversalmente. En la multipara, el ozico de tenca e haya más ancho, su consistencia disminuye más, está limitado por 2 labios en los que se observan varias desgarraduras.

El ozico de tenca forma con la cupula vaginal fondo de saco anterior, posterior y laterales.

El posterior, más profunda corresponde al fondo de saco de Douglas, al recto, el anterior, menos profundo a la vejiga.

Interiormente el útero presenta una cavidad aplanada de adelante atrás que comunica por abajo con la cavidad vaginal y por arriba, al nivel de su ángulo con las trompas uterinas..

En el cuello la cavidad presenta dos paredes anterior y posterior con una cresta longitudinal. De esta, parte pliegues que en la nulipara se encuentran más desarrollada que en la multipara. En la cavidad el cuello, los bordes laterales son ligeramente cóncavos hacia la línea media y constituyen con las caras a formar el orificio superior o del istmo uterino que comunica ésta con la cavidad uterina y mide 5 milímetros de diametro.

El cuerpo presenta una cavidad constituida por dos paredes y tres bordes. Las paredes son planas, lisas y -- presentan algunas veces un rafe longitudinal y medio.

Los dos bordes laterales y un superior, convexos - hacia el centro de la cavidad. Los laterales limita por abajo el estrechamiento del istmo y con el borde superior

arriba, y a los lados los orificios de la trompa uterina, más amplias en las múltiparas que en las nuliparas.

La cavidad uterina mide longitudinalmente de tres a cuatro centímetros en la nulipara y de 5 a 6 en la múltipara, el diámetro transversal es la mitad de esa longitud.

El útero se encuentra constituido por tres capas serosas, externo, muscular media y mucosa interna.

La capa serosa, cubre su base y su cara anterior hasta el istmo, donde se refleja para cubrir la vejiga formando el fondo de saco de vesicoúterino. Cubre también la cara posterior, y desciende hasta revestir parte de la pared posterior de la vagina en una extensión de 2 a 3 cm. se refleja luego para abrir las caras anterolaterales del recto formando el saco de Douglas el mismo peritoneo que cubre las caras al llegar a los bordes del útero, deseados o para constituir el ligamento ancho. Se adhiere más íntimamente al útero en su fondo y en sus dos tercios superiores, mientras en su tercio inferior el contacto entre la capa muscular y la serosa se hace por medio de tejido celular.

La capa muscular constituida por fibras musculares lisas dispuestas en tres capas; la capa externa formada por

fibras longitudinales, las primeras se distribuyen en la parte media de la cara anterior ascienden al fondo y descienden a la capa posterior en forma de herradura; constituyen el fascículo cusiforme de Hélic. Por abajo parte de las fibras longitudinales descienden hasta el tercio superior del cuello y otros se detienen en el itsmo.

Las segundas fibras transversales situadas por debajo de las anteriores en el cuello uterino. Entre estas fibras transversales se encuentran numerosos vasos sanguíneos, su límite por abajo es el itsmo donde se continúan con la capa muscular profunda de la vagina y con los elementos musculares de los ligamentos útero sacro la capa media o plexiforme se haya formado por hascas que se entrecruzan con todos los sentidos y albergan gran cantidad de capilares venosos o senos uterinos.

La cavidad muscular se encuentra revestida por endometrio que se adhiere íntimamente y permiten la circulación sanguínea.

Capa interna.- constituida de manera idéntica a la externa, por hascas longitudinales que van de cara a cara y hacen que el nivel de los vasos se desvien hacia las -- trompas uterinas. También posee fibras transversales que

al nivel del itsmo se condensan, constituyendo el esfinter del itsmo. Al nivel de los gánglios uterinos forman anillos que circunscriben la porción intramural de la trompa uterina.

"La capa mucosa reviste la cavidad uterina y presenta una estructura distinta en el cuello y en el cuerpo .

En el cuello la mucosa es pálida y presenta pliegues.

Está formada por un epitelio cilíndrico ciliado que en su parte inferior o vaginal disminuye de altura y transforma en epitelio epidérmico o pavimentoso estratificado, transformación que se verifica a nivel del orificio vaginal del cuello. Este epitelio descansa sobre un co-rión de tejido conjuntivo y contiene glándulas en forma de criptas, en tuvo y algunas en racimo si se llegasen a obstruir esas glándulas se forman quistes.

La mucosa del cuerpo es lisa de color rosado y se adhiere a la capa muscular constituida por epitelio ciliaco de células prismáticas cuyos flajelos aparecen después de la pubertad desapareciendo con la menopausia, contiene una capa muscular más próxima a la cavidad uterina

y se desprenden durante la menstruación y da origen a una nueva capa funcional después de ella. La irrigación del útero provienen de las arterias uterinas, rama de la hipogástrica proporcionando al llegar al ángulo remite la tubaria interna que es anastomosa con la tubaria externa, el nivel de su cayado suministra ramas vesicouterinas y en el ramo uretral inferior. Recibe sangre arterial de la ovárica, rama de la aorta y de la arteria del ligamento redondo, rama de la epigástrica." (10)

Las venas se originan en las capas del útero, principalmente donde nacen los senos uterinos, son anovulares, gruesas y numerosas, se dirigen así los bordes donde forman los plexos uterinos de los cuales emanan abajo dos gruesas venas uterinas y arriba constituyen los plexos úteroováricos, de los cuáles el izquierdo se vierte en la vena renal del mismo lado, y el derecho y la vena cava inferior.

Los linfáticos nacen de redes mucosas en el corión y redes musculares.

Los linfáticos superiores del cuerpo siguen el trayecto de las venas úteroováricas y ascienden con ellas has-

10) Fernando Quir6z. Op. Cit. p.324.

ta en riñón. Después de recoger los linfáticos del ovario van a desembocar a los gánglios preaórticos y yuxtaaórticos. Los linfáticos anteriores nacen de los ángulos uterinos, acompañan a los vasos del ligamento redondo y van a terminar en el grupo superoanterior de los gánglios inguinales superficiales. Los linfáticos laterales se originan en las paredes uterinas, caminan dentro del ligamento ancho y desembocan en los gánglios íliacos externos. Los linfáticos del cuello se dirigen en parte a las paredes laterales de la pélvis para desembocar en los gánglios íliacos internos, otros hacía la cara anterior del sacro, bordean el recto y terminan en los gánglios presacros y del promotorio.

El útero se encuentra inervado por ramas procedentes del plexo de Frankenhaüser, en el cual se encuentra un gánglio grande situado a los lados del cuello uterino y uno a dos más pequeños situados a los lados del cuerpo uterino. Se hayan constituidos por neuronas múltipolares, entre las cuales discurren nervios mielínicos y amielínicos.

El plexo de Frankenhaüser recibe ramas procedentes del plexo hipogástrico, que se originan en el nervio presacro, hacía arriba del origen al plexo aórtico, también recibe el nervio pélvico que nace del cuerpo del quinto

nervio sacro.

"TROMPA UTERINA.- La trompa uterina o de falopio es un conducto que se extiende de la superficie exterior del ovario del ángulo lateral del útero, recorriendo al borde superior del ligamento ancho". Parte del ángulo se dirige transversalmente hasta la mitad del cuerpo del ovario, con flexión hacía arriba después hacía adentro, abarcando en su cavidad al ovario. Mide 10 a 12 cm. de longitud y su diametro, al salir del útero es de 2 a 4 cm., aumentando - progresivamente para medir en su extremidad ovárica 8 mm.

Por su extremidad interna se fija al útero y su extremidad se fija al ovario por el ligamento tubo-ovárico al - perineo, lo cubre por su cara anterior, posterior y superior, que lo fija al borde superior del ligamento ancho.⁽¹¹⁾

Se compone de 4 porciones, de adentro hacia afuera, al intersticial que mide 1 cm. longitudinal, se inicia en el ostium uterino que mide 1 mm. de diametro situado en el ángulo superior externo de la cavidad uterina.

El istmo, principia en el vértice del ángulo del úte

11) Ibidem pp.313

ro en un plano más superior y entre el ligamento útero-ovárico por atrás, después se extiende hasta el polo inferior del ovario, mide 3 a 4 cm. de longitud, con un diametro de 3 a 4 mm. su forma es más o menos cilíndrico.

La ampolla mide 7 a 8 cm. de longitud y de 7 a 8 mm. de diametro. Sigue por el borde del ovario que se dobla hacia atrás y abajo para continuarse con el pabellon formando una concavidad hacia abajo que radica al polo superior del ovario, esto se presenta en la nulipara, pués en la múltipara por el cambio de posición que sufre el ovario cambia ligeramente estas relaciones.

La porción del itsmo y de la ampolla ocupa la aleta media del borde superior del ligamento ancho, y está en relación con las asas intestinales y con el recto por detrás y la vejiga por delante.

El pabellón es infundibuliforme y posee un vértice, una base, una superficie exterior y otra inferior. Interiormente la trompa es de un color rosado y presenta múltiples pliegues longitudinales, desempeñan un papel importante en el contacto que deben tener el óvulo y el espermatozoide para facilitar la fecundación que se realiza en la trompa entre estos pliegues.

La trompa uterina está constituida por una capa externa serosa, una media muscular y una mucosa interna, la capa serosa depende de peritonco cubriendo de arriba, delante y detrás formando un borde inferior al mesosalpinx o aleta superior del ligamento ancho.

La capa muscular esta formada por fibras lisas, cuyo plano profundo es de fibras circulares.

La capa mucosa formada por epitelio de células cilíndricas ciliadas que descansan sobre el corión de tejido conjuntivo mezclado con fibras musculares lisas; además se encuentra en el epitelio, células cilíndricas, cuya función es manifiesta durante el paso del óvulo por la trompa, estando inactiva en el período de reposo sexual.

La trompa recibe sangre arterial de la tubaria interna, rama de la uterina, de la tubaria externa, rama de la ovárica, las cuales se anastomosan en el mesosalpinx donde las ramas ascendentes para la trompa y descienden para el ovario.

Las venas, que nacen de redes capilares de la capa muscular, emite troncos que van a los útero-ováricos.

Los linfáticos emanan de las redes de sus paredes y van al mesosalpinx, la más externa se anastomosa con los del ovario y las más internas con las del útero para ir con ellas a los gánglios lumbo-aórticos.

Los nervios proceden de los nervios uterinos y de los aórticos, acompañan a las arterias y con ellas penetran en las paredes de la trompa. La trompa tiene movimientos peristálticos.

"OVARIO.- Los ovarios derecho e izquierdo, son las glándulas genitales de la mujer, son glándulas mixtas, cuya secreción externa los óvulos y cuya secreción interna genera las hormonas ováricas que intervienen en la producción de los caracteres sexuales secundarios de la mujer". (12)

Normalmente los ovarios son 2, pero pueden existir más, bajo la forma de pequeños cuerpos ovoides que ocupan a menudo el hilio de la glándula principal, puede suceder que falte uno o los dos. Se encuentran situados en las caras laterales de la excavación pélvica, por detrás del ligamento ancho y descansan en una foseta peritoneal (Foceta ovárica), son de color rosado pálido en la niña y rosado en la mujer adulta, color que aumenta de intensidad durante el período menstrual. En la mujer adulta alcanza un -

12) Ibidem p. 313.

peso de 8 grs. en estado de reposo, pero después del período menstrual disminuye hasta 2 grs. su consistencia es firme.

Tiene una forma ovoide, aplanada ligeramente de afuera a adentro con su eje mayor dirigido verticalmente. Posee, como medio de fijación 4 ligamentos.

Ligamento Lumboovárico, suspensor o infundíbulo pélvico de Henle, se extiende de las apofisis transversas de la última vértebra lumbar al polo superior del ovario, formado por fibras musculares lisas, contenidas en un repliegue peritoneal, que a su vez contienen los vasos ováricos. Este repliegue es más marcado abajo que arriba, cruza los vasos ilíacos externos y termina en el polo superior del ovario.

Ligamento Utero-ovárico, formado por fibras musculares lisas, se extiende del polo inferior del ovario al cuerpo del útero y está también cubierto por un repliegue peritoneal que ocupa la aleta posterior del borde superior del ligamento ancho.

El Mesoovárico, constituido por un corto repliegue peritoneal que contiene vasos para el ovario y fibras musculares lisas, limita considerablemente los movimientos --

del ovario, está formado por la aleta posterior del ligamento ancho.

Se puede distinguir en él una cara superior e infe--rior, dos bordes, anterior y posterior y dos extremidades -superior e inferior. La cara superior o superointerna esta en relación con el pabellón de la trompa que lo cubre y con el mesosalpinx que a menudo cubre parte de esta cara, la cara inferior o inferoexterna, descansa sobre el peritoneo --pélvico, ocupando una depresión que es la foceta ovárica; está es de profundidad variable y limitada; atrás por los va-sos hipogástricos y el ureter; hacía adentro, por el liga--mento ancho, hacía arriba por los vasos ilíacos externos y hacia abajo por la arteria uterina.

A través del peritoneo que cubre la foceta ovárica, se pone en relación con los vasos obturadores.

El borde anterior casi recto de inserción al mesoovárico que lo une al ligamento ancho, el mesoovario se inser-ta en el ovario siguiendo el límite donde el peritoneo se detiene y se inicia el epitelio ovárico, en el mesoovario caminan los vasos y nervios que van a la glándula y contienen fibras musculares lisas que se continúan con las fibras musculares de los demás ligamentos, se haya considerado el meso como el hilio del ovario.

El borde posterior es más grave que el anterior libre y convexo se pone en relación con los vasos hipogástricos y el ureter.

La extremidad superior está recubierta por la trompa uterina y situada por abajo de los vasos ilíacos externos, en el también terminan los ligamentos lumbo-ováricos y tuvo ováricos.

La extremidad inferior sirve de inserción al ligamento utero-ovárico. El ovario esta constituido por una envoltura, el epitelio ovárico que encierra un estroma conjuntivo donde están constituidos los folículos de De Graff. El epitelio ovárico se haya formado por un epitelio cilíndrico, que al nivel del meso-ovárico, se continua bruscamente con el peritoneo, formando la línea de Farre.

El estroma conjuntivo está constituido porhasces de tejido conjuntivo que se entrecruzan entre sí y que en la perifería se condensan formando una delgada capa a la que algunos autores denominan la falsa albugínea por no tener los caracteres de la albugínea testicular.

Los folículos de De Graff son vesículas más o menos redondeadas que contiene el ovulo, estos folículos tienen

su origen en los folículos primordiales compuestos por un óvulo desprovisto de membrana vitelina y rodeado de células planas (células nutricias del óvulo).

Los folículos primordiales forman uno o dos hilares en la periferia del ovario y de éstos, unos cuantos llegan a ser folículos adultos, la mayoría de ellos sufren una regresión, precedida de una degeneración del óvulo."⁽¹³⁾

Los folículos primordiales que van a llegar a folículos adultos, sufren una transformación en las células que rodean al óvulo, las cuales se volverán cúbicas y constituyen el revestimiento epitelial del óvulo o membrana granulosa. Sus células contienen grasa y lecitina, toman aspecto estratificado y producen en su periferia la membrana vitelina. A la vez las células de la capa granulosa se hace más grande y se ve aparecer entre ellas una cavidad, que se llena de su líquido claro y albuminoso (líquido folicular).

El óvulo queda entonces rodeado por una envoltura - conjuntiva, compuesta de dos caras, una externa (teca externa), constituida por tejido conjuntivo flojo que se pone en relación con la membrana granulosa del folículo por medio -
13) Ibidem p.312

de una membrana propia.

La membrana granulosa cubre interiormente a la membrana propia y contiene el líquido folicular.

En sus dos polos las células forman una masa en el interior de la cual se encuentra el óvulo.

El folículo maduro ocupa la periferia del ovario produciendo un ligero levantamiento sobre su envoltura epitelial (estigma). Aquí la pared es más delgada por la degeneración de la teca interna y la reducción de su capa granulosa, en el polo opuesto al estigma se encuentra el óvulo y toda la cavidad está llena de líquido folicular; el polo correspondiente al estigma está en íntimo contacto con el epitelio ovárico, no contiene vasos sanguíneos y es el punto donde estallará el folículo durante el período menstrual. Producida la dehiscencia del folículo el óvulo es recogido por la trompa uterina dejando una pequeña cavidad con restos foliculares que tienen una coloración amarillenta al cicatriza, por lo que se le ha dado el nombre de cuerpo amarillo.

El ovario recibe sangre arteria de la arteria ovárica, rama de la aorta abdominal que desciende por el ligamento lumbo-ovárico. Al abordar el ovario por su polo sup

rior, emite una rama tubaria para la trompa y otro para el ovario, que recorre al borde adherente hasta su polo inferointerno, donde se anastomosa con la uterina, dando múltiples ramas para el ovario. La irrigación arterial del ovario se hace por consiguiente por las ramas de uterina y de la ovárica.

Las venas salen del ovario y forman el nivel del hilio una red abundante que se anastomosa por las redes venosas del útero y con los tramos útero-ováricos que ascienden por el abdomen y desembocan en la vena renal del lado izquierdo y en la vena cava inferior del lado derecho.

Los linfáticos se originan en las paredes de los folículos por redes que llegan al hilio, de aquí parten conductos que acompañan a las venas útero-ováricas y llegan a los ganglios preaórticos.

Los nervios proceden de los ganglios mesentéricos, preaórticos y de los troncos que van al riñón, de ellos emanan ramitas que acompañan a los vasos útero-ováricos y abordan al ovario por su hilio distribuyéndose en los vasos y en los folículos.

Las celdillas intersticiales del ovario se encuen-

tran diseminadas en la zona medular y desempeñan una doble función, de secreción interna y de nutrición de óvulo.⁽¹⁴⁾

14) Ibidem p.313.

LEIOMIOMATOSIS

CONCEPTO.

Tumor benigno de la serie mesenquimatosa siendo de origen muscular formado por fibras lisas (lisomiomas o leiomiomas) y por un estroma conjuntivo por donde pasan escasos vasos.

TIPOS.

Submucosos, intramurales, sobserosos, pediculados y cervical. Un mioma puede encontrarse localizado inmediatamente por debajo del endometrio o de la superficie decidual de la cavidad uterina (mioma submucosa), inmediatamente por debajo de la mucosa uterina (mioma subserosa) si se encuentra confinado al miometrio (mioma intramural). Los miomas subserosos y submucosos pueden a veces estar unidos al útero solo mediante un tallo (mioma pediculado), - los cervicales son únicos y su localización es preferentemente entraparietal.

EPIDEMIOLOGIA DE LEIOMIOMATOSIS UTERINA.

El tumor más común es el mioma; se estima que el 20% de la totalidad de las mujeres que pasan de los 35 años, lo presentan, es más frecuente en la raza negra que en la blanca. Se observa con mayor frecuencia de los 30 a los

40 años de edad, después de la menopausia no suelen presentarse y los ya existentes disminuyen pero no desaparecen, si llegarán a crecer indicarían alguna alteración secundaria de cualquier naturaleza, en este caso se sospecharía de Sarcoma.

ETIOLOGIA.

Desconocida, se dice que intervienen las hormonas ováricas, la cual va formando un haz u otra remanente del conducto de Muller que al fusionarse con su homólogo queda aislado, es decir una célula de rafe inicia una proliferación autónoma se va aislando de las demás y arrastrando con ella tejido conjuntivo y uno de pedículo vascular se va enrollando con lo que se construye el núcleo miomatoso - microscópico inicial

SINTOMATOLOGIA.

Los miomas determinan síntomas locales y generales.

Síntomas locales, que producen una perturbación uterina como hipermenorrea debida a la pérdida de la efectividad contractil del miometrio, ya que el núcleo o los núcleos tumorales actúan como cuerpos extraños desaciendo la arquitectura muscular del útero y trastornando o impidiendo una contracción uterina, por otro lado el incremento en

la etiopatología de la superficie sangrante, importancia en la etiopatogenia de la hipermenorrea, ya que al aumentar el tamaño del útero se hace más extensa la superficie endometrial menstruante, se encuentra congestión pélvica, se activa por la hipercontractibilidad uterina provocada por el tumor o por la congestión pasiva, si se trastorna la circulación de retorno.

La polimenorrea se asocia en estos trastornos de ritmo por acortamiento de la fase lútea, puede ser debida a una deficiente hematosis del ovario por congestión venosa pasiva, lo que acondiciona acumulación de CO₂ que altera el funcionamiento general.

La metrorragia, se reconoce clínicamente por que la menstruación dura más de 7 días observándose por lo general en miomas submucosas. La duración e intensidad es variable y se debe por lo general a trastornos en la epitelización de la capa basal, pues el estiramiento del endometrio que recubre al mioma separa las glándulas entre si, cuando se prolonga la epitelización de la herida menstrual en ocasiones la metrorragia es más o menos abundante y con alteraciones en la cantidad, puede persistir todo el mes. Con mucha frecuencia el mioma se asocia con otra metropatia particularmente en premenopausia o menopausicas, que suelen tener metrorragia provocada por adenomas de la ca-

pa basal, carcinomas del endometrio o endocervix, ciclos monofasicos o a miomas endocervicales.

Dolor.- No es característico del mioma pero casi siempre se haya presente, en este caso se debe pensar en una enfermedad inflamatoria pelviana o una endometriosis - pelviana concomitante así como en diversos trastornos gastrointestinales o genito-urinaris. En las tumoraciones de gran tamaño se encuentra una sensación de pesades grani tativa o de dismenorrea; el dolor en un mioma de gran tama ño que no haya sido indoloro, por lo general se debe a tras tornos circulatorios unidos probablemente a trastornos necróticos locales o procesos inflamatorios acompañados de adherencias en órganos vecinos como epiplón o intestino; en caso de miomas subserosos pediculados que sufren tor-- ción, el dolor puede ser agudo acompañado de náuseas o vómi to y fiebre.

En ciertas pacientes el mioma es a causa de esteri lidad por impedir la fecundación o de infertilidad cuando provoca abortos iterativos.

Síntomas de compresión.- Es producto cuando el -- mioma por su volumen y sobre todo por su localización ac túa sobre órganos o estructuras vecinas, como en el apara to urinario, en uretra o vejiga origina retención total o

parcial de orina, disuria, polaquiuria y en el recto: hemorroides, estreñimiento, tenesmo, puede originar uronefritis asintomática y sólo se descubre por una urografía.

Pueden comprimirse plexos nerviosos o venosos de la pelvis determinando el dolor y edema de miembros inferiores. Los fenómenos de compresión se observan en los miomas subserosas pélvicos sean o no intraligamentarios aún sin haber alcanzado gran volumen.

Síntomas de modificaciones intrínsecas del tumor, se evidencian por la palpación o por el tacto y son causadas por complicaciones infecciosas o atróficas o por la transformación sarcomatosa.

Los miomas cervicales establecen con frecuencia esterilidad por desplazamiento del orificio de tenca y por estrechar y modificar la dirección del conducto cervical. Signos y síntomas secundarios, se considera la anemia por la hipermenorrea y metrorragia.

DIAGNOSTICO.

Se fundamenta en el aumento de volumen en el abdomen que conserva su forma si el núcleo es intersticial y con un desarrollo centrifugo uniforme o deformado

si el blastoma es subseroso pero el diagnóstico es insuficiente reconocer que el tumor forma parte y esta vinculado con el cuerpo o cuello uterino. En los miomas subserosos se palpa el o los nodulos que deforman la superficie del órgano. En los submucosos a través del conducto cervical, en ocasiones se encuentran al realizar la histerografía. Los intraligamentarios unilaterales desplazan al útero hacia el lado opuesto. Los cervicales salen al cuello - es vías de expulsión. "El diagnóstico entre ambos se hace por que en los submucosos es posible contornearlos totalmente con un histerometro o con el dedo; en los cervicales ello es posible en una extensión de 180°".

El diagnóstico diferencial debe plantearse con el embarazo tumores de ovario, procesos anexiales inflamatorios a la endometriosis.

"En los miomas que no han sufrido alteraciones degenerativas el diagnóstico diferencial con el embarazo es sencillo, puesto que falta la característica táctil de la gestación: el reblandecimiento del órgano. En cambio si en el mioma se han producido lesiones degenerativas que lo reblandecen, se plantea la duda diagnóstica y más aún cuando el mioma por su volumen dificulta la circulación de retorno y ocasiona reblandecimiento del cuello y cianosis del introito por hiperemia secundaria. Orientará al diag-

nóstico una buena anamnesis y las reacciones del embarazo".

(15)

Cuando el mioma es de pequeño tamaño no modifica en forma llamativa el volumen de la matriz, por lo cual este coincide con el tiempo de embarazo, se juzga por la duración de la amenorrea, en cambio si el tamaño es grande la desproporción entre el volumen uterino y el tiempo de embarazo permitirá sospechar de un mioma.

En general con antecedentes ginecológicos, tacto, histerometría e histerografía será casi exacto el diagnóstico.

"El tratamiento hormonal está indicado en todos los miomas que se evidencian por alteraciones menstruales, hipermenorrea con polimenorrea o sin ella y con oligomenorrea o sin está, además deben reunirse las siguientes condiciones: el mioma no excederá en cuanto a tamaño con un embarazo de tres meses no sobrepasar por arriba de la línea umbilicopubiana; seguridad que sea mioma, que no haya contraindicaciones para los hormonales, mioma indoloro a la palpación o tacto, este tratamiento está indicado para

las pacientes que reúnan las condiciones antes mencionadas y síntomas que ocasiona o que tengan contraindicaciones -- quirúrgicas y las que estén próximas a la menopausia".⁽¹⁶⁾

Se tratarán temporalmente hasta que se corrijan o compensen cardiopatías, hipertensiones, diabetes, etc. o por problemas circunstanciales que se presenten cuando - - ello no sea de urgencia.

Si en el diagnóstico comprobable que la miomatosis tiene ciclos monofásicos y padecen pseudohipermenorrea o pseudohiperpolimenorrea se prescribirán gestagenos como acetato de etinilnortestosterona (Primolut Nor); 10 mgrs. diarios .O. del 16° al 25° día. Si la paciente tiene ciclos difásicos y por lo tanto, se trata de verdaderas hipermenorreas o polihipermenorrea que estén condicionadas sólo por el mioma, se recurre a ovulastáticos (Anovular), con la predominante acción gestagena, ya que induce por acción antagónica con los estrógenos endógenos, una disminución de la mitosis, con la que se torna más lento el desarrollo tumoral, además al ser usados por períodos prolongados provocan inoculación del endometrio, cuya consecuencia es una reducción de la pérdida pseudomenstrual al suspender la medicación.

16) ibidem p. 327

"El tratamiento hormonal es un 85% benéfico si se utiliza adecuadamente y tiene la ventaja que puede emplearse en pacientes jóvenes"

En el tratamiento quirúrgico un 55% son susceptibles a un tratamiento quirúrgico que permite una curación radical y anatómica, ya que se extirpa el tumor al mismo tiempo que es conservador, ya que no interfiere en la función ovárica.

"El tratamiento quirúrgico está indicado en mujeres de 45 años, miomas voluminosos que sobrepasan la mitad de la distancia umbilicopubiana o el tamaño del útero de tres meses, que den síntoma de compresión, que sean pediculados, cervicales, complicados (microbiosis séptica o torción del mioma, torción axial del útero, transformación sarcomatosa, etc. en algunos casos es de carácter urgente, mioma que afecta la fertilidad, que coexiste con afecciones quirúrgicas que serían de diagnóstico incierto o donde haya fracasado el tratamiento por medios hormonales.

Antes de la intervención se le darán indicaciones como se tratará de mantener la menstruación y la posibilidad de que se embarace, en caso de que se suspenda la re-

gla no ocasionará ningún problema, se conservaran los ovarios solo estará expuesta a la obesidad, hisusismo, ni tendrá problemas del libido u de orgasmo.

Miomectomía que se limita a la extirpación del o los blastomas o en los miomas pediculados, la operación se limita a la polipectomía; en los intraparietales se recurrira a la enucleación.

Si el mioma es subseroso la polipectomía se efectuará por vía abdominal.

Si el tumor emerge total o parcialmente por el orificio cervical externo se apresa con una pinza de Muscux de dos o cuatro dientes y se torciona hasta romper el pediculo.

Si el mioma submucoso o pediculado ocupa parcialmente la cavidad uterina se realiza una cervicohisterectomía anterior.

Los miomas intraparietales se extirpan por vía abdominal mediante la enucleación". (17)

17) Ibidem p.330.

La miomectomía esta indicada en aquellos casos en los que el volumen número de mioma permitan conservar un útero con posibilidades de llevar a término un futuro embarazo.

"Histerctomía, en este tratamiento la mortalidad y morbilidad son las mismas que en muchos tipos de operaciones, la extirpación total del útero no favorece los prolapso de la boveda vaginal; por el contrario es más frecuente prolapso del muñon cervical, eliminando la posibilidad de un carcinoma en el muñon. La histerectomía parcial se justifica cuando el cuello uterino es traqueloscópico y citológicamente sano". (18)

En la histerectomía total se opta por la vía abdominal en los miomas voluminosos, si el diagnóstico es incierto. Si existen lesiones asociadas, anexitis, apendicitis, etc., si se sospecha, o el mioma se encuentra complicado, si se trata de vírgenes o nulíparas con vagina estrecha, o si anteriormente se han realizado operaciones en la pélvis.

Para realizar la histerectomía total se estima si es que no resulta posible conservar la integridad de la función uterina, o si la paciente, no desea tener hijos o

18) Ibidem p.330-331

no quiere más.

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

"Las operaciones antes mencionadas son de buen pronóstico, la mortalidad operatoria es menor del 1%"

Fisioterapia.- Este método requiere de ciertas condiciones que debe reunir el mioma para ser tratado por rayos X como; volumen que no sobrepase el puño de un adulto, ya que los de mayor tamaño tiene nutrición que suele ser defectuosa y el deficit nutricio será más acentuado aún luego de la irradiación, por otro lado la localización debe ser intraparietal éstas condiciones se deben en un 10-12% de las miomatosas.

Contraindicaciones de la fisioterapia son: edad de la paciente, que nunca debe indicarse en menos de 45 años, los miomas subserosos y submucosos tanto más si son pediculados, deben ser síntomas de compresión, miomas dolorosos, pues tienden a los fenómenos degenerativos o los que se desarrollan rápidamente, descartar que haya embarazo.

La fisioterapia se puede realizar con RX o con radio.

"La Roentgenoterapia procedimiento ambulatorio; la aplicación es percutánea y no ocasiona ninguna molestia al paciente. El inconveniente es que incluso con una dosis adecuada la monólisis no es inmediata aun cuando se inicie en la fase folicular, pues no todos los folículos son anulados. Es posible que aparezca el período siguiente y en un tercio de los casos se debe contar con la posibilidad de una segunda menstruación y en un 3-4% con una tercera regla. Es por ello una conducta prudente, hasta tanto se instala la monólisis, indicar a la mujer medidas anticonceptivas para evitar la posibilidad de la fecundación de un óvulo lesionado por los rayos." (19)

Existen miomas asintomáticos que no requieren de tratamiento activo y que para aquellos que provocan síntomas se optara por los menos agresivos.

Se tomará muy en cuenta la edad de paciente, su estado general, deseos de tener hijos, volumen y número de los miomas, la localización si se encuentra o no alguna complicación.

En los miomas asintomáticos, que se hayan descubierto en el examen clínico general o genital por cualquier causa en mujeres cercanas al climaterio, que presentan discreta

hipermenorrea que no altere las actividades habituales de la mujer menopausica, establezca la curación clínica, se debe - indicar un examen genital cada 6 meses y examen citológico - anual, indicándole que en la aparición de alteraciones mens- truales, dolor, trastornos en la micción etc. debe consultar al médico inmediatamente.

"Existen indicaciones para actuar en forma activa en miomas que no producen síntomas y evitar riesgos futuros o - solucionar situaciones determinadas indirectamente por su -- presencia como son: Miomas de un volumen superior al que co rrespondería a un embarazo de 3 meses o que sobrepasen por - arriba de la mitad de la distancia umbilico-pubiana por la - frecuencia de los fenómenos degenerativos miomas pediculados, cualquiera que sea su tamaño, por la posibilidad de torción; miomas cervicales, pues tienen un desarrollo indefinido y da rán síntomas de compresión; miomas que tienen un desarrollo muy rápido, miomas que plantean dudas diagnósticas con blas- tomas de ovario; miomas que han dificultado partos anteriores o se teme que pueda dificultar los futuros; los que llevan a la portador a estados de angustia permanente y no es posi- ble convencerla de la inocuidad de tumor, lo que asocian con afecciones quirúrgicas concomitantes; miomas asintomáticos, sin riesgos futuros, pero en mujeres que viven en lugares -- alejados y en quienes ocasiona más inconvenientes la observa- ción que un tratamiento activo; o lo que en el curso de la - observación tienen alteraciones degenerativas o provocan sín

tomas". (20)

COMPLICACIONES.

"Atrofia es el único fenómeno degenerativo favorable para la paciente, tanto que imitando ese proceso se le provoca deliberadamente para obtener en determinados casos una curación clínica. Como lo indica su nombre, se trata de una involución con reducción de volumen más o menos marcado, lo que depende fundamentalmente del tejido conjuntivo presente en el tumor. Los que tienen gran cantidad de tejido conjuntivo se atrofian poco, en tanto los constituidos predominantemente por fibras musculares disminuyen de tamaño y forma muy apreciable. La atrofia del mioma se comprueba regularmente en la menopausia.

La degeneración hialina es bastante frecuente (25%). Esto no es beneficioso para la paciente tanto más cuando -- que en muchos casos es transitorio y da paso a ablandamiento quístico. Este reblandecimiento se caracteriza por la aparición de cavidades de tamaño variado, llenas de líquido gelatinoso con alto contenido de proteínas. La degeneración quística se observa en 8-10% de los miomas.

La calcificación es poco frecuente, 2% de los casos, Los depósitos de carbonato de fosfato o sulfato de calcio -

pueden hacerse en la superficie tumoral a la manera de una cáscara o en el interior del mioma, tanto en forma dispersa o compacta, en esta última eventualidad se constituye una verdadera "piedra" uterina.

La osificación es muy rara y por lo regular posterior a la calcificación.

La necrosis del blastoma es la consecuencia de la falta de irrigación. Se observa de preferencia en los miomas pediculados, sean subserosos o submucosos, por que en ellos la nutrición a través de pedículo es la que con más frecuencia se compromete por torciones. La torción del pedículo es tanto más fácil cuando más largo es este y cuando mayores son el volumen y peso de tumor, la consecuencia es la necrosis con infarto hemorrágico, constituyéndose así el mioma rojo por su típico color. Más raro es el mioma rojo intersticial. La necrosis se presenta en un 10-12% de los miomas, pero solo en un 3-4% ella es total.

La infección es otro proceso que puede complicar los miomas. Por lo general se trata de infecciones sépticas exógenas y accidentales, y a ellas están particularmente expuestos los submucosos. La necrosis previa favorece la infección puesto que se trata de zonas de menor resistencia por los tejidos mortificados, y bacterias provenientes de -

procesos genitales y extragenitales pueden colonizar en ese lugar de escasas defensas.

La complicación más temible es la transformación -- sarcomatosa de extrema gravedad. Su frecuencia varía según las estadísticas entre 1.8 a 3%. (21)

21) Idem p.324-325.

QUISTE DE OVARIO.

CONCEPTO. Un quiste es una formación sacular que contiene líquido de material semisólido.

EPIDEMIOLOGIA: Los quistes de ovario se pueden desarrollar en cualquier tiempo, pero con mayor frecuencia de la pubertad a la menopausia. Todos son potencialmente sitios de desarrollo de neoplasias malignas verdaderas o progresivas aunque estos sean pequeños y sin importancia clínica.

ETIOLOGIA: No se ha sabido con certeza su origen, y todo lo que puede decirse es que son tumores de células embrionarias indiferenciadas. (22)

CLASIFICACION:

Quíste de folículo.- Son comunes, frecuentemente bilaterales, múltiples apareciendo en la superficie de los ovarios como burbujas pálidas llenas de líquido claro y son desde microscópicos hasta de 4 cm. de diametro.

Quistes de la granulosa luteínica.- Que se encuentran en el interior del cuerpo amarillo, tienen de 4-6 cm. de diametro estan levantados, son de color pardo y se encuentran llenos de líquido seroso parduzco a menudo se en-

cuentra dentro de la cavidad del quiste un coágulo de sangre.

Quiste de la teca luteínica.- Oscilan también desde los diminutos hasta varios cms. de diámetro, por lo general son bilaterales, están llenos de líquido claro color -- fresa.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Quistes del folículo.- Por lo general no existen a menos que ocurra torción o ruptura con hemorragia, entonces ocurren síntomas de abdomen agudo.

La asocian anormalidades menstruales aisladas como un intervalo largo intermenstrual o un ciclo corto. Los -- quistes grandes o numerosos causan dolor pélvico intenso, - dispareureia y ocasionalmente sangrado anormal asociado con trastornos del patron ovulatorio, el ovario puede encontrar se ago crecido y doloroso a la palpación.

Quistes Luteínicos.- Pueden causar dolor local e - hiperestesia, amenorra o retardo menstrual seguida por sangrado bruzco después de la resolución del quiste, se palpan con facilidad, al torcerse puede romperse o sangrar o causar dolor muy intenso.

Quistes de la teca luteínica.- Los síntomas abdominales son mínimos, la paciente describe una sensación de peso pélvico o dolor. La ruptura del quiste puede causar sangrado intraperitoneal, se han observado síntomas y signos - continuos de embarazo, hiperemesis, parestesia de las glándulas mamarias.

En general los quistes de mayor tamaño pueden hacer que el abdomen aumente notablemente de volumen y causen presión a órganos abdominales vecinos.

DIAGNOSTICO:

Los quistes de folículo.- Se diagnostica por su sintomatología, se debe realizar el Diagnóstico Diferencial con salpingitis, endometriosis, quistes luteínicos y los quistes neoplásicos.

El frotis vaginal a menudo mostrará una cifra alta de estrógenos y la falta de estímulo por la progesterona, leucositosis, Rx, con evidencia de tumor pélvico y/o clasificación.

En los quistes de la glándula luteínica se debe realizar una Diagnóstico Diferencial con pseudociestis, ya que por su sintomatología son similares al o. torsión del -

ovario que origina dolor intenso y que se puede romper y sangrar.

En los quistes de la teca luteínica, además de que su sintomatología es amínica, la paciente describe una sensación de peso pélvico o dolor al romperse, puede originar irritación peritoneal y en los estudios de laboratorio revelar títulos muy altos de gonadotropinas corionocás.

TRATAMIENTO.

El tratamiento en los quistes del folículo en su mayoría desaparecen en un lapso de 6 días sin tratamiento, -- cuando los síntomas son desquiciantes el restablecimiento del ciclo ovarico hormonal puede ser de utilidad y se puede estimular por 5 días de tratamiento con una inyección diaria de progesterona en aceite 5mg. I.M., de Croato de hidriprogesterona, 1.35-2.5 mg. I.M. La ovulación puede ser inducida con Cotrato de Clomifeno (Clomid). 50 mg por V.O. por 5 días, esto solo se realiza en la enfermedad recalcitrante.

En cuanto al tratamiento de los quistes de la granulosa Luteínica, al existir torción se debe realizar laparotomía, para el control de la hemorragia en el interior de la cavidad peritoneal a menos que se presenten estas complicaciones solo se necesita en tratamiento sintomático.

El quiste desaparece en menos de dos meses en mujeres embarazadas y gradualmente se volvera de menor tamaño durante el último trimestre en la embarazada.

Por último en los quistes de la teca luteínica, el -
legrado solo debe hacerse si hay duda respecto a productos retenidos del embarazo, mola proliferativa o cariocarcinoma. Raras veces se necesita la cirugía, los quistes desaparecen espontáneamente después de la iliminación del embarazo molar, destrucción de cariocarcinoma o al suspensión el tratamiento con gonodotropinas.

A parte de la extirpación de los quistes de ovario cuando si es ese el caso también se puede hacer punción abdominal para aliviar la destención causada por la ascitis.

COMPLICACIONES.

Torción del quiste.

Peritonitis.

Degeneración maligna con metastásis en abdomen y enflaquecimiento (carcinomatosis generalizada), después de la cirugía en su caso, por la disminución notable de la presión intraabdominal que acompaña la extracción de un quiste suele producir distención de asas intestinales.

HISTORIA NATURAL DE LEIOMIOMATOSIS

CONCEPTO: TUMORACION UTERINA BENIGNA DE LA SERIE MESEQUIMATOSA CONSTITUIDA POR FIBRAS - MUSCULARES LISAS Y POR UN ESTOMAJO PUEDEN APARECER SOLOS PERO ES MAS PROBABLE QUE SEAN MÚLTIPLES.

AGENTE: SU ETIOLOGÍA SE DESCONOCE UNA CAUSA -- PROBABLE PUEDE SER LA ESTIMULACION ESTROGENICA DE LOS ELEMENTOS FIBROMUSCULARES SUSCEPTIBLES.
- ANORMALIDAD CELULAR (CEDULA DE RAFE),

HUESPED: EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS, MAS COMUN EN LAS MUJERES NEGRAS.

AMBIENTE: UNIVERSAL O COSMOPOLITA.

HORIZONTE CLINICO

SIGNOS Y SINTOMAS INESP.

- SANGRADO VAGINAL ANORMAL
- TENESMO
- DISURIA
- POLOGUIURIA
- HEMORROIDES
- ESTREÑIMIENTO TENESMO

SIGNOS Y SÍNTOMAS ESP.

- PUEDEN SER ASINTOMATICOS
- CRECIMIENTO IRREGULAR DEL UTERO,
- HIPERMENORRA.
- HEMORRAGIA, DISMENORREA
- LEUCORREA.
- DOLOR PÉLVICO AGUDO Y RECURRENTE SI HAY TORSIÓN O DEGENERACIÓN,
- SÍNTOMAS DEBIDAS A COMPRESION SOBRE ÓRGANOS VECINOS EN CUANTO EL TUMOR ES GRANDE.
- DESARROLLO CENTRIFUGO UNIFORME O DEFORMADO SI EL BLASTOMA ES SUBSEROSO.
- SUBMUCOSOS SE EVIDENCIAN CUANDO SALEN A TRAVES DEL CONDUCTO CERVICAL

COMPLICACIONES

- BLOQUEO DEL CONDUCTO DEL PARTO, PROVOCANDO DISTOCIA FETAL EN MIOMA Y EMBARAZO,
- HEMORRAGIA PUERPERAL.
- INERCIA UTERINA EN EL PARTO ERITROCITOS+CHOQUE
- SANGRADO PROFUSO-ANEMIA
- REBLANDECIMIENTO QUISTICO,
- CALCIFICACION MIOMA
- NECROSIS MIOMA
- INFECCION MIOMA,
- TRANSFORMACIÓN SARCOMATOSA QUISTICA,
- REINCIDENCIA DESPUES DE LA MIOMECTOMIA,
- ESTERILIDAD SECUNDARIA.
- INFERTILIDAD
- MALIGNIZACION SARCOMATOSA

CAMBIOS TISULARES

- CRECIMIENTO DE CÉLULAS MUSCULARES LISAS FUSIFORMES.
- LAS FIBRAS DE MÚSCULO LISO SE ENCUENTRAN ENTRELAZADAS Y CORREN EN DIFERENTES DIRECCIONES POR VÍA SANGUÍNEA.
- LAS ARTERIAS QUE IRRIGAN EL TUMOR SON MENOS TORTUOSOS, PENETRAN EN FORMA ALEATORIA SOBRE SU SUPERFICIE Y SE ENCUENTRAN ORIENTADAS EN DIRECCIÓN DE LAS HACES MUSCULARES CORRIENDO DE UN PATRON REGULAR.

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO.			
PREVENCIÓN PRIMARIA.		PREVENCIÓN SECUNDARIA.	PREV. TERCIARIA		
PROMOCION A LA SALUD.	PROTECCION ESPECIFICA	DX. OPORTUNO	TX. OPORTUNO	LIMIT. Y/O INCAP.	REHABILITACION
- ORIENTACION NUTRICIONAL	- EXAMEN GINECOLÓGICO CADA 6 MESES A MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS Y SOBRE TODO LAS QUE TENGAN ANTECEDENTES DE FAMILIARES CON MIOMATOSIS,	- HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA.	- ASINTOMATICOS NO DAR TX.	- CONTROL MEDICO PERIÓDICO	- PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR.
- EDUCACION HIGIENICA		- EXPLORACION ABDOMINAL Y VAGINAL POR MEDIO DEL TACTO,	- BIOPSIA ENDOMETRIAL.	- PREVENCIÓN EN EL USO DE HORMONALES.	- ORIENTACION A LA PTE. SOBRE BENEFICIOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE ACUERDO AL TRATAMIENTO ELEGIDO.
- SANEAMIENTO AMBIENTAL.		- RX.	- LEGRADO.	- APOYO PSICOLOGICO EN CASO DE HISTERECTOMIA O MIOMECTOMIA	- PROPORCIONAR INFORMACION A LA PAREJA SOBRE LOS EFECTOS DE LA HISTERECTOMIA SOBRE LA FUNSION SEXUAL.
- CONTROL MEDICO PERIODICO	- CONTROL MÉDICO A LA PACIENTE CON LEIOMIOMATOSIS.	- ULTRASONOGRAFIA	- PAPANICOLAO		
- EDUCACION SEXUAL.	- EDUCACION A LA PAREJA SOBRE LOS EFECTOS DE LA HISTERECTOMIA, SOBRE LA MENSTRUACION, MENOPAUSIA Y LA FUNCION SEXUAL.	- HISTEROGRAFIA UROGRAFIA HISTEROMETRIA.	- HISTERCTOMIA TOTAL O PARCIAL.		
	- ORIENTACION ACERCA DE LA LEIOMIOMATOSIS.	- DX. DIFERENCIAL CON EMBARAZO O TUMORES DE OVARIOS.	- MIOMECTOMIA EXCEPTO EN EMBARAZO.		
	- EVITAR EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE TIPO HORMONAL, LAS MUJERES CON SOSPECHA DE LEIOMIOMAS.		- EXAMENES DE LAB.		
	- CONSULTAR AL GINECOLOGO EN CASO DE PRESENTAR FLUJO CONSTANTE Y ABUNDANTES Y QUE CAUSA PRURITO DE CLOR DESAGRADABLE.		- EXAMENES DE GABINETE.		
			- PREPARACIÓN PREOPERATORIA.		
			- CUIDADOS TRANSOPERATORIOS.		
			- ANTIBIOTERAPIA.		
			- RADIOTERAPIA		
			- POLIPOS- USO DE ESTROGENOS EN HORMONAS ESTEROIDES.		
			- ENDOMETRIOSIS		
			- ADENOMIOSIS.		

HISTORIA NATURAL QUISTE DE OVARIO

CONCEPTO: FORMACIÓN SECULAR QUE CONTIENE LÍQUIDO SEMISÓLIDO.

AGENTE: CÉLULAS EMBRIONARIAS INDIFERENCIADAS,

HUESPED: MUJERES, DESDE LA PUBERTAD A LA MENOPAUSIA

AMBIENTE: UNIVERSAL.

HORIZONTE CLÍNICO

SIGNOS Y SÍNTOMAS INESPECÍFICOS.

- SANGRADO VAGINAL ANORMAL
- DOLOR LOCAL (ABDOMEN AGUDO)
- HIPERESTESIA
- SÍNTOMAS DE COMPRESIÓN.
- DISURIA
- ABDOMEN AGUDO.

SIGNOS Y SÍNTOMAS ESPECÍFICOS

- DOLOR PÉLVICO INTENSO.
- DISPAREURIA
- SANGRADO UTERINO ANORMAL
- TRASTORNOS OVULATORIOS.
- HIPERESTESIA.
- AMENORREA
- RETARDO MENSTRUAL.
- SANGRADO ABUNDANTE.
- SENSACIÓN DE PASO PÉLVICO
- SENSIBILIDAD
- MENOPAUSIA TEMPRANA.

COMPLICACIONES

- TORCIÓN
- PERITONITIS
- DEGENERACIÓN MALIGNA C/METASTASIS.

CAMBIOS TISULARES

- HIPERPLASIA PATOLÓGICA DE LOS CONSTITUYENTES NORMALES DEL OVARIO.
- CRECIMIENTO ANORMAL DEL EPITELIO OVÁRICO
- DEGENERACIÓN MALIGNA.

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO			
PREVENCIÓN	PRIMARIA	PREVENCIÓN	SECUNDARIA	PREVENCIÓN Terciaria	
<p><u>PROMOCIÓN A LA SALUD.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ORIENTACIÓN NUTRICIONAL - EDUCACIÓN HIGIENICA - SANEAMIENTO AMBIENTAL - CONTROL MÉDICO PERIÓDICO - EDUCACIÓN SEXUAL. 	<p><u>PROTECCIÓN ESPECÍFICA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - EXAMEN GINECOLÓGICO FRECUENTE 	<p><u>DX. OPORTUNO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA. - EXPLORACIÓN ABDOMINAL - EXÁMENES DE LABORATORIO. (PAPANICOLAOU, BH, QS) - RAYOS X, U.S.G. - DX. DIFERENCIAL, CON SALPÍNGITIS, ENDOMETRIOSIS, NEOPLASIAS, SEUDOCISTIS MOLA HIDATIFORME, EMBARAZO QUISTOCARCINOMA. 	<p><u>TX. OPORTUNO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ASINTOMÁTICOS DESAPARECE. - HORMONALES (PROGESTERONA) - LEGRADO - LAPAROTOMIA - EXTIRPACIÓN. 	<p><u>LIMITACIÓN Y/O INCAPAC.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CONTROL MÉDICO PERIÓDICO - APOYO PSICOLÓGICO 	<p><u>REHABILITACIÓN.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR. - ORIENTACIÓN AL PACIENTE SOBRE BENEFICIOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE ACUERDO A EL TX. ELEGIDO.

HISTORIA CLINICA.

NOMBRE: CIRILA MENDOZA FLORES SEXO: FEMENINO EDAD: 33 AÑOS

SERVICIO: HOSPITALIZACION ESTADO CIVIL: CASADA

ESCOLARIDAD: 5to. AÑO DE PRIMARIA. OCUPACION: AMA DE CASA.

LUGAR DE PROCEDENCIA: TOLUCA, EDO. DE MEXICO.

DOMICILIO: CALLE PLANICON 69 COL. ATLANTE, EDO. DE MEXICO.

RESPONSABLE: ESPOSO, MISMO DOMICILIO.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Sin antecedentes de importancia para el padecimiento.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Casa propia constuida de tabique y losa, con buena -- ventilación e iluminación, cuenta con cinco habitaciones y baño, agua intradomiciliaria, el carro recolector de basura pasa dos veces por semana, iluminación y pavimentación en toda la colonia, con vías de comunicación, taxis, colectivos, camión, asistencia médica por el centro de salud, baño cada tres días total, así como el cambio de ropa, lavado de manos las necsarias, aseo bucal una vez al día

Alimentación.- Desayuno 8:00 hrs. (leche, pan, huevo, frijoles y comida del día anterior). Comida 14:00 hrs (sopa, carne 2 veces por semana, verduras, frijoles, agua de frutas o simple y fruta ocasional, cena no - acostumbra (por que no le gusta).

Alimentos de preferencia , carne, alimentos que le desagradan ninguno.

Eliminación vesical: Varía de 2 a 4 veces al día.
de color amarillo claro sin ninguna molestia.

Eliminación intestinal: una vez al día sin molestias y de características normales.

Niega alcoholismo y tabaquismo.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Cuadros gripales esporádicos, no se acuerda de su esquema de vacunación.

ANTECEDENTES GENICO-OBSTETRICOS:

Puberca y telarca a los 13 años, menarca a los 14 años, con ciclos de 30 por 3-4 días normorreíco - 5 a 6 toallas diarias, sin ninguna alteración. Inicia vida sexual activa a los 16 años con escaso sangrado y dolor, sin anticoncepción, la primera relación fue satisfactoria, un solo compañero sexual, Gestas IV, Partos IV, Abortos 0, Cesareas 0.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

Aparato respiratorio sin compromiso.

Aparato cardiovascular sin compromiso.

Aparato digestivo sin compromiso.

Aparato urinario sin compromiso.

Sistema músculo-esquelético no refiere ninguna alteración.

Sistema nervioso refiere sentirse angustiada por su

padecimiento.

Aparato reproductor, refiere crecimiento en la región del cuadrante inferior izquierdo, no dolorosa, sin trastornos en la menstruación.

Extremidades inferiores y superiores sin compromiso.

EXPLORACION FISICA

HABITUS EXTERIOR.

Sexo: Femenino

Edad: 29 años.

Facias No característica.

Biotipo: Mesoendomorfica.

Actitud: Libremente escogida

Psicológica: Adaptada.

Movimientos. Sin movimientos anormales.

Marcha: No claudicante.

Nivel socioeconómico y cultural: Bajo,

Capacidad Intelectual: 80-90

Origen: Estado de México.

EXPLORACION:

A la exploración física se encuentra cráneo normocefalo sin depresiones ni exostosis, cabello bien implantado, largo, opaco, conjuntivas normales, -

mucosas orales bien hidratadas, cuello normal, mamas flácidas sin secreción, con presencia de ruidos cardíacos 85x, aparato pulmonar sin compromiso con 20 respiraciones X¹, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación con presencia de crecimiento tumoral en fosa íliaca derecha. Genitales externos aparentemente normales, vagina amplia, cervix posterior duro, cerrado, formado sin escurrimiento transvaginal, extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Inicia hace 6 años, notando presencia de tumoración o masa abdominal pequeña (2-3cm en abdomen) la cual fue aumentando de tamaño en forma progresiva acompañada de dolor ocasional moderado que se irradia a región lumbrosacra, por lo que es trasladada en su Centro de Salud a esta institución Hospital de Cuautitlán "Gral José Vicente Villada", la cual es programada para cirugía en la exploración, se palpa tumoración en fosa íliaca izquierda, se le indican estudios preliminares que incluyen ultrasonografía, sospechando una probable miomatosis Uterina, por lo que se interna en esta unidad para realizarse Histerectomía Total.

Dx. Médico. Leiomiomatosis uterina.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Paciente de sexo femenino, mesoendomorfica, conciente, ubicada en las tres esferas, con edad aparente igual a la cronológica proveniente de nivel socio-económico bajo, con palidez de tegumentos, bien hidratada, cooperativa, cursando su primer día post-histerectomía con incisión longitudinal en abdomen de aproximadamente veinte centímetros de longitud en región mesogástrica en proceso de cicatrización con dolor a la palpación en abdomen, escaso escurrimiento transvaginal hemático no fétido.

Problemas reales.

Histerectomía por
Miomatosis Uterina

Problemas Potenciales

Sensación de ya no percibirse como una mujer

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NOMBRE: CIRILA MENDOZA FLORES, EDAD: 33 AÑOS CAMA: 15
 SERVICIO: HOSPITALIZACION GINECO-OBSTETRICIA RELIGION: CATOLICA, ESTADO CIVIL: CASADA,
 LUGAR DE PROCEDENCIA: TOLUCA, EDO. DE MEX. OCUPACION: AMA DE CASA ESCOLARIDAD: 5o. PRIMARIA
 DX. MEDICO: MIOMATOSIS UTERINA Y QUISTE DE OVARIO IZQUIERDO.

DX. DE ENFERMERIA, PACIENTE DE SEXO FEMENINO, MESOENDOMORFICA, CONCIENTE, UBICADO EN LOS TRES ESFERAS, CON EDAD APARENTE IGUAL A LA CRONOLÓGICA, PROVENIENTE DE NIVEL SOCIO-ECONÓMICO BAJO, CON PALIDEZ DE TEGUMENTOS, BIEN - HIDRATADA, COOPERATIVA, CURSANDO SU PRIMER DIA POST-HISTERECTOMIA, CON INCISION LONGITUDINAL EN ABDOMEN DE APROXIMADAMENTE VEINTE CENTIMETROS DE LONGITUD EN REGIÓN MESO GÁSTRICA EN UN PROCESO DE CI-CATRIZACION, CON DOLOR A LA PALPACION EN ABDOMEN, ESCASO ESCURRIMIENTO TRANSVAGINAL HÉMÁTICO NO FE TIDO.

OBJETIVO: PROPORCIONAR LOS CUIDADOS EXPECÍFICOS A UNA PACIENTE CON LEIOMIOMATOSIS

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	E VALUACION
MIOMATOSIS UTERINA INTRAMURAL Y QUISTE DE OVARIO	Crecimiento abdominal	Los síntomas de compresión en los leiomiomas uterinos producidos cuando este aumento de volumen y sobre todo por su localización, ya que se encuentra en el miometrio y el ir aumentando de tamaño actúa sobre órganos o estructuras vecinas rechazandolas. Los fenómenos de compresión se observan en los miomas subserosos, sean o no intraligamentorios, particularmente estos últimos.	Preparación Preoperatoria. Toma de signos vitales.	Los signos vitales, son de fundamental importancia pero la vida de todo ser humano por lo mismo se debe detectar estos parámetros con veracidad, a fin proporcionar elementos de juicio para valorar adecuadamente la evolución clínica del paciente. Las alteraciones en los signos vitales pueden denotar la presencia de infecciones o de otras trastornos que agraven los riesgos y las complicaciones quirúrgicas.	La asistencia en cuanto a los cuidados preoperatorios al enfermo quirúrgico son básicos, que incluye desde toma de signos vitales, exámenes de laboratorio, ayuno, aseo, ropa adecuada, expediente completo, tricotomía; son medidas que en términos generales que hacen en todos los pacientes de este tipo, independientemente del Dx. y la operación que se practique. Las acciones de enfermería ser fundamentales, ya que cuanto mejor se oriente y prepare a un paciente más fácil será su evolución post-operatoria.

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	EVALUACION
	Dolor.	<p>Es raro en los leiomiomas pero puede deberse a de generación en el interior del tumor después de la oclusión circulatoria o de la infección torsión del pedículo de un tumor subseroso.</p> <p>Los tumores que se incrustan en la pélvis ósea pueden comprimir los nervios, lo que produce comprimir los nervios, lo que produce dolor que irradia a la espalda o a las extremidades inferiores.</p>	<p>Exámenes de laboratorio B.H. Q.S. E.G.O Rx. Pruebas cruzadas Grupo y Rh Tiempo de Protombina</p>	<p>La valoración bioquímica refleja el nivel tisular de un nutriente dado, y cualquier anomalía del metabolismo en la utilización de los nutrientes, estos estudios se efectúan en sangre (proteínas, albúmina, globulina y hemoglobina sérica, vitamina A coronano).</p> <p>El examen de orina es necesario para detectar cualquier patología agregada, como diabetes que no haya sido diagnosticada, enfermedad renal y del hígado.</p> <p>Se obtienen por medio de un laboratorio que analiza las anomalías que tienen los siguientes elementos: glucosa, sangre y bilis, proteínas, además se mide el PH. (Ácidos, color y densidad).</p> <p>Algunas de estas pruebas si bien reflejan ingreso</p>	

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	EVALUACION.
			Apoyo Psicológico.	<p>recientes de los elementos descubiertos, pueden también identificar niveles subóptimos en ausencia de síntomas clínicos de deficiencia.</p> <p>Qualquier intervención quirúrgica siempre va precedida de algun tipo de reacción emocional en el paciente, obvio o no manifiesta, normal o anormal, como ansiedad, angustia, temor por lo desconocido, la extensión de la reacción del paciente, se puede basar en muchos factores, incluidas las molestias y sacrificios que conscientemente sabe que hará, sean de índole física, económica, psicológica o social, y la forma en que anticipa los resultados de la operación, en consecuencia el papel de la enfermera será, tolerancia y apoyo para las manifestaciones</p>	

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	EVALUACION.
			<p>Ayuno.</p> <p>Baño.</p> <p>Vestido apropiado para la cirugía.</p>	<p>que presenta el paciente por la cirugía.</p> <p>El ayuno es fundamental para que las vías gastro-intestinales estén vacías e inactivas, para evitar las náuseas y el vómito en el postoperatorio. El vómito durante la anestesia puede originar la espiración de material en los pulmones y generalmente es un efecto colateral de los anestésicos y dar origen a complicaciones graves.</p> <p>La limpieza personal evita infecciones y el paciente suele sentirse más cómodo y relajado después que se le ha aseado de lo mejor posible.</p> <p>Las batas del hospital se emplean por comodidad y para evitar desperfectos en las prendas personales</p>	

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	EVALUACION.
			Enema limpiadora.	<p>así como proteger al individuo de infecciones, esto se llevo a cabo con la colocación de capelina - (compresa que se coloca en la cabeza de tal forma que no salga el pelo de la misma) y botas o vendas de miembros inferiores.</p> <p>El colon lleno de oscremento obstruye las maniobras del cirujano en algunas operaciones y puede constituir un factor de riesgo, ya que accidentalmente se puede seccionar intestino y causar una diseminación en cavidad. Cuando está bajo efectos de anestésicos el individuo puede expulsar heces, si no se ha vaciado el colon en la mejor forma. Además con el enema se previenen algunas complicaciones.</p>	

P R O B L E M A	M A N I F E S T A C I O N	F U N D A M E N T A C I O N C I E N T I F.	A C C I O N E S D E E N F E R M E R I A	F U N D A M E N T A C I O N C I E N T I F.	E V A L U A C I O N.
			Expediente completo.	<p>El personal de quirófano y sala de recuperación necesitan contar con la historia clínica completa, que incluya la lista de revisión preoperatoria y todos los resultados de laboratorio.</p> <p>Confundir la identidad de los enfermos por descuido ocasiona problemas graves</p>	
			Tricotomía de Abdomén	<p>Preparación de la piel de tal forma que este perfectamente limpia de pelos y microorganismos, para evitar que ellos penetren en la herida y causen infección.</p>	
			Cuidados post-operatorios. Signos Vitales.	<p>La asistencia en el período post-operatorio se dirige al restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente y a la prevención del dolor y las complicaciones. La valoración cuidadosa y la intervención inmediata</p>	<p>El cuidado post-operatorio se orienta a evitar molestias y complicaciones, y emprender la rehabilitación del enfermo. Son esenciales las medidas para estimular la actividad y evitar la infección, por tanto las acciones de enfermería son de vital importancia para dar soluciones a situaciones de urgencia, Entre las responsabilidades adi-</p>

P R O B L E M A	M A N I F E S T A C I O N	F U N D A M E N T A C I O N C I E N T I F.	A C C I O N E S D E E N F E R M E R I A	F U N D A M E N T A C I O N C I E N T I F.	E V A L U A C I O N.
			Baño de regadera.	<p>ayudarán al paciente a recuperar su función normal con tanta rapidez, seguridad y comodidad como sea posible. La asistencia del recién operado incluye entre otras cosas la toma de signos vitales, presión arterial, pulso, respiración y temperatura ya que la alteración de uno o más de estos parámetros indicaron alguna complicación que puede traer consecuencias graves.</p> <p>Es parte importante de la asistencia de enfermería y cumple varias finalidades; limpia la piel y del individuo una sensación de frescura y limpieza, permite la relajación de músculo, estimula la circulación sanguínea, respiración y eliminación.</p>	<p>cionales están a ayudar al individuo a que sea nutrido adecuadamente, así como recibir líquidos, su reposo y sueños sean satisfactorios, ayudarlo en sus necesidades de higiene personal, así como a evitar y aliviar el dolor.</p>
			Cuidados de Herida Quirúrgica.	<p>Los cuidados de las heridas abiertas o cerradas son más susceptibles de sufrir mayor lesión que el tejido normal, evitan le-</p>	

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	EVALUACION.
			Vendaje Abdominal.	<p>siones adicionales y mejoran el mecanismo de cicatrización o curación, se debe mantener seca y cubrir, ya que la humedad y mantenerla expuesta favorece la implantación y producción de bacterias.</p> <p>Tiene la finalidad de fijar apósitos, evitar la tensión en las suturas, se emplean para ejercer presión sobre una zona. Limita el movimiento y con ello mejora la cicatrización permitiendo que las células epidérmicas emigren desde los bordes de la incisión y preparen el terreno para que los fibroblastos comiencen la construcción.</p> <p>El vendaje además protege y evita mayor lesión, permite comodidad y seguridad a la paciente.</p>	
			Ambulación.	<p>Incrementa el intercambio respiratorio, ayuda a prevenir estasis de las secreciones.</p>	

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	EVALUACION.
			Dieta.	<p>siones bronquiales, en el pulmón, reduce también la posibilidad de distensión post-operatoria puesto -- que contribuye a aumentar el tono del tubo gastroin testinal y de la pared -- del abdomen, aumenta la rapidez de la circulación en las extremidades y por lo tanto impide la este-- sis de sangre venosa, fa vorece la cicatrización, evita la flebitis dis-- minuye el dolor y pulso y respiración vuelven a sus cifras normales.</p> <p>Se indica dieta líquida, en primera instancia, ya que al ser intervenido un individuo quirúrgicamente el mecanismo peristáltico tiende a disminuir por -- efecto de medicamentos, o manipulación durante el acto quirúrgico.</p> <p>Esta dieta ayuda a regu-- lar su peristalsis, so -- aplica en períodos breves generalmente no mayores</p>	

ESTO TIENE VALOR DE RECIBO
 SALIN DE LOS ANGELES
 1952

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	EVALUACION.
			<p>Solución Mixta Glucosa al 5%</p>	<p>de 24-36 hrs. y deben de comer a intervalos de 2 a 3 hrs. durante el día y la noche, posteriormente se indicará una dieta blanda que contenga escasos residuos, que que los residuos provocan distensión abdominal por su acción formadora de heces además de que se digiere con facilidad.</p> <p>La glucosa es el carbohidrato más importante que circula en el cuerpo, su concentración normal en ayunas, en sangre venosa periférica es de 600-800 mg/litro, se biotransforma mediante reacciones oxidativas (glucolisis) o bien puede almacenarse como glucógeno principalmente en el hígado y en el músculo estriado, se utiliza en soluciones al 5,10,50% para la restitución de agua y alimentos. La aplica-</p>	

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	EVALUACION.
			Cloruro de Sodio.	<p>ción I.V. con glucosa es valiosa en el tratamiento de ciertos pacientes así como en complicaciones quirúrgicas, sirve como protección contra el desarrollo de acitils y para movilizar la perdida de proteínas.</p> <p>En concentraciones baja 5%, se utiliza en la deficiencia de agua que no puede ser suplida con otra solución hidroelectrolítica y siempre que sea necesario administrar agua libre de sodio.</p> <p>Puede ocasionar lesión en el endotelio, tromboflebitis, hiperglicemia y glucosuria. Su vía de administración I.V.</p> <p>Solución electrolítica -- consiste en cristales hexahédricos importante para el mantenimiento de líquido extracción y la restitución de sus desequilibrios.</p> <p>Se excreta por el riñón -</p>	

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	EVALUACION.
				<p>Un 95%, heces y sudoración de diuresis se inicia 6-8 hrs. después de iniciada la ministración, cuando se ministra rápidamente se congestiona el pulmón y puede sobrevivir edema pulmonar, se indicará goteo lento, contraindicados en edema, puede ocasiona, náuseas, vómito efectos de purgante en volúmenes altos y concentrados, además de la debilidad muscular, desorientación, respiración profunda, oliguria y aumentado la urea y el nitrógeno, aumenta la hipertonia extracelular, se ministra de 200 -400 ml. las primeras 24 hrs. el resto se administra de acuerdo a las necesidades clínicas. El sodio mediante proceso activo que arrastra el cloro por atracción electroquímica y el agua por atracción osmótica.</p>	

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	EVALUACION.
			Sulfato Ferroso	<p>Antiánémico, sustancia inorgánica de origen mineral que se presenta como polvo o cristales de color azul verdoso muy soluble en agua, es esencial para la formación de hemoglobina y para procesos de oxidación de tejidos vivos. Los requerimientos diarios de este metal son de 2-5 mg, sus requerimientos son mayores en el embarazo y durante una hemorragia crónica. La absorción se lleva a cabo en el duodeno y yeyuno, es depositado en la mucosa intestinal y es transportada por una proteína, se almacena en hígado y en el bazo. Está contraindicado en pacientes con úlcera gástrica y después de la administración de antiácidos, puede producir irritación gastrointestinal, dolor abdominal, vómito y diarrea, consti-</p>	

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	EVALUACION.
			Dipirona 1gr. Por razon necesaria.	<p>pación, envenenamiento fetal.</p> <p>Se ministra por vía oral de 100 mg 3 ó 4 veces al día, es suficiente para producir remisión en la anemia por deficiencia de hierro en algunos casos - puede utilizar dosis terapéuticas de 0.9 -1.8 gr. diarios divididos en 3 dosis.</p> <p>Derivado de la pirazolona siendo analgésico, antipirético y antiinflamatorio, puede causar toxicidad. Los efectos analgésicos y antipiráticos de la fenilbulzona, son menos notables que los de los salicilatos. Se absorbe en forma rápida y completa en el aparato gastrointestinal, y se obtienen niveles plasmáticos en 2 hrs. En el hígado se metaboliza lentamente hasta la forma de oxifenobulazona, y un metabolismo con propiedades uricosurica mode</p>	

PROBLEMA	MANIFESTACION	FUNDAMENTACION CIENTIF.	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIF.	EVALUACION.
			Apoyo Psicológico.	<p>radas. Su vida media biológica en el hombre es de 72 hrs., por la notable resorción de la molécula, no conizada en los túbulos distales del riñón. La fenilbutazona y sus metabolitos se unen fuertemente a las proteínas plasmáticas. La administración a largo plazo, induce la actividad de las enzimas microscópicas del hígado. A menudo se observa retención de Na. pueden originar edema, provocar náuseas, molestias epigástricas, vómito, úlcera péptica, sangrado de tubo digestivo. Se eliminan por la orina. Se presenta en tabletas, ampollas y supositorios.</p> <p>Las consecuencias emocionales de la esterilización voluntaria son menos dañinas que cuando la esterilización se solicita como una necesidad médica.</p>	<p>Debemos señalar que la mayor parte de las necesidades del individuo enfermo o sano, sólo pueden satisfacerse parcialmente. Además la enfermera, cuya responsabilidad y privilegio son ayudar al</p>

P R O B L E M A	M A N I F E S T A C I O N	F U N D A M E N T A C I O N C I E N T I F.	A C C I O N E S D E E N F E R M E R I A	F U N D A M E N T A C I O N C I E N T I F.	E V A L U A C I O N.
				<p>ca. Muchas mujeres experimentan sentimientos de culpa después de la operación, los conflictos sociales o religiosos tienden a complicar los hechos, por ello es esencial hablar de los aspectos de la operación con cada mujer dando oportunidad de hacer preguntas y expresar sus sentimientos, abordando el tema de manera sutil, si esto se lleva a cabo se tendrá el mayor beneficio para la mujer al aliviar sus preocupaciones y la ayudarán a adaptarse de manera adecuada.</p>	<p>paciente a resolver sus problemas, debe reconocer que algunos de ellos no pueden ser eliminados y resultados. En este caso el papel de la enfermera es fundamental en ayudar al paciente a lograr una adaptación madura objetiva y compensadora a la persistencia del problema; si esta es la mejor solución.</p>

CONCLUSIONES.

Una vez revisado el Marco Teórico y que se aplicaron los cuidados específicos de enfermería a una paciente con leiomiomatosis intramural y quiste de ovario se concluye, que esta patología se presenta en el 20% del total de las mujeres de 35 años de edad en adelante, es más frecuente en la raza negra, no suelen presentarse después de la menopausia y cuando la paciente la presenta y llega al climaterio disminuyen de volumen pero no desaparecen; es considerable como una tumoración benigna mesenquimatosa de origen muscular constituidas por fibras lisas y por un estroma conjuntivo con escasa irrigación. Los leiomiomas que causan más problemas son las serosas y las intramurales, ya que casi siempre condicionan a la paciente a la histerectomía total, lo que deja en la paciente un sentimiento de culpa, porque siente o la hacen sentir hipovalorada y considera que su vida sexual ya no será satisfactoria y por ende su pareja perderá interés en ella, situación que desafortunadamente es real debido a la falta de información de la pareja.

Otra causa de angustia en la paciente que aun no ha sido sometida a cirugía, es la imposibilidad para lograr un embarazo o los abortos repetidos que ante la pareja insensitiva la hacen sentirse devaluada.

De ahí la importancia del personal de enfermería en la orientación a la pareja sobre el padecimiento y su rehabilitación.

El quiste de ovario es una patología poco menos frecuente pero que desafortunadamente también en la mayoría de los casos terminan en cirugía para prevenir posibles complicaciones.

G L O S A R I O

ANAMNESIS.- Parte del examen clínico realizado por el médico que reuna los antecedentes clínicos del paciente (amnesis personal) y de sus ascendientes (anamnesis familiar).

CASTRACION.- Término que se emplea para describir la operación de extirpar los ovarios de una mujer (ovirectomía) o conseguir su atrofia mediante radiaciones (castración roetgén).

CARCINOMA.- Tumor maligno que tienen su origen en un tejido epitelial, es decir, en la piel, en las mucosas, o en la porción glandular, de diversos órganos, estomago, mamas, tiroides, prostata. Puede propagarse a través de la sangre y la linfa o invadir tejidos adyacentes. La cirugía, los isótopos radioactivos, los rayos X y los fármacos antimitóticos son los instrumentos principales que se usan en la terapia de estos procesos malignos. Si bien se desconoce la etiología, constituyen en su formación la irritación continua del tejido y factores hereditarios.

ENDOMETRIOSIS.- Enfermedad benigna de la mujer caracterizada por el crecimiento progresivo de islas de células semejantes a las del endometrio (mucosa que recubre el interior del útero) en la superficie

de otros órganos pélvicos, cada una de las is-
 las se presenta como pequeño abultamiento que
 contiene líquido rojo oscuro. El tratamiento
 incluye hormonales o quirúrgico.

ESTERILIDAD.- Imposibilidad de procrear, a pesar de existir
 relaciones sexuales normales, que puede deber-
 se a un defecto orgánico o funcional del hom-
 bre o de la mujer.

HIPEREMESIS.- Vómito persistente incoercible de vida a dis-
 tintas causas. El tratamiento puede ser con -
 antihistamínicos pero a veces se hace necesaa-
 ria la hospitalización. Suele resolverse por
 si sola, ya que se presenta con frecuencia du-
 rante el embarazo y al término de este desapa-
 rece (hiperemesis gravídica)

HIPERESTECIA.-Aumento de la excitabilidad de las terminacio-
 nes nerviosas de un órgano. Puede ser síntomas
 de alteraciones psíquicas o expresar un estado
 de irritación nerviosa.

HIRSUTISMO.- Anormal crecimiento de vello superfluo en el -
 cuerpo y en la cara de la mujer, o crecimiento
 de vellos densos y abundantes en regiones del
 cuerpo del hombre en los que normalmente son -
 escasos. Es debido a un exceso de secreción -
 de la corteza de las glándulas suprarrenales.

En general, acompañada de otros síntomas.

HISTERECTOMIA.- Extirpación del útero mediante intervención quirúrgica. Puede ser total o parcial en este último caso se deja en si lograr parte del cervix o cuello del útero. En ambos casos permanecen en su lugar la vagina y los ovarios, no registrándose ningún efecto negativo sobre el deseo sexual ni sobre la posibilidad de mantener relaciones sexuales.

INFERTILIDAD.- Incapacidad para poder implantarse el huevo fecundado dentro de la cavidad uterina.

LAPAROTOMIA.- Intervención quirúrgica consistente en la incisión del abdomen para examinar los órganos en el contenido para practicar una intervención directa alguno de ellos.

MENOPAUSIA.- Fenómenos fisiológico del organismo femenino que coincide con el período durante el cual las menstruaciones comienzan haciéndose irregulares y luego termina cesando definitivamente, se inicia entre los 45 a los 55 años y puede durar desde unos 6 meses hasta 3 años.

METRORRAGIA.- Hemorragia de origen uterino, que aparece como pérdida de sangre por la vagina fuera de la fecha normal de las menstruaciones. Estas mani-

festaciones a menudo se deben a desequilibrios endócrinos. También puede indicar la presencia de procesos inflamatorios en el útero, en las trompas de Falopio o en los ovarios o la existencia de un fibromioma, de un tumor maligno o de un embarazo extrauterino.

MIOMA.-

Tumor de tejido muscular, en particular del tejido muscular liso de las paredes del estomago, intestino, trompas de falopio, ovarios, próstata o útero. Es benigno pero puede tornarse maligno. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica de las formaciones miomatosas o de la porción del órgano afectado.

PARESTECIA.-

Sensación anormal que se produce en ausencia de un estímulo adecuado, como por ejemplo una sensación de quemazon en ausencia de calor. Este síntoma se presenta en numerosas enfermedades neurológicas, pero en ocasiones carece de significado patológico determinado, ya que puede deberse a una momentánea alteración del tono nervioso.

ROETGENOTERAPIA.- Terapia de los tumores que se basa en su irradiación por rayos X. Además de el tratamiento de los tumores, se utiliza en el tra-

tamiento de algunas afecciones cutáneas.

SARCOMA.-

Tumor maligno de los tejidos conectivos, como son los músculos y los huesos. Es una forma de menos comun que el carcinoma, que cambia, se forma en el tejido epitelial. Puede también atacar a los individuos jóvenes y a menudo tiende a propagarse y a producir metástasis, por vía hematogena linfática (pulmón, hígado). El tratamiento es quirúrgico y quimioterapico.

ULTRASONIDO.-

Vibraciones de la misma naturaleza que los que dan origen a los sonidos, pero de una frecuencia, excesiva para ser percibibles por el oído humano.

En medicina se emplea en la terapéutica de la artrosis y de las mastitis, ya que generan calor y aumento el flujo de sangre.

UROGRAFIA.-

Radiografía de los riñones y del aparato urinario mediante la aplicación de un estudio de contraste. Mediante la urografía, el radiologo puede establecer si la forma de los riñones y de los uréteres es normal, así como determinar la existencia de posibles cálculos contenidos en ellos; la urografía le sirve posteriormente al especialista para decir el posible tratamiento.

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

ANN MARRINER. El proceso de atención de enfermería a un enfoque Científico. Edit. El Manual Moderno. 2o. Edición. 325 pp.

ANORVE LOPEZ, Raquel. Manual de Procedimientos esenciales - de fundamentos de Enfermería. U.N.A.M.-E.N.E.O. 1a. Edición, 1984. 85 pp.

ATKINSON-MURRAY. Proceso Atención de Enfermería. Edit. El Manual Moderno. 2a. Edición. 141 pp.

BAENA PAZ, Guillermina. Manual para elaborar trabajos de investigación Documental. Editores Mexicanos Unidos. S.A. 4a. Edición, México, 1984. 124 pp.

BENAN, John A. Fundamentos de Farmacología. Edit. Harla. 2a. Edición, México, 1982. 825 pp.

CALATRONI RUIZ. Ginecología. Edit. Panamericana. 2a. Edición, Buenos Aires. Argentina, 1986. 512 pp.

CASTELAZO AYALA.- Obstetricia Edif. Francisco Mendez Oteo 6a. Edición, Tomo II. México, D. F. 1070 pp.

COOPER. Nutrición y Dieta. 17a. Edición. México, D. F. 1985 730 pp.

D.B.VANDALEN Y M.J. MAYER. Manual de Técnicas de la Investigación Educativa. Edit. Paidós, Buenos Aires. 4a. Edición. 1979. 131 pp.

FACULTAD DE MEDICINA. Modelo Ginecología II. U.N.A.M. México, 1986. 193 pp.

GONZALEZ RODRIGUEZ, Francisco. Apuntes de Crecimiento y Desarrollo. México, D. F. 1985. 547 pp.

GONZALEZ REYNA, Susana. Manual de Redacción e investigación Documental. Edit. Trillas. 3a. Edición. 1984. 204 pp.

GOODMAN LUIS S. GILMAN Alfred. Bases farmacológicas de la Terapéutica. Edit. Interamericana. 5a. Edición 1412 pp.

HAROLD, Ellis y WASTELL, Christopher. Manual de Enfermería Quirúrgica. Edit. Limusa. Tomo I. México, 1987.

HARRISON. Medicina Interna. Edit. La Prensa Médica Mexicana. 2a. Edición. México, 1985 1010 pp.

HERNAN, San Martín. Salud y Enfermedad. Edit. La Prensa Médica Mexicana. 4a. edición. Reimpresión 1983. 893 pp.

J. Gerard, TORTORA, Nicholas P. ANAGNOSTAKOS. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harla. 13a. Edición México. 1034 pp.

L'GAMIS MATUK, Arnulfo. Bioestadística. Edit. Francisco Mendez Cervantes. México, D. F. Septiembre 1983. 250 pp.

LEWIS WALT, Leoverne. Fundamentos de Enfermería. Edit. Harla 2a. Edición. México, 1983. 550 pp.

LEVINE, Ruth R. Farmacología. Edit. Salvat. 2a. Edición, Barcelona (España) 1982. 505 pp.

L.S. BRUNER A.S. SUDDARTH. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica. Edit. Interamericana. 4a. Edición. México, D. F. Tomo I 836 pp.

MONDRAGON CASTRO, Hector. Obstetricia Básica Ilustrada. Edit. Trillas. 1a. Edición 1982. 3a. Reimpresión 1986. 685 pp.

NOVAK, Edmundo. Tratado de Ginecología. Edit. Interamericana. 9a. Edición, 1977. 794 pp.

QUIROZ GUTIERREZ, Fernando. Anatomía Humana. Edit. Porrúa S.A. 17. Edición. México, 1977. Tomo II. 513 pp.

RODRIGUEZ CARRANZA, Rodolfo V.
Facultad de Medicina. Programa de libros de texto universitarios 1984. Tomo I y II. 418-932 pp.

ROSAS SORIANO, Raul. Guía para realizar investigación social. Textos Universitarios. México, 1982. U.N.A.M. 274 pp.

ROPER, Nancy R. Proceso Atención de Enfermería. Edit. Interamericana. 1a. Edición 1983. 121 pp.

SELECCIONES DEL READERS DIGEST. Diccionario Médico Familiar
Edit. Readers Digest. México, S. A. 1a. edición. México, 1982
756 pp.

WILLIAM. Obstetricia. Edit. Salvat. 3a. Edición. México, D.F.
967 pp.

ZARATE D. Arturo. TREVIÑO. Ginecología. Edit. Federico Mendez
Cervantes. Edición 1982. México, D. F. 609 pp.

C R O N O G R A M A .

3-10 de Junio 1988	Revisión de expedientes para la selección de la pte.
13-17 de Junio 1988	Aplicación del P.A.E.
20-24 de Junio 1988	Elaboración y presentación del proyecto
27 de junio al 7 de Julio 1988	Elaboración de Marco-Teórico o Historia Natural.
3-20 de junio al 3 - de Julio 1988	Asesoría continua.
25-29 de Julio 1988	Integración del trabajo, asesoría.
8-12 de agosto 1988	Trámites administrativos.
30 de Agosto 1988	Examen Profesional.