

Nº 19  
R.E.J.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

ESTUDIO CLÍNICO EN PROCESO DE ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA, A UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO  
DE MIOMATOSIS UTERINA.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

RAQUEL MEDINA YAÑEZ

ASESOR: LIC. EN ENF. Y OBST. FEDERICO SACRISTÁN R.

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COORDINACION DE S.S. Y G.T.I.  
U. N. A. M.

México, D.F., Julio de 1992.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

CONTENIDO.

	PÁG.
INTRODUCCIÓN. . . . .	1
JUSTIFICACIÓN. . . . .	2
OBJETIVOS. . . . .	3
CAMPO DE INVESTIGACIÓN. . . . .	4
METODOLOGÍA DE TRABAJO. . . . .	4
I. MARCO TEÓRICO	
ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA DEL ÚTERO. . . . .	7
EPIDEMIOLOGÍA Y CONCEPTO. . . . .	15
ETIOLOGÍA. . . . .	15
CARACTERÍSTICAS. . . . .	16
CLASIFICACIÓN. . . . .	19
DIAGNÓSTICO. . . . .	22
COMPLICACIONES. . . . .	25
TRATAMIENTO. . . . .	26
PRECAUCIÓN. . . . .	28
PRONÓSTICO. . . . .	28
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. . . . .	29
HISTORIA NATURAL DE LA MIOMATOSIS UTERINA. . . . .	35

## II. HISTORIA CLÍNICA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN. . . . .	52
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES. . . . .	52
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS. . . . .	53
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. . . . .	53
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS. . . . .	54
PADECIMIENTO ACTUAL. . . . .	55
EXPLORACIÓN FÍSICA. . . . .	55
MÉTODOS DE LABORATORIO Y GABINETE. . . . .	57
TERAPÉUTICA EMPLEADA. . . . .	59
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. . . . .	59

## III. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PROBLEMAS DE LA PACIENTE

MANIFESTACIONES DE LOS PROBLEMAS

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA O TEÓRICA

ACCIONES DE ENFERMERÍA

FUNDAMENTACIONES CIENTÍFICAS O TEÓRICAS

EVALUACIÓN

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS. . . . .	95
GLOSARIO DE TERMINOS . . . . .	98
ANEXOS. . . . .	101
BIBLIOHEMEROGRAFIA.. . . .	102

## INTRODUCCIÓN

La Miomatosis Uterina es una patología ginecológica muy frecuente. Se estima que el 20% de la totalidad de las mujeres que rebazan los 35 años, presentan éstos miomas, aunque por lo general, lo hacen sin sintomatología.

El lugar preponderante que ocupa dicha patología dentro de la esfera genital femenina, no es solamente por los problemas ocasionados por su frecuencia, sintomatología, complicaciones y conducta terapéuticas, sino también porque se identifica como la causa más frecuente por la que la paciente es llevada al quirófano para cirugía mayor, tomando en consideración la amplia gama de alteraciones psicoemocionales que ocasiona la extirpación del útero, lo cual constituye el tratamiento en la mayoría de los casos.

Es importante mencionar que la Histerectomía Abdominal es una intervención quirúrgica mutiladora, en la que se extirpa un órgano de gran importancia para la reproducción y complementario para la integración psicológica de la mujer, con un gran significado desde el punto de vista emocional, conyugal y social, presenta también riesgos que no son despreciables, condicionando además, a las pacientes efectos impredecibles, vag

culares, metabólicos y psicológicos.

La atención de enfermería a las pacientes con diagnóstico de Miomatosis Uterina, requiere del empleo sistemático de los procedimientos para su pronta recuperación, evitando complicaciones posteriores y repercusiones psicoemocionales.

#### JUSTIFICACIÓN

Clásicamente se ha considerado que la Miomatosis Uterina, se presenta en la mayoría de las mujeres estériles y poco fecundas, es interesante comprobar dicha teoría en la población derechohabiente electa, así como la edad más frecuentemente relacionada con dicha patología.

En el presente trabajo se efectúa también, un enfoque analítico de los procesos básicos que propician la Miomatosis Uterina, además de conocer la Fisiopatología, los Métodos de Diagnóstico, el Tratamiento y las Acciones de Enfermería específicas a éste tipo de pacientes, por tal razón se efectúa un Estudio Clínico en Proceso de Atención de Enfermería a una paciente con dicha patología, abordando elementos Teóricos, Prácticos y Terapéuticos, tomando en consideración las repercusiones presentadas en ella, analizando también la problemá

tica de atención, presentada por falta de recursos humanos y materiales, proporcionando sugerencias que puedan en un momento dado brindar solución, y así proporcionar una atención de mayor calidad.

#### OBJETIVOS

- Proporcionar acciones de Enfermería tomando como base; edad, paridad, sintomatología, patología asociada o principal y aceptación de la paciente con el objeto de facilitar su pronta recuperación.
- Llevar a cabo un asesoramiento preoperatorio, en coordinación con el Ginecólogo encargado de realizar la Histerectomía, para justificar y explicar la operación y sus consecuencias sobre la menstruación, el climaterio y la libido, tanto a la paciente como al esposos, para evitar las repercusiones psicoemocionales en la pareja.
- Evaluar la participación de Enfermería en la realización de las actividades llevadas a cabo por la pasante de Licenciatura en Enfermería y obstetricia, haciendo una comparación con las actividades rutinarias y finalmente valorar resultados.

#### CAMPO DE INVESTIGACIÓN

- H.G.R.C.M.F. No. 1, Servicio de Ginecología, de la ciudad de Morelia, Mich.
- Bibliotecas de la Escuela de Enfermería de la U.M.S.N.H., Facultad de Medicina, I.M.S.S.
- Además de las bibliografías, revistas y anotaciones consultadas, se toman en consideración criterios médicos proporcionados.
- Departamento de Estadística de la Unidad.
- Servicio de Patología de la Unidad.

#### METODOLOGÍA DE TRABAJO

- Se realiza la recopilación de datos para iniciar el Diseño del Estudio Clínico en Proceso de Atención de Enfermería y ser presentado a revisión.
- Se estudian las diferentes bibliografías recopiladas para la recolección de datos, iniciando así el Marco Teórico.
- Al ser aceptado el Diseño del Estudio Clínico, se hará la elección de la paciente con el diagnóstico de Miomatosis



Uterina, trabajando desde su ingreso con el P.A.E.

- La recolección de datos para la Historia Clínica se realiza a través de la encuesta directa con la paciente.
- Se prepara a la paciente para la realización de estudios de Laboratorio y Gabinete.
- Desde el ingreso de la paciente se proporcionará apoyo psicológico, explicando en qué consiste el Tratamiento, tratando de disminuir tensiones y temores.
- Se continúa con el seguimiento de la paciente con la aplicación de cuidados pre, trans y post-operatorios.
- Se vigilará la evolución de la paciente, tomando en consideración, tiempo quirúrgico utilizado, sangrado, ausencia de complicaciones, estado emocional, atención proporcionada, estancia hospitalaria, evaluando así los resultados para el pronóstico de Enfermería.
- Se realizan las Fundamentaciones teóricas de las necesidades o problemas de la paciente, así como de las acciones de Enfermería aplicadas.
- Se llevará a cabo la evaluación del P.A.E. al ser dada de alta la paciente a su domicilio.

- Se darán a conocer las características Histopatológicas del tumor encontrado en la paciente.
- Recolección de información y elaboración estadística de los casos presentados de Miomatosis Uterina en el H.G.R.C.M.F. No.1, en el último año.
- De acuerdo a la problemática encontrada durante la elaboración del Estudio Clínico en P.A.E., se hará la elaboración de conclusiones y sugerencias, como posibles alternativas de solución.

## I. MARCO TEÓRICO

### ANATOMÍA Y FISILOGIA DEL ÚTERO

#### Dimensiones

El útero es piriforme y mide de 7 a 8 cms. de longitud por 5' a 6 cms. de ancho en la parte fúndica y 2.5 cms. de grueso. (1)

#### Partes Anatómicas

Para estudiar el útero, este se divide en tres partes anatómicas, que son: a) cuerpo o parte superior; b) Istmo, entre el cuerpo de útero y la cérvix, que es la zona donde se adelgaza formando una depresión; y c) Cérvix o parte inferior.

#### Capas Anatómicas

El útero está formado por tres capas que son:

**Externa** (serosa o preritoneo), cubre todo el cuerpo excepto la parte anteroinferior, o sea, la que se relaciona con la vejiga. Esta capa origina una serie de refuerzos que dan lugar a los ligamentos de sostén del útero, que son: a) ligamentos redondos; b) ligamentos uterosacros; c) ligamentos cardi-

---

(1) KOLTHOFF, Anthony, Anatomía y Fisiología, p. 473.

nales o de Mackenrodt y d) ligamentos anchos. Estos se describirán más adelante.

Media (muscular o miometrio), es la capa más gruesa y resistente (mide entre 12 y 15 mm. de espesor); está formada por fibras musculares lisas largas (miden entre 40 y 90  $\mu$  de longitud) dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares, longitudinales y arciformes que se disponen en tres capas. En la capa interna próxima al endometrio, predominan fibras longitudinales. (2)

En la capa media, la cual tiene numerosos vasos sanguíneos, las fibras son circulares y oblicuas. La capa externa subserosa y muy delgada, tiene fibras longitudinales.

Interna (endometrio), esta capa que reviste la cavidad uterina, presenta cambios cíclicos por efecto hormonal y, al desprenderse da lugar a la menstruación, el endometrio está formado por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos unidos por tejidos conectivo.

Istmo. Es la zona que se adelgaza y forma una depresión entre el cuerpo uterino y la cérvix.

---

(2) MONDRAGÓN, Héctor, Ginecología Básica Ilustrada, p. 15.

**Cérvix.** De forma y volumen cilíndrico, la cérvix mide 3 cms. de longitud, posee un orificio interno, otro externo y un canal cervical; la inserción vaginal lo divide en dos porciones intravaginal y supravaginal. La porción externa o ectocérvix está revestida por epitelio plano estratificado, no cornificado que con frecuencia es asiento de tumores y que se continúa con la endocérvix, provista de un epitelio cilíndrico columnar, debajo del cual hay glándulas mucosas revestidas por el mismo epitelio. El estroma es tejido muscular liso, tejido fibroso denso con elementos vasculares, linfáticos y algunos nervios. (3)

#### Ligamentos de Sostén

Los ligamentos de sostén que están a cada lado, son:

- a) redondos;
- b) anchos y de Mackenrodt; y
- c) uterosacros.

**Ligamentos Redondos.** Son bandas musculares de forma redondeada que se insertan en la pared lateral, cerca del fondo uterino (abajo y adelante de la inserción tubaria); se dirigen hacia afuera del orificio inguinal interno, atraviesan el con-

---

(3) IBIDEM. Op. cit. p. 16

ducto inguinal y se expanden en forma radiada, confundiéndose con el tejido conjuntivo inguinal.

**Ligamentos Anchos y Ligamentos de Mackenrodt.** El peritoneo que cubre el útero en sus caras anterior y posterior se adosa en ambos bordes de éste, extendiéndose hasta la pared pélvica. Estas dos hojas peritoneales constituyen el ligamento ancho; en su espesor queda el ligamento redondo. Su borde superior envuelve a la Trompa de Falopio, dando lugar a un repliegue que contiene los vasos ováricos, y constituye el ligamento infundibulopélvico. En su porción inferior se ensancha y, con algunas fibras musculares y tejido conectivo, forma el ligamento transversal, cardinal o de Mackenrodt.

Entre las dos hojas del ligamento ancho existen tejido conjuntivo, nervios y vasos sanguíneos que irrigan al útero.

**Ligamentos Uterosacros.** De la pared posterior del útero, en su porción inferior, nacen dos repliegues peritoneales con fibras musculares y conjuntivas, que redondean al recto y se insertan en la cara anterior del sacro, entre la segunda y tercera vértebras. (4)

---

(4) IBIDEM, Op. cit. p. 17

Estos ligamentos en conjunto, le sirven de soporte al útero en su sitio anatómico.

### Riego Sanguíneo, Vasos Linfáticos y Nervios

**Vasos Sanguíneos.** El útero está irrigado por dos arterias y dos venas: ovárica y uterina.

**Arterias.** En número de dos, son la ovárica y la uterina:

- a) La arteria ovárica, rama de la aorta abdominal a través del mesosálpinx alcanza a la trompa de Falopio y al ovario y se anastomosa con la arteria uterina.
- b) La arteria uterina, nace de la rama anterior de la arteria hipogástrica; pasa entre las dos hojas del ligamento ancho y bordea la cara lateral del útero haciendo un cayado 2 cm arriba del istmo uterino; y asciende hasta unirse con la arteria ovárica, formando un arco. En su trayecto origina numerosas prolongaciones que irrigan al útero, al ligamento ancho y a la vagina.

En la zona del cayado está estrechamente relacionada con el uréter, al que cruza por delante, relación muy importante en cirugía.

**Venas.** La circulación venosa es muy similar a la arterial y

es muy rica en vasos; en el espesor del ligamento ancho forma el plexo pampiniforme, la vena ovárica desemboca directamente en la vena cava inferior, en tanto que la vena ovárica izquierda, drena a la vena renal de ese lado. Las venas uterinas desembocan en las venas iliacas internas. (5)

**Vasos Linfáticos.** Del endometrio, miometrio y peritoneo drenan numerosos vasos linfáticos a los bordes laterales del útero, y van a desembocar en los siguientes ganglios: sacros medios y laterales, iliacos internos y externos, aórticos laterales y preaórticos. En la parte correspondiente al fondo uterino, a las trompas de Falopio y a los ovarios, ascienden por el ligamento infundibulopélvico, en compañía de los vasos ováricos. También un tronco linfático del cuerpo uterino se dirige, a lo largo del ligamento redondo, hasta los ganglios inguinales superficiales.

**Nervios.** Las vías eferentes simpáticas y parasimpáticas son transmitidas por los plexos hipogástrico y pélvico.

En la parte inferior de la bifurcación aórtica se forma el nervio presacro, que es el nervio principal del útero, del cual deriva el ganglio de Frankenhauser o plexo uterovaginal.

---

(5) IBIDEM. Op. cit. p. 19



El ovario recibe fibras nerviosas de los plexos aórtico y renal.

Las vías genitales inferiores están inervadas por el nervio pudendo, principal transmisor y sensitivo que proviene de las raíces sacras; sale de la pelvis por el agujero ciático y regresa por la fascia obturatriz. Otros nervios como el abdominal menor, el genitocrural y el femorocutáneo, inervan principalmente al periné y los órganos genitales externos. (6)

#### Localización

Órgano situado en la parte profunda de la pelvis, la cara anterior de éste se relaciona con la vejiga; la posterior, con el recto; las laterales, con los ureteros, y la inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical, dejando una porción supravaginal y otra intravaginal. (7)

#### Posición

Órgano muscular hueco, invertido y aplanado ligeramente en sentido anteroposterior.

---

(6) IBIDEM. Op. cit. p. 20

(7) IBIDEM. Op. cit. p. 15

El útero presenta flexión entre el cuerpo y el cuello, el cuerpo se sitúa sobre la superficie superior de la vejiga y está orientado hacia adelante y algo hacia arriba, el cuello uterino está orientado hacia abajo y atrás a partir del punto de flexión y se une a la vagina en ángulo recto aproximadamente. Varios ligamentos mantienen fijo al útero, pero permiten al cuerpo del mismo bastante movilidad, carácter que a menudo origina posiciones anormales del órgano.

#### Funciones

El útero o matriz participaparticipa para lograr tres importantes funciones; a saber, menstruación gestación y parto.

**Menstruación.** Es el esfalcelo o desprendimiento de las capas compactas y esponjosas del endometrio, acompañado de hemorragia por los vasos desgarrados.

**Gestación.** El embrión se implanta en el endometrio y en éste sitio vive como parásito durante todo el período fetal.

**El Parto.** Consiste en las contracciones potentes y ritmicas' de la pared uterina muscular, que produce expulsión del feto, placenta y membranas. (8)

---

(8) KOLTHOFF, Anthony, Op. cit.; p. 473

## LA MIOMATOSIS UTERINA

### CONCEPTO

Los miomas son los tumores más frecuentes del útero y la pelvis femenina. (9)(10) Son cuando menos tres veces más comunes entre las negras que entre las mujeres blancas. Alrededor del 20% de todas las mujeres mayores de 35 años de edad tienen miomas; la mayoría son benignos y la mayor parte no producen síntomas. (11) Las tumoraciones se originan en las fibras musculares lisas que forman el miometrio y reciben el nombre popular de fibromas.

### ETIOLOGÍA

Se ignora cual es la etiología de éstos tumores, aunque hay evidencia de que los estrógenos estimulan su crecimiento al incrementar la circulación miometrial, se ha relacionado su existencia con la falta de hijos en la mujer, considerando que éste hecho representa un estímulo estrogénico inadecuado y persistente. (12)

---

(9) DEXEUS, F.S., Tratado de Ginecología, p. 832

(10) JONES, Tratado de Ginecología de Novak, p. 430

(11) BENSON, Ralph, Diagnóstico y Tx. Ginecobstétrico, p. 224

(12) MONDRAGON, Héctor, Op. cit.; p. 223

Los miomas se desarrollan a partir de células inmaduras del músculo liso que envainan a las arterias del miometrio; incluye a tejido conjuntivo pero no proviene de él. La dependencia de los miomas del estímulo hormonal y de la nutrición vascular está bien demostrada en el embarazo; estos tumores, por lo general aumentan de tamaño después del primer trimestre y desaparecen pronto después del parto. (13)

#### CARACTERÍSTICAS

Los miomas son tumoraciones únicas o múltiples. Oscilan en tamaño desde lesiones microscópicas hasta masas enormes. (14), (colecciones de tumores múltiples) que pesan más de 45 Kg., (15) bien circunscritas, desprovistas de cápsulas, que se encuentran en el interior de la pared muscular del útero o se implantan en ella en forma sésil o pediculada; tienen la superficie pulida y al corte muestran una coloración blanquecina nacarada. Rara vez se localizan en el segmento inferior del útero, en cérvix su frecuencia representa de 1.2 a 8% y en los ligamentos uterinos también es rara su localización. (16)

---

(13) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 224

(14) DEXEUS, F.S., Op. cit.; p. 832

(15) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 224

(16) CALATRONI, J. Ruíz V., Terapéutica Ginecológica, p. 708.

**Imagen Microscópica.** Al estudio microscópico, los miomas presentan células musculares lisas, de aspecto fusiforme, entrelazadas una con otra en el espesor del tejido conjuntivo.

**Degeneración.** A pesar de que son tumores benignos, los miomas uterinos tienen tendencia a sufrir degeneraciones, aunque por fortuna no todas malignas, estas degeneraciones son:

- a) Hialina: es la degeneración más frecuente; en ella el centro del mioma se hialiniza.<sup>(17)</sup> Estos tumores por lo general son asintomáticos.
- b) Quística: la licuefacción sigue a la hialinización extrema y la tensión física puede provocar la súbita evacuación del contenido líquido en el interior del útero, la cavidad peritoneal o el espacio retroperitoneal.
- c) Calcárea: los miomas subserosos son los más comúnmente afectados por la obstrucción circulatoria, la cual provoca la precipitación del carbonato cálcico y del fosfato en el interior del tumor.<sup>(18)</sup> En éste tipo de degeneración el mioma adquiere una consistencia dura; los estudios radiológicos o ecográficos muestran imágenes de gran densidad

---

(17) MONDRAGÓN, Héctor, Op. cit. p. 13

(18) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 200

que corresponden a las concreciones calcáreas. <sup>(19)</sup>

- d) Séptica: la insuficiencia circulatoria puede provocar la necrosis de la porción central del tumor, seguido por infección. Aparece dolor agudo y fiebre.
- e) Carnosa (roja): la trombosis, la congestión venosa y la hemorragia intersticial son las responsables del color brillante. Durante el embarazo, cuando la degeneración carnosa es más frecuente, ocurre el edema y la hipertrofia del miometrio. El cambio en el mioma no es el mismo que en el miometrio; la discrepancia anatómica resultante afecta a la circulación sanguínea, con infarto, degeneración aséptica, autólisis y dolor extremo.
- f) Grasosa: este tipo asintomático y raro de degeneración aparece después de la degeneración hialina y quística. <sup>(20)</sup> En el espesor del mioma se generan zonas de grasa, que posteriormente pueden degenerar y tornarse malignas. <sup>(21)</sup>

**Cambio maligno.** Es generativo nunca degenerativo. El leiomiomasarcoma aparece en aproximadamente 0.1 - 0.5% de las enfer

---

(19) IBIDEM, Ginecología Básica Ilustrada, p. 223

(20) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 226

(21) MONDRAGÓN, Héctor, Op. cit.; p. 224

mas de mioma. (Esta frecuencia es incierta debido a que no todos los miomas son estudiados con el microscopio). Se han reportado tasas de curación hasta de 40% después de la histerectomía total y la anexectomía. (22)

### CLASIFICACIÓN

De acuerdo con el sitio y forma de implantación, los miomas se clasifican en:

- a) Submucosos: se encuentran inmediatamente por debajo del endometrio y pueden deformar la cavidad uterina, cuando son de gran tamaño.
- b) Intramurales: las tumoraciones se encuentran localizadas en el espesor del miometrio; cuando son de gran tamaño, producen deformidad aparente del útero; son las variedades más frecuentes.
- c) Subserosos: de acuerdo con su forma de implantación, se subdividen en sésiles, si la base de implantación es amplia, y pediculados cuando un pedículo delgado les sirve de soporte. Cuando el pedículo es muy largo se les denomina miomas migratorios o errantes. (23)

---

(22) IBIDEM, Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétrico, p.226

(23) MONDRAGÓN, Héctor, Op. cit.; p. 224

- d) Intraligamentarios: cuando el mioma crece entre las hojas' del ligamento ancho.
- e) Parásito: Eventualmente puede suceder que un mioma se convierta en parásito al desprenderse del útero. En éstos casos el tumor toma su irrigación del sitio de su nueva adherencia. (24)

Los miomas uterinos pueden permanecer asintomáticos por mucho tiempo. Cuando dan sintomatología, ésta varía de acuerdo con su localización y tamaño. Los signos y síntomas más frecuentes son:

- a) Trastornos menstruales. Generalmente proiomenorrea, hipermenorrea y polimenorrea
- b) Leucorrea y polimenorrea
- c) Dismenorrea
- d) Anemia
- e) Deterioro del estado general
- f) Aumento de volumen en el bajo vientre
- g) Palpación de una tumoración en el hipogástrico
- h) Aumento de volumen del útero, con irregularidad en el contorno de éste órgano.

---

(24) BENSON, Ralph, Ginecología y Obstetricia, p. 553



- i) Sensación de pesantez abdominal
- j) Presión vesical que ocasiona irritabilidad de la vejiga, tenesmo, disuria y retención urinaria
- k) Compresión ureteral e hidronefrosis
- l) Compresión del recto, que produce dolor al defecar.

Los miomas subserosos e intramurales de gran tamaño producen:

- a) Compresión vesical, que se manifiesta por poliuria
- b) Compresión y obstrucción parcial del uréter, que produce estasis urinaria en la pelvícula renal e hidronefrosis

Los miomas submucosos sésiles o pediculados y los intramurales se manifiestan por:

- a) Hemorragia profusa
- b) Zonas atrofiadas en el recubrimiento endometrial
- c) Aparición del mioma en la vagina cuando se elonga el pedículo y emergen a través de la cérvix
- d) Aumento de volumen uterino
- e) Aumento de la consistencia uterina
- f) Compresión de uno o ambos ureteres en casos de grandes miomas.

Los miomas intraligamentarios ocasionan compresión de los va-

sos uterinos. Cuando los miomas sufren algún tipo de degeneración de las ya descritas, se acompaña de la sintomatología' que ésta alteración provoca, principalmente dolor. Los miomas subserosos pediculados pueden sufrir necrosis y la desaparición de su pedículo, por lo que se desprenden y pueden localizarse en algún sitio distante del abdomen, en cuyo caso ' se les denomina miomas parásitos.<sup>(25)</sup> Los tumores parasíticos causan obstrucción intestinal si son grandes o afectan al epiplón o al intestino. Los tumores cervicales provocan secreción y sangrado vaginal, dispareunia y esterilidad. Los grandes tumores cervicales pueden llenar la pelvis verdadera, desplazando a otras estructuras pélvicas.<sup>(26)</sup>

#### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la miomatosis uterina se basa fundamentalmente en los datos de la Historia Clínica.<sup>(27)</sup> Los síntomas' dependen de la situación, tamaño y estado de preservación del tumor, y si la enferma está o no embarazada.<sup>(28)</sup>

Los miomas se descubren con facilidad mediante la palpación '

---

(25) MONDRAGÓN, Héctor, Op. cit.; p. 226

(26) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 226

(27) MONDRAGÓN, Héctor, Op. cit.; p. 226

(28) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 554

vaginal, bimanual y sistemática del útero, el diagnóstico es obvio cuando el contorno uterino normal, está distorsionado por una o más masas firmes esféricas de suave consistencia.

Es importante la condición de la mujer, puesto que en las no embarazadas los miomas pueden o no, causar problemas. No obstante alrededor del 25% de estos tumores pueden provocar el sangrado uterino anormal. En las embarazadas los miomas pueden imponer los siguientes riesgos adicionales; aborto, debido a cambios atróficos del endometrio, distocias o aborto, debido a la distorsión de la cavidad uterina, incapacidad de que se produzca el encajamiento debido al desplazamiento del útero, parto prematuro, por el aumento de la irritabilidad uterina, parto desordenado y hemorragia en el puerperio debido a la reducción de la contractilidad uterina.

En los hallazgos de laboratorio, pueden haber anemia como resultante del sangrado uterino anormal y de la infección. La policitemia (en las enfermas ocasionales) y la leucocitosis se hallan presentes con el mioma y la endometritis y la degeneración séptica carnosas. La cuenta leucocitaria puede estar elevada alrededor de 20,000/ $\mu$ l. La velocidad de sedimentación puede estar aumentada. (29)

---

(29) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 227

En los estudios de gabinete, la histeroslingografía y la ecografía son auxiliares muy valiosos en el diagnóstico. La Tomografía Axial Computarizada es el recurso moderno que indica la existencia de miomas con toda claridad.<sup>(30)</sup>

La biopsia de endometrio es un recurso necesario en éstos casos para descartar la presencia de patología endometrial.

La Urografía Excretora debe utilizarse cuando se trata de grandes tumoraciones o miomas intraligamentarios, sobre todo cuando se asocian a síntomas urinarios. Tiene por objeto descartar que exista desviación de los ureteros o compresión extrínseca de éstos.<sup>(31)</sup>

Es importante el resultado reciente de la citología cervical, con el objeto de descartar la asociación de miomatosis y cáncer, lo cual no es muy frecuente.<sup>(32)(33)</sup>

Para la realización de un diagnóstico diferencial es importante recordar que la miomatosis, produce aumento o irregulari-

---

(30) GUERRA DE LA G.E.A., Ginecología y Obstetricia de Méx., p. 280

(31) MONDRAGÓN, Héctor., Op. cit., p. 226

(32) BENSON, Ralph, Op. cit., p. 555

(33) DEXEUS, F.S., Op. cit., p. 829

dad del útero, pero estos cambios pueden obedecer a cualquiera de las condiciones siguientes: embarazo, adenomiosis, hipertrofia benigna, subinvolución, anomalías congénitas, adherencias anexiales, epiploicas o intestinales; carcinoma y sarcoma. Aún cuando el diagnóstico del mioma sea seguro, deben considerarse las posibilidades de otras neoplasias, cervicitis, estenosis cervical, pólipo endometrial y otras alteraciones ginecológicas. (34)

#### COMPLICACIONES

- a) Miomas y Embarazo: Quizá un mioma habitualmente precede a un embarazo durante el cual es descubierto, pero el tumor puede no hacerse aparente hasta que el embarazo está bien establecido. Durante el segundo y tercer trimestre, los miomas pueden aumentar de tamaño debido al edema o a la hemorragia, y los cambios degenerativos pueden conducir a dolor y a hiperestesia localizada. Durante el parto, los miomas pueden producir inercia uterina, distocia fetal o bloqueo del conducto del parto. En general los miomas tienden a desprenderse en la pelvis y a medida que el parto progresa, el nacimiento por vía vaginal puede ser logrado,

---

(34) BENSON, Ralph., Op. cit., p. 555

no obstante un mioma grande puede estar inmóvil y puede constituir una indicación para el parto por sección cesárea. Los miomas pueden interferir con las contracciones uterinas eficaces inmediatamente después del parto y la posibilidad de hemorragia puerperal debe ser anticipada. Deberá usarse oxitócicos con precaución en el puerperio para evitar el infarto de los miomas.

- b) Complicaciones en las mujeres no embarazadas: Las complicaciones de los miomas son la degeneración benigna y el cambio maligno. La degeneración benigna puede ser de los tipos siguientes: atrófica, hialina, quística, calcárea, séptica, carnosa o roja y grasosa. El cambio maligno habitualmente del tipo leiomiomasarcoma es generativo, no degenerativo. (35)

#### TRATAMIENTO

La selección del método más apropiado de tratamiento, depende de los síntomas, del tamaño, de la localización de los tumores y de su estado de preservación, la edad de la enferma, paridad, embarazo actual, deseo de embarazos ulteriores y sa-

---

(35) BENSON, Ralph., Op. cit., p. 228

lud en general. (36)(37)

Al diagnosticar los miomas uterinos, se debe seguir una conducta expectante cuando se trata de miomas pequeños que cursan asintomáticos. En los casos de miomas voluminosos o múltiples, productores de síntomas importantes, sobre todo el sangrado menstrual abundante, debe tratarse quirúrgicamente.

El crecimiento rápido de los miomas, sobre todo posmenopáusicos, implica el riesgo de que se trate de una degeneración sarcomatosa, lo cual justifica el apresuramiento del tratamiento.

El tratamiento quirúrgico es de dos tipos: conservador y definitivo o radical. El primero consiste en practicar una miomectomía a las pacientes que deseen conservar su fertilidad y que sean portadoras de miomas subserosos o intramurales, generalmente únicos o en poca cantidad y fácilmente extirpables, mediante una sola incisión.

El tratamiento quirúrgico definitivo o radical consiste en practicar Histerectomía Abdominal Total. (38) Es conveniente'

---

(36) DEXEUS, F.S., Op.cit., p. 829

(37) VARGAS y cols., Ginecología y Obstetricia de Mex. p.42

(38) ANJED y cols. Ginecología y Obstetricia de Mex. p. 275.

en éstos casos, conservar la función ovárica si no existe patología asociada en éstos órganos, tanto los miomas extirpados como el útero miomatoso deben estudiarse histopatológicamente para descartar la existencia de un sarcoma. (39)

#### PRECAUCIÓN

No se debe administrar estrógenos en grandes cantidades a mujeres posmenopáusicas que padecen fibroides. Las mujeres con miomas, deberían recibir dosis mínimas de anticonceptivos orales o deberían usar algún otro tipo de control de la natalidad

#### PRONÓSTICO

El tratamiento quirúrgico es curativo. El embarazo es posible después de la miomectomía múltiple. Puede ser necesaria la sección cesárea si no se ha penetrado a la cavidad uterina. No ocurrirá la menopausia en forma precoz después de una histerectomía bien ejecutada, si los ovarios normales poseen una buena circulación sanguínea. (40)

---

(39) MONDRAGÓN, Héctor., Op.cit., p. 226.

(40) BENSON, Ralph., Op.cit. p. 229



## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermera en contacto íntimo con el paciente, suele proporcionar al cirujano información pertinente, que quizá modifique totalmente el plan de asistencia. También se espera que la enfermera estime las necesidades del paciente, formule un plan de asistencia, valore y modifique éste plan según la evolución del paciente. (41)

### CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA:

#### PERÍODO PREOPERATORIO.

a) Preparación psicológica: Desde el momento de la admisión de la paciente, se debe iniciar el plan de cuidados (42) entre los que es muy importante la comunicación, enfermera-paciente, ya que cualquier intervención quirúrgica, siempre va precedida de algún tipo de reacción emocional; el miedo a lo desconocido, al dolor, a la muerte, a la anestesia, quizá sea patente de inmediato, pero otros temores pueden ser mas intangibles y evidentes (43) por ejemplo: el

(41) BRUNER, L., y cols., Enfermería Médica Quirúrgica, p. 103

(42) WIECK, L., Técnicas de Enfermería, p. 578

(43) BRUNER, L., y cols., Op.cit., p. 103

miedo a la destrucción de la imagen corporal, a sentirse ' mutilada, a la imposibilidad de procreación, a ser una pareja sexual "incompleta".

Por lo tanto deberá ponerse énfasis en el cumplimiento cabal y oportuno del programa de enseñanza de las medidas ' preoperatorias, contribuyendo así a la recuperación más rápida, a disminuir la necesidad de administrar medicamentos para el dolor u otros síntomas de aprensión de la paciente menor número de complicaciones y muy posiblemente a una estancia hospitalaria más breve.

- b) Medición de signos vitales: Se miden los signos vitales de la paciente desde su ingreso y antes de que abandone su ' habitación rumbo al quirófano, ya que éstos ayudan a evaluar el estado físico de la paciente y también sirven como indicadores más tempranos de cualquier complicación.<sup>(44)</sup>
- c) Preparación de la piel: La preparación quirúrgica incluye el afeitado de la región abdominal y perineal, teniendo ' cuidado de evitar rasguños y abrasiones, ya que son sitios potenciales de infección.

---

(44) WIECK, L. Op. cit., p. 581.

- d) Aplicación de enemas evacuantes: El objetivo de la aplicación de los enemas en el preoperatorio, tiene importancia ya que nos ayudan a limpiar el intestino con rapidez y eficacia, ayudando a prevenir la distensión abdominal, los gases y la impacción fecal posoperatoria.
- e) Ayuno: Es importante asegurarse que la paciente no recibió alimentos ni bebió líquidos durante el período preoperatorio, por todo el tiempo especificado por el médico. El estómago vacío disminuye el peligro de distensión, facilitando al cirujano las maniobras a seguir en la cirugía, evitando también yatrogenias y complicaciones, al igual que se evita la broncoaspiración durante la anestesia y después de ella.
- f) Catererismo uretral: La introducción de la sonda en la vejiga, es parte de la preparación preoperatoria de la paciente, con el fin de facilitar la evacuación de la orina previniendo así la tensión de la pelvis y complicaciones quirúrgicas por la distensión de la vejiga.
- g) Administración de soluciones intravenosas: Es la introducción de una solución o derivados sanguíneos, directamente en una vena para contar con un vehículo para administrar medicamentos, transfundir sangre y conservar el equilibrio

de líquidos y electrólitos.

- h) Lavados vaginales: La realización de los lavados vaginales es manualmente, previa colocación de guantes estériles con solución de isodine, manteniendo así limpia la región. (45)
- i) Verificación de expediente clínico: Es importante asegurarse de que el expediente, lleva la autorización firmada por la paciente para la realización de la cirugía, así como los resultados de laboratorio y gabinete que estén completos. (46) (47)
- j) Antes de llevar la paciente al quirófano, verificar los siguientes puntos:
- Quitar y guardar prótesis dentales
  - Preparación del cabello (cubrirlo con un turbante)
  - Quitar ganchos del pelo y alhajas
  - Quitar el esmalte de las uñas
  - Verificar si las cifras de temperatura, pulso, respiración y Tensión arterial fueron tomadas un poco antes
  - Finalmente trasladar a la paciente al quirófano. (48)

---

(45) BAILEY, Rosemary, Manual de Enfermería Obst. y Gín., p. 298.

(46) ELIASON, Ferguson, Enfermería Quirúrgica, p. 536

(47) BRUNER, L. Op. cit.; p. 114

(48) IBIDEM, Enfermería Médico Quirúrgica, p. 114

**PERIODO TRANS-OPERATORIO:**

A continuación se mencionan las consideraciones generales para efectuar los cuidados requeridos durante la intervención quirúrgica:

- a) Antes de la llegada de la paciente al quirófano deberá tenerse listo el material e instrumental necesarios para la Histerectomía Abdominal, reduciendo así el tiempo necesario para iniciar la operación disminuyendo el nerviosismo y la ansiedad de la paciente.
- b) Saludar a la paciente por su nombre amistosamente y presentarse con ella. Determinar la operación que se llevará a cabo y el nombre del médico de la paciente. Verificar el nombre de la paciente con la identificación de la mano y con el expediente, así como del procedimiento quirúrgico que se llevará a cabo. Es imperativo proteger a la paciente, garantizando que la operación correcta se realiza a la paciente correcta. (49)
- c) Anotar cuidadosamente el desarrollo de la operación, condiciones de la paciente y cualquier procedimiento especial que se realice, como transfusiones, cateterismo, intubación, etc. Los registros del quirófano son un documento

---

(49) ELIASON, Op. cit.; p. 535

médico-legal. Debe anotarse todo suceso ocurrido durante la operación.

- d) Durante la operación verificar que se mantiene la técnica estéril. En cualquier circunstancia se debe estar preparada para situaciones que pongan en peligro dicha técnica estéril; hay que tener listos: batas, guantes de reserva para el caso que se necesiten ya que cualquier falla en la esterilidad puede traducirse en la contaminación del paciente o poner en peligro la asepsia del campo quirúrgico.
- e) Debe tomarse nota con mucha atención del número de gasas y compresas de espongear que se emplean y la cantidad de líquido que se pierde durante la operación, cerciorándonos que el número de gasas y compresas contabilizadas al final del procedimiento concuerda con las que se contaron al inicio de la operación, así como de la cantidad de sangre que se pierde durante la intervención, manteniendo informado sobre todo lo anterior al equipo de cirugía. La cantidad de sangre que se pierde, es un excelente indicador de la evolución de la paciente. Como durante la intervención las gasas son introducidas en la incisión para cohibir el sangrado dentro del campo quirúrgico, es imperioso llevar la cuenta exacta, para evitar que por accidente se deje al

guna gasa dentro de la herida quirúrgica. (50)

- f) Colaborar en el cambio de la paciente, de la mesa de operaciones a la camilla para ser llevada a la sala de Recuperación, dando un informe completo a la enfermera encargada del servicio. La paciente está incapacitada para ayudar en el cambio de la mesa de operaciones a la camilla; por lo tanto es indispensable contar con la ayuda adecuada para evitar caídas, lesiones o tensiones innecesarias de la sutura. Un informe completo ayuda a la enfermera que recibe a la paciente a suministrarle cuidados individuales más eficaces. (51) (52)

#### PERÍODO POST-OPERATORIO

- a) Teniendo lista la cama se recibe a la paciente en el servicio de recuperación, teniendo disponible el equipo necesario; gancho porta-frascos para las soluciones intravenosas recipiente para vómito, instrumentos para vigilar signos vitales y equipo de aspiración. Es necesaria la disponibilidad del equipo para evitar pérdida de tiempo y proporcio

---

(50) WIECK, L., Op. cit.; p. 580

(51) BRUNER, L., Op. cit.; p. 116

(52) DU-GAS, B.W., Tratado de Enfermería Práctica, p. 627

nar los cuidados de una manera rápida y segura.

- b) Tener cuidado de mantener la permeabilidad de las vías aéreas, durante el período post-operatorio inmediato y a medida que la paciente recupera la conciencia se le alienta a respirar profundamente y a toser suavemente, para expulsar secreciones del árbol respiratorio.
- c) Vigilar los signos vitales cada dos horas y el estado de conciencia, durante la etapa de recuperación, en la que la paciente se encuentra aún somnolienta, pero ya sin efectos residuales de la anestesia, la hipertermia puede indicar infección o daño cerebral, las modificaciones de la frecuencia del pulso indican oxigenación inadecuada de la sangre. El nivel de conciencia debe progresar desde la inconciencia total hasta el estado de alerta, cualquier falla debe estudiarse en cuanto a sus posibles causas, (ejem. de despertar, pasar a un estado de desorientación).
- d) Valorar con precisión y anotar los ingresos intravenosos y egresos de los líquidos del organismo durante las primeras etapas del período post-operatorio. Deberá medirse con exactitud la primera orina que es eliminada por la sonda de Foley, después de haber sido trasladada la paciente de Recuperación y se hará la anotación correspondiente.



Al haber indicación de retirar la sonda, se vigilará estrechamente la micción espontánea y la cantidad de orina eliminada. El equilibrio hídrico es un indicador de que el organismo retorna a la normalidad, después de la anestesia. La cantidad de orina eliminada es de gran importancia, ya que algunos tipos de anestesia pueden producir retención o suprimen la formación de orina.

- e) Usando técnica aséptica, se verifican los apósitos y herida quirúrgica en busca de complicaciones de la operación, los primeros signos como hemorragia, hematoma, hipersensibilidad, hinchazón y salida de secreciones, se descubren mediante la inspección,<sup>(53)</sup> es importante también la medición del pulso y la temperatura en busca de hipertermia.<sup>(54)</sup>
- f) Tan pronto como el médico lo permita, hacer caminar a la paciente. Durante los primeros intentos de iniciar la marcha, debe ser atendida por dos personas, ya que debido al debilitamiento la paciente puede caer al piso, si no se le sostiene fuertemente por ambos lados. Parece existir una relación entre la ambulación temprana y la recuperación rápida.

---

(53) WIECK, L., Op. cit.; p. 581

(54) BRUNNER, L. Op. cit.; p. 164

- g) Debe valorarse el dolor que sufre la paciente, en lo que respecta a; su origen, duración y grado de alivio proporcionado por los analgésicos. Después de la cirugía los gases acumulados en el tubo digestivo pueden producir dolor que se alivia con la deambulación.
- h) En las soluciones intravenosas, se vigila el flujo de líquido a la velocidad especificada, para administrar la cantidad deseada, administrando también los medicamentos indicados por vía I.V. en su horario establecido y en la cantidad indicada.
- i) Deben observarse las condiciones de la paciente para el inicio de ingesta nutricional, así como la hidratación oral. Anotando la rapidéz de la paciente para recuperar los hábitos normales de alimentación.
- j) La primera evacuación después de la operación es importante, observando también las características de ésta, puesto que nos indica el retorno del intestino a su funcionamiento normal. (55)
- k) La vigilancia del sangrado transvaginal es importante, observando; color, olor, cantidad y si viene acompañado de

---

(55) WIECK, L., Op. cit.; p. 452

coágulos, ya que cualquier signo sospechoso nos muestra ' complicaciones, pues por lo general en este tipo de pacientes el sangrado es escaso. (56)

- 1) Extracción de suturas; la eliminación del material utilizado para unir entre sí los bordes de la herida quirúrgica, se hará después de la cicatrización. (57)

## HISTORIA NATURAL DE LA MIOMATOSIS UTERINA

### DEFINICIÓN

El mioma es el tumor más común del aparato genital femenino. Es un tumor miometrial benigno, esferoide, de color rosado y consistencia firme; está constituido por músculo liso y tejido conjuntivo.

### AGENTE

La causa de la formación de los miomas no se conoce. Hay evidencia de que los estrógenos estimulan el crecimiento de los miomas (58) al incrementar la circulación miometrial. (59)

---

(56) BAILEY, Op. cit.; p. 301

(57) IBIDEM, Técnicas de Enfermería, p. 657

(58) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 552

(59) MONDRAGON, Héctor, Op. cit.; p. 223

## HUESPED

Esta neoplasia suele presentarse cuando menos tres veces más comunmente en las mujeres de piel obscura, que en las mujeres blancas. Es algo más frecuente en las nulíparas y alrededor del 20% de todas las mujeres mayores de 35 años de edad, tienen miomas. En el recién nacido, pueden encontrarse miomas minúsculos, pero estas formaciones no sufren modificaciones antes de la pubertad.<sup>(60)</sup> En las mujeres posmenopáusicas a quienes se les administran estrógenos en grandes dosis. Las mujeres con miomas que reciben anticonceptivos orales.<sup>(61)</sup>

## FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE

La neoplasia se ha relacionado con la falta de hijos en la mujer, considerando que éste hecho representa un estímulo estrógeno inadecuado y persistente.<sup>(62)</sup>

Las mujeres de estado socio-económico bajo y poca o nula educación, dan lugar a patologías asociadas y serias complicaciones, debido a la gran paridad y a la tardía atención de la

---

(60) IBIDEM, Ginecología y Obstetricia, p. 552

(61) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 229

(62) MONDRAGON, Héctor, Op. cit.; p. 223

neoplasia. (63)

#### ESTÍMULO DESENCADENANTE

Los estrógenos estimulan el crecimiento de los miomas. La dependencia hormonal y la influencia de la nutrición vascular de los miomas, son muy evidentes en el embarazo; estos tumores aumentan generalmente de tamaño después del primer trimestre y descienden rápidamente después del parto. (64)

#### CAMBIOS TISULARES

Estos tumores se originan de las células minúsculas lisas inmaduras que recubren las arterias del miometrio; no se derivan del tejido conjuntivo pero contienen elementos del mismo. Los miomas uterinos se clasifican de acuerdo a su localización anatómica:

**Miomas Intramurales:** Se encuentran en el espesor del miometrio.

**Subserosos:** Cuando el tumor tiende a desplazarse hacia la superficie peritoneal.

**Submucosos:** Se encuentran inmediatamente por debajo del endo-

---

(63) VARGAS y cols., Op. cit.; p. 42

(64) IBIDEM, Ginecología y Obstetricia, p. 553

metrio.

**Intraligamentario:** Cuando el mioma crece entre las hojas del ligamento ancho.

**Parasítico:** Cuando el mioma se desprende del útero. (65)

**Cervical:** Su nombre lo indica, y su localización es poco frecuente. (66)

#### SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los miomas uterinos pueden permanecer asintomáticos por mucho tiempo.

#### SIGNOS Y SÍNTOMAS ESPECÍFICOS

Cuando la miomatosis uterina inicia su sintomatología, ésta varía de acuerdo a su localización y tamaño del tumor. (67) También influye la presencia de embarazo.

Los tumores submucosos pueden alcanzar gran tamaño y consiguen desplazar a las vísceras vecinas, pueden originar disme-

---

(65) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 553

(66) CALATRONI, J., Terapéutica Ginecológica, p. 708

(67) MONDRAGÓN, Héctor, Op. cit.; p. 226

norrea, leucorrea, hipermenorrea o metrorragia. La torsión de un mioma submucoso pedunculado puede producir dolor agudo recurrente. Los tumores cervicales causan flujo vaginal, hemorragia y dispareunia. Antes o después del embarazo los miomas pueden causar presión y distensión pélvica, polaquiuria, metrorragia, constipación y dismenorrea.

#### COMPLICACIONES

Miomas y embarazo: se presentan los siguientes problemas: aborto, presentaciones viciosas, falta de encajamiento, trabajo de parto prematuro, dolor, distocia, trabajo de parto prolongado y hemorragia en el puerperio.<sup>(68)</sup>

Mujeres no embarazadas: las complicaciones de los miomas son la degeneración benigna y el cambio maligno.

La degeneración benigna puede ser de los siguientes tipos: hialina, quística, calcárea, séptica, carnososa y grasosa.

El cambio maligno habitualmente del tipo leiomiomasarcoma es generativo no degenerativo.

---

(68) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 555

## MUERTE

El tratamiento quirúrgico es curativo, la tasa de mortalidad es muy baja y las complicaciones se refieren a las patologías asociadas. (69)

## PERÍODO PREPATOGENICO

### PREVENCIÓN PRIMARIA

Promoción de la salud:

Ya se dio a conocer que la causa de la formación de los miomas, se desconoce y que los estrógenos estimulan su crecimiento, (70) por lo cual la patología se detecta hasta el inicio de la sintomatología, por lo que se considera importante dar orientación y enseñanza a grupos de mujeres aparentemente sanas, sobre lo que es la Miomatosis Uterina y sus síntomas para obtener la colaboración de las pacientes a la realización de un diagnóstico temprano.

Realizar exámenes médicos periódicos a éstos grupos mencionados.

---

(69) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 228

(70) MONDRAGÓN, Héctor, Op. cit.; p. 223



Es importante la realización del Papanicolaou y hacer promoción de él, para evitar además una asociación con Cáncer.

Valorar concienzudamente la administración de hormonales orales a todo tipo de pacientes.

Proporcionar educación a pacientes y grupos, sobre la frecuencia de la patología en las mujeres mayores de 35 años de edad y a las mujeres menopáusicas a quienes se administran estrógenos en grandes dosis.

#### Protección Específica:

Es importante la realización de visitas domiciliarias a pacientes sospechosas por el inicio de la sintomatología de la Miomatosis Uterina.

Tomar las medidas específicas siguientes, con las pacientes que mediante un estudio o cirugía ajenas al diagnóstico, se descubre el padecimiento:

- Toma de Papanicolaou cada 6 meses.
- El cambio definitivo de los hormonales orales a otro método anticonceptivo.
- Vigilar la presencia de sangrados transvaginales anormales, para evitar el inicio de Anemia.

- Control con el especialista indicado.

Suspender los hormonales orales a las pacientes sospechosas.  
Evitar las grandes dosis de estrógenos en las pacientes menopáusicas.

#### PERÍODO PATOGENICO

##### PREVENCIÓN SECUNDARIA

###### Diagnóstico Temprano:

El diagnóstico de la Miomatosis Uterina se basa fundamentalmente en los datos de la Historia Clínica. (71)

Los miomas se descubren con facilidad mediante la palpación bimanual y sistemática del útero.

La biopsia de endometrio es un recurso necesario en estos casos para descartar la presencia de patología endometrial.

Estudios de laboratorio cuyos hallazgos pueden manifestar anemia como resultado del sangrado uterino anormal, policitemia y leucocitosis entre otras. (72)

---

(71) MONDRAGÓN, Héctor, Op. cit.; p. 226

(72) BENSON, Ralph, Op. cit.; p. 554

Los estudios de gabinete son auxiliares valiosos:

La Histerosalpingografía

La Tomografía Axial Computarizada

La Urografía Excretora<sup>(73)</sup>

La citología cervical se realiza con el objeto de descartar la asociación de miomatosis con cáncer.

Tratamiento Oportuno:

La selección del método más apropiado de tratamiento dependerá de los síntomas, tamaño, localización del tumor, del estado de preservación, edad de la paciente, paridad, embarazo actual, deseo de embarazos ulteriores y salud en general.

El tratamiento quirúrgico es de dos tipos: conservador y definitivo o radical.<sup>(74)</sup>

Asesoramiento preoperatorio: antes de practicar una Histerectomía o una Ooforectomía, se debe justificar y explicar la operación y sus consecuencias sobre la menstruación, climaterio y la líbido, tanto a la paciente como al esposo.

---

(73) DEXEUS, F.S., Op. cit.; p. 829

(74) VARGAS y cols., Op. cit.; p. 42

Si la Histerectomía se ejecuta correctamente y se conservan los ovarios intactos con un buen riego sanguíneo, no existe riesgo de una menopausia precoz.

Medidas de Urgencia: en ocasiones es necesario la aplicación de transfusiones para corregir la anemia. La intervención quirúrgica está indicada en los casos de torsión aguda de un mioma pedunculado, o de obstrucción intestinal causada por un tumor pedunculado o parásito. (75)

#### Limitación del Daño:

En las pacientes que deseen conservar su fertilidad y que sean portadoras de miomas subserosos o intramurales, generalmente únicos o en poca cantidad y fácilmente extirpables mediante una sola incisión, se practica la miomectomía.

El tratamiento quirúrgico definitivo o radical, consiste en practicar la histerectomía abdominal total.

Es importante tener presente que el manejo exagerado de las vísceras abdominales, acompañado de falta de movilización temprana y un probable desequilibrio hidroelectrolítico provoca

---

(75) BENSON, Ralph., Op. cit.; p. 557

ileo-paralítico, por lo que se hace importante, tomar medidas para evitar éste tipo de problemas, al igual que las complicaciones infecciosas.

La educación y motivación de la paciente es esencial, ya que en la Histerectomía Total Abdominal, se extirpa un órgano de gran importancia para la reproducción y complementario para la integración psicobiológica de la mujer, con un gran significado desde el punto de vista emocional, conyugal y social.<sup>(76)</sup>

#### PREVENCIÓN TERCIARIA

##### Rehabilitación:

Proporcionar educación a la paciente en lo que respecta al aspecto laboral, ya que ella puede continuar realizando su trabajo normalmente.

La educación a la familia se realiza, para la colaboración y apoyo hacia la paciente, en lo referente a la falta de embarazos subsecuentes.

Proporcionar psicoterapia para la paciente que se siente mutilada.

---

(76) AHUED, y cols., Op. cit.; p. 175

Psicoterapia a la pareja para obtener la cooperación de ambos en las relaciones sexuales.

Explicar a la paciente y al esposo lo referente a la menstruación, el climaterio y la libido, después de la histerectomía total abdominal.

#### ASPECTO CLÍNICO Y TERAPÉUTICOS DE LA MIOMATOSIS UTERINA

Se efectúa un estudio estadístico de 148 pacientes que presentaron Miomatosis Uterina, operadas en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 (H.G.R.C.M.F. No. 1), de la ciudad de Morelia, Mich., en el año de 1991. Los casos fueron tomados del Departamento de Estadística de la Unidad, analizándose la edad de las pacientes y el tratamiento quirúrgico realizado.

#### FRECUENCIA DE MIOMATOSIS UTERINA POR GRUPO ETARIO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL H.G.R.C.M.F. No. 1 DE MORELIA, MICH.

AÑO: 1991

Cuadro no. 1

EDAD	CASOS	POR CIENTO
21-30	12	8.11
31-40	52	35.13
41-50	76	51.35
51-60	8	5.41
	148	100.00

Fuente: FORMA 4-30-27 H.G.R.C.M.F. No. 1  
Morelia, Mich., I.M.S.S.

TRATAMIENTO QUIRURGICO EMPLEADO EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA EN EL H.G.R.C.M.F. No. 1 DE MORELIA, MICH.

AÑO: 1991

Cuadro No. II

TIPO	CASOS	POR CIENTO
H.T.A. sin S.O.B.	132	89.18
H.T.A. + S.O.B.	11	7.43
H.T.A. + CESAREA	2	1.35
MIOECTOMIA	1	.68
LAP. EXPL. + H.T.A. + S.O.B. Unilateral	1	.68
H.T.A. + COLPOPERINEOPLASTIA	1	.68
	148	100.00

Fuente: FORMA 4-30-27 del H.G.R.C.M.F. No. 1 de Morelia, Mich., I.M.S.S.

El cuadro I nos indica que la mayor parte de las pacientes con diagnóstico de Miomatosis Uterina presentada en el HGRCMF No. 1 de Morelia, Mich., tenían entre 31 y 51 años, 86.48% y sólo 8 eran mayores de 50 años, 5.41%.

Al analizar el cuadro II, observamos que el tratamiento quirúrgico realizado en 132 pacientes, se practicó la Histerectomía Total Abdominal sin salpingooferectomía lo que representa un 89.18% y únicamente a 11 pacientes se realizó Histerectomía Total Abdominal más salpingooferectomía, lo que significa un 7.43% de los casos tratados.

## II. HISTORIA CLÍNICA

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: M.G.E.  
SERVICIO: Ginecología  
ESTADO CIVIL: Casada  
DOMICILIO: Lago de Chapala No.63, Col. V.P.,  
Morelia, Mich.  
LUGAR DE PROCEDENCIA: Morelia, Mich.  
ESCOLARIDAD: Secundaria  
OCUPACIÓN: Labores del hogar  
PERSONA RESPONSABLE: J.M.C. (Esposo)  
CÉDULA: 53-72-54-1095  
CANA: 602  
EDAD: 38 años.

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

MADRE: Viva, le realizaron Histerectomía Total Abdominal,  
ignora la causa.  
PADRE: Vivo, con Diabetes Mellitus controlada.  
HERMANOS: Sanos aparentemente.  
HIJOS: Sanos.  
ESPOSO: Sano.



**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

Casa-habitación tipo urbano, la cual cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, son seis habitaciones, una cocina, una sala-comedor, dos baños completos y habitan cuatro personas, no hacinamiento ni promiscuidad.

**HÁBITOS HIGIÉNICOS:** Baño diario con cambio de ropa total, lavado de manos antes de preparar e ingerir los alimentos y después de ir al baño, aseo bucal tres veces al día.

**HÁBITOS ALIMENTICIOS:** Come carne tres veces por semana, verduras y frutas diariamente, leche dos vasos diarios, huevos uno diariamente, el agua la consume hervida.

**INGRESO FAMILIAR:** El salario del esposo, es Licenciado.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

Refiere haber padecido Sarampión a los 6 años de edad, no cuadros gripales, faringitis con los cambios de clima.

Niega antecedentes traumáticos, transfusionales y alérgicos, antecedentes quirúrgicos: apendicectomía a los 11 años y colpo perineoplastia a los 37 años de edad.

**TOXICOMANIAS:** No fuma, la ingestión de bebidas alcohólicas es ocasional.

CUADRO DE INMUNIZACIONES: Completo.

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

Menarca a los 11 años; con ritmo de 28 x 4, no dismenorrea ni otras molestias, telarca y pubarca a los 12 años.

V.S.A. a los 18 años, compañero sexual; uno

GESTA: 6 ABORTOS: 2

PARA: 4 CESAREA: 0

FECHA DE LOS PARTOS:

1. 3-IV-1973; Parto eutócico P.U.V.I., de 3,500 Kg. de peso
2. 18- V-1975; Parto eutócico P.U.V.I., de 2,900 Kg. de peso
3. 30-IV-1980; Parto eutócico P.U.V.I., de 4,000 Kg. de peso  
el cual fallece por mala atención del parto.
4. 11-IV-1981; Parto eutócico P.U.V.I., de 4,000 Kg. de peso

FECHA DE LOS ABORTOS:

1. A los dos meses de gestación en 1974
2. Al mes y medio de gestación en 1979

F.U.P.; 11 de Abril de 1981

F.U.M.; 19 de Abril de 1992

Uso de método anticonceptivo; el Dispositivo intrauterino durante cuatro años de 1975 a 1979.

Fecha de última citología vaginal; 16 de enero de 1992  
Niega leucorrea.

#### PADECIMIENTO ACTUAL

La paciente inició con presencia de sangrados anormales en Agosto de 1991 del tipo hiperpolimenorrea en ésta fecha el Eco sonograma pélvico, muestra un útero hipertrófico, se manejó con tres ciclos de clormadinona, con respuesta negativa, en el mes de Octubre el resultado de la hemoglobina fue de 10.1 g/dl, por lo que se indica Hierro oral el cual no fue tolerado por la paciente, pues refiere haber presentado síntomas de gastritis, por lo que se cambió a la vía intramuscular. Continuó en la consulta externa con el Ginecólogo, quien inició protocolo de estudios.

EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL: Ingresa paciente del sexo femenino al servicio de Ginecología, conciente, bien orientada, afebril, con sangrado transvaginal anormal en poca cantidad de color rojo oscuro, presenta dolor abdominal a la palpación, palidez importante de tegumentos, signos vitales; temperatura 37°C, Pulso 80 X', respiraciones 21 X', presión arterial 120/80.

#### EXPLORACION FÍSICA

Paciente femenina, con edad aparente a la cronológica, un poco

aprensiva, que coopera al interrogatorio, íntegra, bien conformada, con marcha normal, facies no característica, sin movimientos anormales.

De estado socio-económico: medio.

Signos vitales: temperatura 37°C, pulso 80 X', respiración 21 X', Presión arterial 120/80 mm. Hg.

CABEZA: Normocéfala, pelo bien implantado, sin exoftalmos, pupilas isocóricas, normoreflécticas, resto normal.

CUELLO: Cilíndrico, sin presencia de ingurgitaciones yugulares, pulso carotídeo presente y normal, no palpo adenomegalias, no ganglios crecidos, movimientos rotatorios presentes.

TORAX: Ruidos cardiorespiratorios de buena intensidad y frecuencia, no se auscultan fenómenos agregados.

ABDOMEN: Blando depresible con dolor a la palpación en hipogástrio, ruidos peristálticos presentes y normales.

COLUMNA VERTEBRAL: No palpo puntos dolorosos, arcos de movilidad normales y presentes.

EXTREMIDADES INFERIORES Y SUPERIORES: No datos de edema, resto normal.

GENITALES: Propios de su edad y sexo, con presencia de sangrado transvaginal en poca cantidad de color rojo obscuro, no fétido.

**EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE**

Bimetría hemática completa:

Hemoglobina de 10.1 g./dl.

Hematócrito de 33 ml./dl.

Concentración media de hemoglobina 31%

Leucocitos 5800 mm.<sup>3</sup>

Química sanguínea:

Glucosa de 88 mg./dl.

Urea 30 mg./dl.

Creatinina de 0.7 mg./dl.

Tiempo de tromboplastina parcial 34"/34"

Tiempo de protrombina 12"/11.5"

Exámen general de orina:

Ph de 5

Hemoglobina tiras

Cilindros 0-1 por campo

Leucocituria 12 a 15 por campo

Grupo "A", Rh positivo

Resultado de Patología de biopsia endometrial:

Diagnóstico clínico: sangrado anormal transvaginal

Descripción microscópica: Se reciben varios fragmentos de te

jido blando rojizos, los que tienen aspecto de coágulos sanguíneos, en conjunto miden 2.5 X 1.4 cm.

Diagnóstico: Coágulos y escasas células epiteliales, microscópicamente benignas.

Citología Vaginal:

Diagnóstico clínico: Sangrado transvaginal anormal.

Especimen recibido: Citología vaginal.

Diagnóstico: Negativo a malignidad.

Exudado y cultivo cervicovaginal:

Escasos leucocitos.

Cándida negativa.

Trichomonas negativas.

Ultrasonido pélvico:

Se observa útero aumentado de tamaño, con presencia de lobulaciones hacia el fondo, midiendo la mayor 43 mm. y otra adyacente de 13 mm. compatibles con miomas uterinos, el tamaño del útero está como sigue: mide 101 mm., anexo derecho mide 51 X 27 mm. y el izquierdo 51 X 33 mm. con imágenes anecoicas en su interior.

Conclusión: Crecimiento uterino secundario a miomatosis miomas subserosos.

**Tele de tórax:**

No se aprecian alteraciones óseas, no alteraciones de la silueta cardíaca, no se presentan imágenes de hiperclaridad ni condensación que nos indique tumoración anormal o cavernosa.

Electrocardiograma: Normal.

**TERAPÉUTICA EMPLEADA**

1. Trimetropin con sulfametoxazol dos tabletas cada 12 hs. ' por diez días.
2. Hierro parenteral; el primer día medio ml., el tercer día 1 ml. y después 2 ml. intramuscular cada tercer día por ' seis meses.
3. Clormadinona tres ciclos; una tableta diariamente por 21' días, esperar el sangrado menstrual y al quinto día ini--ciar con el ciclo siguiente.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Paciente femenina de 38 años de edad, eutrófica, con palidez ' importante de tegumentos, íntegra, orientada en sus tres esfe ras, en buenas condiciones de higiene, niega toxicomanías, de estado socio-económico medio, presenta cicatriz por incisión' de la apendicectomía practicada a los 11 años de edad y le ' realizaron colpoperineoplastia hace 10 meses.

La paciente tiene antecedentes heredofamiliares de Diabetes Mellitus por su padre, es portadora de Anemia probable hipoferrémica secundaria a los sangrados transvaginales anormales presentados desde Agosto de 1991, por lo que recibe tratamiento de hierro oral, al que presenta intolerancia, manifestada por síntomas gastrointestinales; dolor epigástrico, náuseas, agruras, la paciente se encuentra pálida, con mucosas orales regularmente hidratadas, sangrado transvaginal anormal en poca cantidad de color rojo oscuro, no fétido, un poco aprensiva y nerviosa por su próxima cirugía.

#### RESULTADO HISTOPATOLÓGICO POST-OPERATORIO

El útero enviado presenta miomas con haces arremolinados de fibras musculares lisas mezcladas en menor grado con fibras colágenas bien circunscritas sin cápsula y los vasos sanguíneos en su interior, presentan paredes gruesas por hialinización.



### III. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

#### Objetivos.

- Valorar las condiciones físicas de la paciente en lo relacionado al estado nutricional, deshidratación y patología asociada, para evitar complicaciones previsibles y por consiguiente un período post-operatorio más prolongado.
- Cubrir las necesidades físicas, psicológicas, terapéuticas y educativas individuales de la paciente
- Ayudar a la paciente en el post-operatorio, a normalizar sus funciones en la manera más rápida, segura y cómoda posible.

#### PERÍODO PRE-OPERATORIO

##### PROBLEMA REAL

Hiperpolimenorrea

##### MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA.

- Aumento considerable en la cantidad del sangrado menstrual
- Aumento en el tiempo de duración del sangrado
- Dolor abdominal
- Deterioro del estado general

##### FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

El sangrado anormal, constituye la manifestación

clínica más importante de los miomas, y este por lo general se manifiesta por la presencia de hiperpolimenorrea. Los mecanismos por los cuales el mioma produce sangrado excesivo, no han sido dilucidados, pero la sugerencia más común considera que se debe al aumento en la superficie endometrial y a la desorganización de la contractilidad normal del miometrio, circulando mayor sangre a través de las arterias radiales. La dismenorrea es ocasionada por la presencia de la contractilidad uterina aumentada, las molestias del deterioro al estado general en la paciente, son factores que acompañan la pérdida sanguínea. (77)

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA.

Cambiar toalla sanitaria cuantas veces sea necesario

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO.

La descarga menstrual está compuesta por sangre mezclada con líquido, secreciones, cervicales y vaginales, bacterias, moco, leucocitos y desechos celulares parcialmente autolizados, el cambio de toalla sanitaria cuantas veces sea necesario es im-

---

(77) MONDRAGÓN, Héctor, Op. Cit., p. 117

portante para disminuir las posibilidades de infección ascendente, desde genitales externos al útero.

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Valorar la cantidad del sangrado transvaginal.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Normalmente el sangrado trasvaginal menstrual se controla por vasospasmo de las arterias basales rectas, lo que da por resultado necrosis por coagulación.<sup>(78)</sup> La patología presentada en la paciente, nos da como resultado un sangrado en exceso durante la menstruación, el cual puede continuar ligeramente por varios días posteriormente, debido a la cicatrización endometrial incompleta en la superficie del tumor. El sangrado iterativo asociado con los miomas, produce anemia finalmente.<sup>(79)</sup>

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA.

Valorar características del sangrado transvaginal.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La descarga menstrual es de color rojo oscuro y tiene olor

---

(78) OLDS, S.B., Enfermería Materno-infantil, p. 108

(79) MONDRAGÓN, Héctor, Op. Cit., p. 120

característico. Es resultado de necrosis tisular fisiológica causada por isquemia y anoxia del endometrio. El olor fétido del sangrado uterino anormal o de las almohadillas perineales sugiere infección y necesidad de valores la situación con prontitud. (80)

#### PROBLEMA REAL

Gastritis aguda

#### MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

- Dolor en epigástrico
- Náuseas
- Agruras
- Hipo

#### FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

La mucosa gástrica se vuelve edematosa e hiperémica, sufre erosión superficial y secreta una cantidad mínima de jugo gástrico que contiene muy poco ácido pero abundante moco. Los efectos gastrointestinales presentes en la paciente, son secundarios a la ingestión del Sulfato Ferroso, indicado por el Médico para corregir la Anemia.

---

(80) OLDS, S.B., OP. cit., p. 1028

**ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

Ministrar Gel de Hidróxido de Aluminio y Magnesio 30 ml. cada cuatro horas.

**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**

Los antiácidos gástricos son bases débiles que reaccionan con el ácido clorhídrico para formar una sal y agua. Su utilidad en la gastritis recae en su capacidad para reducir la acidez gástrica, y ya que la pepsina es inactivada en soluciones con Ph mayor de 4, reduce la actividad péptica. Después de una comida, el ácido gástrico se produce a velocidad aproximada de 45 mEq./h. <sup>(81)</sup> Los antiácidos abandonan el estómago con rapidéz, por lo que son necesarias dosis frecuentes.

**ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

Solicitar dieta blanda.

**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**

Se ha inducido a las pacientes a ingerir la dieta carente de irritantes como; café, chile y condimentos especialmente pimienta y mostaza con el objeto de impedir secreción excesiva'

---

(81) BERTRAM, G., Farmacología Básica y Clínica, p. 801.

de ácido clorhídrico en el tubo digestivo.

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Recomendar a la paciente que mastique bien los alimentos.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Los músculos del estómago están debilitados por lo que es importante la ingestión de alimentos de fácil digestión y bien masticados, evitando así la hipermovilidad gástrica. (82)

#### EVALUACIÓN

El dolor gástrico cede un poco con la ministración del antiácido. Se sugiere al médico tratante la valoración de la paciente, por lo que se cambió la vía de administración del hie<sup>r</sup>ro a la intramuscular y finalmente la paciente alivia su sín<sup>o</sup>matología gástrica.

#### PROBLEMA REAL

Anemia.

#### MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

- Palidez de tegumentos

---

(82) SHOLTIS, L., Enfermería Médico Quirúrgica, p. 774.

- Fatiga
- Cefalalgia
- Disminución de la capacidad para la actividad física.

#### FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

La anemia por deficiencia de hierro presentada en la paciente representa el efecto combinado de la pérdida crónica de sangre transvaginal, así como también el resultado de una dieta mal balanceada, ya que las dietas altas en cereales y bajas en proteínas animales y en vegetales verdes, son malas fuentes de hierro. (83)

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Verificar que la dieta es hiperprotéica.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

El Hierro está disponible en una gran diversidad de alimentos pero es especialmente abundante en las proteínas animales y su absorción se efectúa con mayor eficacia, ya que el hierro del grupo hem en la hemoglobina y mioglobina de la carne puede absorberse sin sufrir transformaciones.

---

(83) HARRISON, S., Medicina Interna, p. 108.

## ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Aplicar Hierro Dextrán intramuscular.

## FUNDAMENTO CIENTÍFICO

El Hierro Dextrán es un complejo estable de hidróxido férrico y dextrán de bajo peso molecular, forma el núcleo del grupo 'hem, un anillo de hierro-porfirina el cual al combinarse ' con las cadenas de globina adecuadas forma la proteína hemo--globina en donde se encuentra alrededor del 70% del contenido corporal total del hierro. La absorción del hierro se lleva ' a cabo en el duodeno y en el yeyuno proximal, no hay ningún ' mecanismo de excreción del hierro, pequeñas cantidades de éste elemento se pierden por exfoliación de las células de la ' mucosa intestinal en las heces y trazas de éste mismo elemento se excretan en la bilis, orina y sudor. La cantidad total de hierro por vía parenteral que se requiere para corregir la anemia por deficiencia del elemento y abastecer las reservas ' del mismo en la paciente, serían dos gramos aproximadamente. (84)

## ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Tomar muestra de sangre para tipificación y pruebas cruzadas'

---

(84) BERTRAM, G., OP. cit., p. 702.



para tener sangre disponible.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

El hospital cuenta con procedimientos formales para la transfusión de sangre, con el objeto de asegurar las precauciones adecuadas y evitar que se administre el tipo incorrecto a la paciente. Tipificación y detección sistemática; es posible tipificar los antígenos eritrocitarios que hayan sido previamente definidos mediante antisueros específicos. Al analizar la sangre de un paciente que va a recibir una transfusión, se comprueban los antígenos ABO. En general se transfunden hematíes que sean compatibles con los antígenos ABO del receptor. Pruebas cruzadas; los métodos de pruebas cruzadas principales analizan la presencia de anticuerpos dirigidos contra los hematíes del donante en el suero del paciente. Los anticuerpos se detectan gracias a su capacidad para aglutinar directamente los hematíes en suero salino o en una solución con elevada concentración de macromoléculas, como puede ser la albúmina, y por su capacidad para producir dicha aglutinación tras la incubación con Globulina humana.<sup>(85)</sup> Es importante la disposición de sangre para el acto quirúrgico.

---

(85) HARRISON, S., OP. cit., p. 998.

## EVALUACIÓN

La anemia no fue corregida mediante el tratamiento con el hierro dextrán, la cifra de hemoglobina en sangre, aumentó mínimamente; de 10.1 a 10.4 gr./dl., por lo que el Ginecólogo decide intervenir a la paciente quirúrgicamente y transfundir en el trans-operatorio.

## PROBLEMA REAL

Aprensión.

## MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

- Miedo a la anestesia y a la cirugía
- Temor a sentirse mutilada
- Miedo al dolor durante la cirugía
- Temor a un futuro de no poder responder como pareja sexual normal.

## FUNDAMENTO CIENTÍFICO

El temor a la muerte y a lo desconocido, es una reacción del ser humano ante un peligro inminente. El miedo a la cirugía y a la anestesia, se genera por la falta de conocimiento acerca de estas intervenciones, lo que condiciona el temor a los riesgos presentados durante y después de su realización, to--

mando en consideración que la histerectomía total abdominal es una intervención quirúrgica mutiladora, en la que se extirpa un órgano de gran importancia para la reproducción y complementario para la integración psicobiológica de la mujer y con un gran significado desde el punto de vista emocional, conyugal y social, <sup>(86)</sup> se hace imprescindible conservar siempre la comunicación enfermera-paciente, aclarando las dudas y explicando procedimientos a realizar.

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Valorar la causa del temor que experimenta la paciente a la anestesia.

La facilidad con que la paciente acepta la anestesia, es atribuible a la preparación física y mental que recibe. Una mala preparación nos da como resultado un período difícil de inducción, seguido de un período molesto de recuperación.

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Calmar la intranquilidad de la paciente, con respecto al dolor durante la cirugía.

---

(86) AHUED, y cols., OP. cit., p. 175.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La paciente necesita ser tranquilizada, explicando que el anestesista estará constantemente alerta para resolver los problemas que se puedan presentar con la anestesia. El establecimiento de confianza entre paciente y enfermera, aunado al tacto por parte de ella, pueden hacer que aquélla comprenda que su temor es exagerado, y que no sentirá dolor mientras el cirujano se encuentra realizando las técnicas quirúrgicas.<sup>(87)</sup>

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Educación para la salud en lo referente a las consecuencias de la histerectomía total abdominal, sobre la menstruación, el climaterio y la libido.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La histerectomía total abdominal está indicada para eliminar los grandes tumores, pero ésta es valorada también en la edad reproductiva, por lo cual siempre que sea posible se conservará el útero, por lo tanto se explicará a la paciente la consecuencia de la operación, en cuanto a futuros embarazos. La cirugía es curativa, si la histerectomía se ejecuta correcta-

---

(87) BRUNNER, L., OP. cit., p. 106.

mente y se conservan los ovarios intactos con un buen riego sanguíneo, no existe riesgo de una menopausia precoz. (88)

#### EVALUACIÓN

Los tumores y ansiedades que presentaba la paciente disminuyen, se torna confiada y coopera satisfactoriamente a las indicaciones proporcionadas, no se presentan complicaciones transoperatorias en relación al problema.

#### PERÍODO TRANSOPERATORIO

##### PROBLEMA POTENCIAL

Pérdida de sangre en el acto quirúrgico

##### MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

- Hipovolemia
- Taquicardia
- Hipertensión arterial
- Palidéz, cianosis, piel húmeda y fría
- Confusión mental

##### FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

La hipovolemia produce disminución del retorno venoso hacia

---

(88) BENSON, Ralph., OP., cit., p. 557.

mente y se conservan los ovarios intactos con un buen riego sanguíneo, no existe riesgo de una menopausia precoz. (88)

#### EVALUACIÓN

Los tumores y ansiedades que presentaba la paciente disminuyen, se torna confiada y coopera satisfactoriamente a las indicaciones proporcionadas, no se presentan complicaciones transoperatorias en relación al problema.

#### PERÍODO TRANSOPERATORIO

#### PROBLEMA POTENCIAL

Pérdida de sangre en el acto quirúrgico

#### MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

- Hipovolemia
- Taquicardia
- Hipertensión arterial
- Palidez, cianosis, piel húmeda y fría
- Confusión mental

#### FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

La hipovolemia produce disminución del retorno venoso hacia

---

(88) BENSON, Ralph., OP., cit., p. 557.

el corazón y disminución subsecuente del gasto cardiaco; la disminución del gasto cardiaco inicia reacción simpática y suprarrenal que culmina en aumento de la resistencia periférica y taquicardia, con objeto de conservar el riego tisular suficiente; la disminución del caudal sanguíneo hacia el riñón es timula al aparato yuxtaglomerular para que libere hormonas, esto culmina en retención de iones de sodio y agua (mecanismo para incrementar el volumen sanguíneo y la resorción de agua por los túbulos, lo que aumenta el volumen intravascular. Las células no reciben oxígeno o nutrientes suficientes a causa de vasoconstricción venular y arteriolar (producido por aumento de las catecolaminas)<sup>(89)</sup>

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Valorar signos de Shock por disminución del volumen sanguíneo

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La liberación de catecolaminas y cortisol durante el choque estimula también la liberación de ácidos grasos para la producción de energía; al metabolizarse los ácidos grasos aumentan las cetonas; las cetonas se oxidan normalmente en el hígado, pero el hígado que tiene deficiencia del riego sanguíneo no

---

(89) OLDS, S.B., OP. cit., p. 645.

puede hacerlo. (90)

1. Medir la frecuencia cardiaca.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Los signos hemodinámicos más precoces de la disminución del gasto cardiaco con la taquicardia y la disminución de la presión del pulso arterial. La reducción relativamente pequeña del gasto cardiaco y de la presión arterial estimularán de forma refleja el sistema simpaticoadrenérgico, con tendencia a restaurar la presión sistemática mediante el aumento de la frecuencia cardiaca, de la contractilidad y de la resistencia sistémica.

2. Comparar la presión arterial actual con la presión arterial basal de la paciente.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Previamente a que la presión sistólica descienda en forma significativa puede sospecharse la reducción del gasto cardiaco por la disminución de la presión del pulso. Con reducciones más graves del gasto cardiaco, la presión arterial disminuirá a pesar de los mecanismo compensadores. (91)

---

(90) IBIDEM, Enfermería Materno-infantil, p. 646

(91) HARRISON, S., Op. cit., p. 428.



3. Valorar la presencia de palidez y cianosis.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La piel refleja el grado de vasoconstricción y la palidez depende de ella. Al disminuir el gasto cardiaco, la disfunción progresiva del ventriculo izquierdo, ocasiona también un aumento de la estasis venosa pulmonar e hipoxemia, lo que reduce todavía más el aporte disponible de oxígeno en los tejidos

4. Valorar la humedad y frialdad de la piel.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La piel fría y húmeda indica una reducción del flujo cutáneo. Así pues la temperatura cutánea refleja la intensidad de la descarga simpaticoadrenérgica durante el shock.

5. Vigilar la confusión mental.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La disminución de la presión de perfusión y del flujo sanguíneo cerebral se reflejará por confusión mental. En las primeras fases del shock, se manifestará por inquietud, agitación y confusión. Si se produce una nueva reducción de la perfusión cerebral, aparecerán letargia y obnubilación.

## ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Control hemodinámico del shock.

## FUNDAMENTO CIENTÍFICO

El control hemodinámico de la causa del shock, es de gran importancia y utilidad no sólo para establecer el mecanismo fisiopatológico causante o perpetuador del síndrome del shock, sino también para la rápida valoración de la eficacia del tratamiento.

1. Insertar un catéter en la vena cava superior,  
Medir la Presión Venosa Central.

## FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Dado que la presión venosa central está determinada no sólo por el volumen de sangre, sino también por el tono venomotor y por la compliancia ventricular derecha, el aumento o disminución de la P.V.C. puede deberse a las variaciones de la resistencia venosa o la función ventricular derecha, así como las modificaciones del volumen intravascular absoluto, la utilidad de la P.V.C. como índice de la presión de llenado ventricular izquierdo se limita a situaciones en las que la función ventricular y la resistencia vascular pulmonar son normales.

2. Tomar muestra de sangre para Gasometría.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La acidosis y la hipoxia son consecuencias frecuentes de los estados de shock y producen nuevas alteraciones cardiovasculares e isquemia hística, por lo que su rápido diagnóstico y corrección son esenciales para prevenir el shock progresivo. Para ello es necesario valorar con frecuencia los gases y el Ph de la sangre arterial.

3. Establecer una vía aérea suficiente y una ventilación eficaz.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Si la función respiratoria está gravemente comprometida, será necesario llevar a cabo una intubación endotraqueal con ventilación mecánica.

4. Establecer la reposición inmediata y rápida de volumen.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

El tipo y cantidad de líquido utilizado en el tratamiento del shock dependerá de la situación clínica concreta. Por ejemplo cuando es evidente la pérdida de sangre, la medida más eficaz es la administración de sangre completa o concentrados de he-

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

matíes para restablecer la presión y la perfusión hística.

También se aplicarán coloides y cristaloides, entre los que ' figuran las soluciones salinas isotónicas y el lactato de Rin ger, las que se distribuyen en el espacio extracelular, el ' 25% de las cuales es volumen plasmático.<sup>(92)</sup> La hipotensión arterial es resultado de disminución del volumen sanguíneo.

#### EVALUACIÓN

Se corrige la pérdida de sangre mediante transfusiones, la hi potensión se estabiliza 45' después de terminada la operación quirúrgica.

#### PERÍODO POST-OPERATORIO

#### PROBLEMA REAL

Efecto residual de la anestesia.

#### MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

- Somnolencia
- Hipotensión arterial

---

(92) IBIDEM, Medicina Interna, p. 429.

### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Los agentes anestésicos regionales bloquean la conducción de los impulsos nerviosos desde la periferia hasta el Sistema Nervioso Central, de acuerdo a su mecanismo de acción, se cree que estos agentes no permiten que entren iones de sodio en la célula y, por lo tanto, previenen la despolarización. La membrana neuronal se estabiliza en su estado de reposo, de modo que no se transmiten los impulsos nerviosos desde el sitio en que se origina el dolor, la absorción de los anestésicos locales, depende primordialmente de la vascularidad de la región en que se inyecta. Estos agentes del tipo amídico (lidocaína) son más poderosos y de acción más prolongada.<sup>(93)</sup>

### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Instituir medidas terapéuticas para la hipotensión.

### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Las reacciones a los agentes anestésicos locales, varían entre síntomas leves y colapso cardiovascular. Las reacciones leves consisten en palpitaciones, vértigos, zumbidos, aprensión, confusión, cefalalgia. Las reacciones moderadas consisten en grados más intensos de los síntomas leves, además de

---

(93) OLDS, S.B., Op. cit., p. 584

náuseas, vómito e hipotensión arterial. Las reacciones tóxicas ocurren más a menudo con las dosis excesivas, consideradas como gran concentración o gran volumen.

1. Colocar a la paciente con la cabeza plana y los pies elevados de la cama.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La fuerza de gravedad incrementa el llenado venoso del corazón y el volumen sanguíneo pulmonar; como resultado se incrementan el volumen por concentración y el gasto cardiaco con aumento de la presión arterial.

2. Incrementar la administración de líquidos por vía intravenosa.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

En enfermos que precisan una reposición de volumen, la combinación de coloides y cristaloides, cubrirá la pérdida de líquido intersticial y conseguirá aumentar el volumen.<sup>(94)</sup>

3. Valorar el estado de conciencia.

---

(94) IBIDEM, Enfermería Maternoinfantil, p. 591

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

El nivel de conciencia debe progresar hasta el estado de alerta, cualquier falla debe estudiarse en cuanto a sus posibles causas. El estado de conciencia está indicado por la reaparición de reflejos como el tusígeno, el náuseoso, parpadeo y deglución.

4. Valorar los signos vitales cada 15 min. hasta que se estabilicen.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Los signos vitales pueden variar como reacción a las medicaciones o los anésticos. La hipotensión indica, falta de compensación en el sistema circulatorio.

#### EVALUACIÓN

La hipotensión arterial estaba en 80/40 mm Hg. y finalmente asciende a 110/80 mmHg. La paciente se encuentra conciente bien orientada, refiere la presencia de vértigos al incorporarse.

#### PROBLEMA REAL

Herida quirúrgica

#### MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

- Refiere dolor en el sitio de la incisión
- Facies de dolor

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Los componentes principales del dolor son los siguientes: ' a) percepción al estímulo, b) conducción de la sensación al ' Sistema Nervioso Central y c) reacción de la paciente al dolor. Se considera que el dolor durante las primeras 24 hs. ' posoperatorias, es debido a la incisión, la separación de los tejidos y las suturas que entraña la operación. (95)

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Verificar los signos vitales antes de la medicación.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Es importante identificar los signos vitales con respecto a ' su normalidad ya que las medicaciones contra el dolor, pueden disminuir la presión arterial.

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Valorar el dolor con respecto a su origen.

---

(95) BRUNNER, Op. cit., p. 108



#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

El origen del dolor puede ser en algunos casos independiente a la incisión, por lo que es importante la valoración de éste con la presencia de los accesos de tos, los movimientos respiratorios, el vendaje abdominal y la presencia de gases.

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Ministrar 2 gr. de dimetil-pirazolona intravenosa.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La dipirona es un compuesto con acciones analgésicas, aunque este es muy eficaz, produce efectos secundarios; exantemas, vértigos, temblores, sudoración e hipotensión arterial, puede originar también granulocitosis mortal. Mecanismo de acción; produce analgesia por mecanismos tanto centrales como periféricos. las pirazolonas interfieren con la percepción del dolor centralmente, actuando a nivel del hipotálamo, como la corteza no es afectada por la pirazolona, las dosis analgésicas no producen ni trastornos mentales ni somnolencia. Estos agentes alteran la percepción del dolor periféricamente al interferir con el ingreso del estímulo a las terminaciones nerviosas periféricas. (96)

---

(96) CRAIG, Charles, Farmacología Médica, p. 582

**ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

Inspeccionar el sitio de la incisión.

**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**

Se facilita la cicatrización de la incisión al evitar la ocurrencia de proceso infeccioso, la inspección se hará en busca de enrojecimiento, tumefacción, drenaje, moretones y separación de los tejidos. (97)

**ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

Ministrar un gramo de Ampicilina intravenosa.

**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**

La ampicilina tiene actividad microbiana, es estable en medio ácido y se absorbe bien después de su administración. La inyección intravenosa de un gramo de concentraciones plasmáticas máximas de unos 10  $\mu$ g./ml., una hora después declina exponencialmente con un tiempo medio de aproximadamente 80 min. El 80% de una dosis intravenosa de 500 mg. se elimina por la orina en ese tiempo la ampicilina aparece en la bilis, experimenta circulación enterohepática y se excreta en cantidades

---

(97) OLDS, S.B., Op. cit., p. 686

apreciables por las heces. (98)

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Retirar el material de sutura.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Es importante valorar la integridad de la línea de sutura para evitar dehiscencia de la herida quirúrgica después de la extracción de las suturas. La eliminación del material utilizado para la unión entre sí de los bordes de la herida quirúrgica, es necesaria eliminando sustancias que pueden actuar como cuerpo extraño en los tejidos y promover la continuidad del proceso de cicatrización. (99)

#### EVALUACIÓN

La herida quirúrgica se encuentra limpia, sin presentar signos de infección, la cicatrización es satisfactoria, se retiraron los hilos de la sutura previa valoración de la integridad de la línea de sutura.

#### PROBLEMA REAL

Funcionamiento intestinal disminuído.

---

(98) GOODMAN y Gilman, Bases Farmacológicas de la Terapéutica  
p. 1079

(99) WIECK, L. Op. cit., p. 657

#### MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

- Estreñimiento
- Distensión abdominal
- Dolor abdominal

#### FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Las causas de estreñimiento después de la operación, pueden ser poco o muy graves. La irritación y el traumatismo del intestino durante la operación, pueden inhibir el movimiento intestinal durante 24 a 36 horas, lo que depende del tipo de la extensión de la operación.

Aun cuando no se haya administrado sustancia alguna por la boca, el aire deglutido y las secreciones gastrointestinales entran en el estómago y los intestinos, y si no son impulsados por la actividad peristáltica, se reúnen en las asas intestinales y las distienden. (100)

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Auscultar ruidos intestinales

---

(100) BRUNNER, L., Op. cit., p. 112

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

No se producen ruidos intestinales durante 24 a 36 hs., como resultado de la medicación anestésica, contra el dolor y por irritación intestinal.

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Efectuar ambulación asistida progresiva después de 24 hs. posoperatorias.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La ambulación temprana, fomenta la reaparición del funcionamiento intestinal, así como la primera evacuación, después de la operación. Por lo general la función peristáltica, se recupera al segundo día posterior a la deambulación, considerando también la ingesta de los alimentos. (101)

#### EVALUACIÓN

La deambulación temprana favorece la canalización de gases, disminuyendo las molestias abdominales, se presenta la primera evacuación intestinal sin problemas, desaparece el dolor abdominal.

---

(101) OLDS, S.B., Op. cit., p. 687

## PROBLEMA POTENCIAL

Diabetes Mellitus como antecedente heredo familiar.

## MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA

Asintomática

## FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La Diabetes Mellitus es un trastorno endócrino del metabolismo de los carbohidratos, resultante de la producción o utilización insuficientes de la insulina. Se caracteriza por hiperglucemia y glucosuria. La insulina es un agente hipoglucémico poderoso producido normalmente por las células Beta de los islotes de Langerhans en el páncreas. Disminuye las concentraciones sanguíneas de glucosa al permitir que ésta pase desde la sangre hacia las células musculares y tejido adiposo. Con cantidad insuficiente de insulina no puede entrar glucosa en las células, sino que queda fuera de ellas. Las células del cuerpo experimentan agotamiento de la energía al tiempo que se conserva elevada la concentración sanguínea de glucosa. Las células oxidan las grasas y las proteínas de los tejidos corporales para obtener energía. Esto da por resultado agotamiento del tejido graso y muscular del cuerpo, equilibrio negativo del nitrógeno a causa del desdoblamiento

de las proteínas, y cetosis por metabolismo de las grasas. La concentración elevada de glucosa en sangre produce, por último, fuga de la primera hacia la orina, con lo que ocurrirá glucosuria. (102)

#### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Realizar pruebas de detección oportuna de la Diabetes.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

El diagnóstico de la diabetes se basa en la presencia de síntomas clínicos y pruebas de laboratorio, que ponen de manifiesto elevación de las concentraciones de glucosa en sangre y orina.

##### 1. Prueba urinaria.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La glucosuria no es diagnóstico de la Diabetes Mellitus, pero su existencia indica la necesidad de efectuar prueba de tolerancia la glucosa. En la mujer adulta normal no suele haber fuga de glucosa por la orina, hasta que la concentración sanguínea de la misma pasa de 180 mg./dl., se investiga también la existencia de cetonas en la orina, la prueba del bili-labg tix, nos proporciona el resultado de glucosa y cetona a la vez.

## 2. Prueba sanguínea

### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Se efectúa una prueba de glucosa plasmática en ayunas (glucemia en ayunas), para determinar la cantidad de glucosa que queda en la sangre después de un período de ayuno.

Preparación: Ayuno durante 12 hs. previas a la prueba.

Método: Se obtiene sangre por punción venosa y se envía al laboratorio.

Resultados: Los límites normales son de 80 a 120 mg./dl. Las concentraciones mayores de 140 mg./dl., en dos ocasiones indican Diabetes.<sup>(103)</sup>

### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

Educación para la salud, respecto a los factores condicionantes de la patología.

### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

En la paciente además de los antecedentes heredo-familiares existentes (padre), pueden existir variaciones individuales que condicionan la diabetes secundaria; la edad, estados meta

---

(103) IBIDEM, Enfermería Materno Infantil, p. 359



bólicos y hormonales, el estrés emocional, los déficit nutritivos, la obesidad, puede haber también alteraciones inducidas por fármacos como las tiacidas, furosemide, glucocorticoides, anticonceptivos orales, haloperidol, indometacina, isoniacida, cimetidina y heparina entre otros. (104)

#### 1. Conservar el peso ideal

##### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Los obesos muestran susceptibilidad especial a la diabetes; 85% de los diabéticos tiene exceso de peso o lo sufrieron antes que comenzara su enfermedad.<sup>(105)</sup> Las personas obesas son mas resistentes a la insulina endógena y exógena.

#### 2. Preparar un plan nutricional

##### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

En este plan se miden las necesidades calóricas básicas de la paciente con base a su edad, peso corporal y grado de actividad, para mantener el peso ideal. Respecto a la distribución deben tomarse carbohidratos en forma de polisacáridos (azúcares complejos); este tipo de carbohidratos contiene también fibra y pectinas, de los vegetales y frutas. Aproximadamente

---

(104) HARRISON, S., Op. cit., p. 2083

(105) BRUNER, L. Op. cit., p. 746

el 15 a 20% de carbohidratos debe derivar también de disacáridos y monosacáridos en forma de lactosa y fructuosa. Una dieta de 1800 cal. indica 225 gr. de carbohidratos, 60 gr. de grasa y 90 gr. de proteínas. (106)

3. Motivar a la paciente para el ejercicio físico.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

El ejercicio es importante, pues estimula el metabolismo y utilización de carbohidratos aumentando la acción de la insulina, con lo que se reducen los requerimientos de esta hormona. Es preciso prescribir un programa regular de ejercicios, que debe efectuarse diariamente, ya que se evitará el sedentarismo como factor condicionante y se mejorará el bienestar general de la paciente.

4. Instruir a la paciente en que consiste la Diabetes Mellitus.

#### FUNDAMENTO CIENTÍFICO

La diabetes no dependiente de la insulina, se presenta en un 80% aproximadamente de los pacientes. Los síntomas son tan leves que el trastorno puede pasar inadvertido durante muchos

---

(106) SHOLTIS, L. Op. cit., p. 879

años y ser finalmente descubierto por un análisis sistemático o casual de orina. A menudo las pruebas de glucosa en sangre son normales, con hiperglucemia tan sólo post-prandial o como resultado de una prueba de tolerancia a la glucosa. Con frecuencia la diabetes es descubierta cuando el paciente acude al médico para tratamiento de complicaciones o procesos asociados, por ejemplo, trastornos de la visión, dolor en las extremidades inferiores, impotencia, etc.

El comienzo es insidioso y entre los síntomas que a veces anuncian la diabetes cabe citar fatiga, tendencia a dormir después de las comidas, irritabilidad, nicturia, prurito (especialmente vulvar), heridas cutáneas que no cicatrizan, visión borrosa, pérdida de peso y calambres musculares. (107)

#### EVALUACIÓN

La paciente acude a su cita al servicio de Medicina Preventiva, para la realización de pruebas de detección de la diabetes hay comprensión por parte de ella sobre las indicaciones y enseñanza proporcionadas por la pasante de Licenciatura en Enf. y Obst. Los resultados de las pruebas en ésta ocasión son normales.

---

(107) IBIDEM, Enfermería Médico Quirúrgica, p. 877

**CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

1. La valoración pre-operatoria, con respecto a la anemia de la paciente, no fue la indicada, pues siendo una cirugía electiva, debió corregirse el problema antes de ser intervenida quirúrgicamente ya que éste se traducía en un factor de riesgo importante, durante el trans y post-operatorio.
2. El tratamiento quirúrgico realizado a la paciente, fué Hig terectomía abdominal total sin salpingo-ooforectomía bilateral, valorado éste íntegramente en base a la edad, paridad y aceptación de la paciente, considerando los problemas hormonales posteriores.
3. Los objetivos del Plan de Atención de Enfermería, se efectuaron realizando el seguimiento propuesto a la paciente electa, vigilando constantemente su evolución, la cual fué favorable.
4. La participación del personal de enfermería en la aplicación de la terapéutica indicada y los cuidados integrales a la paciente, fueron de gran importancia para el logro de su restablecimiento y ausencia de complicaciones durante la estancia hospitalaria.

5. El tratamiento médico pos-operatorio, fué satisfactorio, no se presentan complicaciones, ni período prolongado, la paciente responde a la terapéutica empleada.
6. La paciente egresó a su domicilio con cifras bajas de Hemoglobina en sangre, ya que durante la estancia hospitalaria y la terapéutica empleada para el problema, ésta as--cendió mínimamente, el último resultado fué de 10.4 mg./' dl.
7. El P.A.E. tiene fases que para ser llevadas necesitan de su parte de implementación, por lo que las acciones que en éste trabajo se plantean, están basadas en la atención individual para la paciente.
8. Es importante la realización del plan de seguimiento de la paciente fuera del hospital, para confirmar las asis--tencias a las citas asignadas para corregir la anemia.
9. El proceso de enseñanza-aprendizaje está basado en principios que de no ser tomados en cuenta por la paciente nos dan resultados no satisfactorios, para ello es necesario estar seguras que la enseñanza proporcionada es precisa y de fácil comprensión.

10. Los datos estadísticos tomados del Departamento de la unidad en estudio, nos muestra que la mayor parte de las pa-  
cientes que se encuentran dentro del grupo electo, están'  
entre la 3a., 4a. y 5a. década de la vida (86.48%), hallaz  
go congruente con lo reportado por la mayor parte de los'  
autores que integran el Marco Teórico.
  
11. El tratamiento quirúrgico de elección en el mismo grupo '  
en los resultados predomina la Histerectomía total abdomi  
nal sin salpingooferectomía bilateral con un resultado de  
89.18% en el año de 1991.

## GLOSARIO DE TERMINOS

- Adenomiosis. Estado benigno que se caracteriza por penetración del endometrio en la musculatura uterina.
- Anastomosis. Comunicación entre dos vasos por conductos colaterales.
- Autólisis. Desintegración espontánea de tejidos o células por acción de sus propias enzimas autógenas.
- Cornificado. Dícese de lo que se convierte en tejido córneo (queratina).
- Degenerativo. Alteración de los tejidos o elementos anatómicos, con cambios químicos de la sustancia componente y la pérdida de los caracteres y funciones especiales.
- Estasis. Detención o disminución del flujo de orina.
- Estratificación. Disposición en capas.
- Estroma. Tejido o matriz de sostén de un órgano, en contraste con su elemento funcional o parénquima.
- Fascia. Nombre empleado en nomenclatura anatómica para denotar una capa o banda de tejido fibroso.
- Generativo. Perteneciente o relativo a la reproducción de las especies.
- Hialinización. Conversión en una sustancia semejante al vidrio.

Hipermenorrea.	Hemorragia uterina excesiva que ocurre con intervalos regulares.
Leiomiomascoma.	Sarcoma que contiene grandes células fusiformes de músculo liso.
Leucocitosis.	Incremento transitorio del número de leucocitos en la sangre.
Licuefacción.	Acción y efecto de transformarse en líquido un cuerpo sólido o un gas.
Menometrorragia.	Hemorragia uterina excesiva que ocurre tanto durante la menstruación como a intervalos irregulares.
Mesosálpinx.	Parte del ligamento ancho del útero, por arriba del mesoovario, compuesta por capas que encierran las trompas uterinas.
Metrorragia.	Hemorragia uterina en cantidad normal que ocurre a intervalos irregulares y durante la que a veces se prolonga el período del flujo.
Pampiniforme.	Que tiene forma de sarmiento
Parénquima.	Sustancia constituida por elementos esenciales de un órgano.
Plexo.	Redecilla o maraña; término general de nomenclatura anatómica, con el cual se designa una redecilla de vasos linfáticos, nervios o venas.
Policitemia.	Aumento de la masa eritrocítica total de la sangre.
Polimenorrea.	Menstruación anormal frecuente.



**Poliuria.** Eliminación de grandes cantidades de orina' en un lapso determinado.

**Sarmiento.** Rama o vástago de la vid.

## ANEXOS

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA ELABORACION DEL ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

ACTIVIDADES	TIEMPO DE DURACION
Realización del Diseño del Estudio Clínico en P.A.E.	2-13 marzo 1992 Dos semanas
Recolección de las diferentes bibliografías sobre la Miomatosis Uterina.	16-19 marzo 1992 Cuatro días
Recolección de Información y elaboración estadística de datos.	20-27 marzo 1992 Una semana
Elaboración del Marco Teórico.	30 marzo-3 abril 1992 Una semana
Seguimiento a la paciente electa, aplicando el P.A.E.	6-10 abril 1992 Una semana
Realización de Fundamentaciones teóricas o científicas de las necesidades o problemas de la pte. y de las acciones de enfermería.	13-16 abril 1992 Cuatro días
Elaboración de concl. y sug.	20-23 abril 1992 Cuatro días
Evaluación del P.A.E.	27-28 abril 1992 Dos días
Mecanografiado	Diariamente.

## BIBLIOHEMEROGRAFIA

- AHUED, y cols., Ginecología y Obstetricia de México, "Morbilidad en Histerectomía Abdominal", México, 1984, 308 p.
- BAILEY, Rosemary, Manual de Enfermería Obstétrica y Ginecológica, 5a. ed., México. Cia. Ed. Continental, 1982, 609 p.
- BENSON, Ralph, Ginecología y Obstetricia, 7a. ed., México, Manual Moderno, 1985, 811 p.
- BENSON, Ralph, Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétricos, 5a. ed., México, Manual Moderno, 1983, 428 p.
- BERTRAM, G., Farmacología Básica y Clínica, 3a. ed., México, D.F., Manual Moderno, 1987, 903 p.
- BOWMAN, W.C., Farmacología Bases Bioquímicas y Patológicas, 2a. ed., México, Ed. Interamericana, 1984, 1108 p.
- BRUNNER, I., y cols., Enfermería medico-Quirúrgica, 2a. ed. México, Ed. Interamericana, 1971, 908 p.
- CALATRONI, J., Ruiz V., Terapéutica Ginecológica, 10a ed., Buenos Aires, Arg., Panamericana, 1988, 752 p.
- CRAIG, Charles, Farmacología Médica, México, Ed. Interamericana, 1982, 1082 p.
- DEXEUS, F.S., Tratado de Ginecología, Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1970, 832 p.
- DORLAND, Diccionario Médico, 23a ed. Interamericana, México, 1989, 898 p.
- DU GAS, B.W., Tratado de Enfermería Práctica, 4a. ed., México Interamericana, 1980, 793 p.

- ELIASON, Ferguson, Enfermería Quirúrgica, 10a ed., México, Interamericana, 1980, 537 p.
- GARCIA, Pelayo, Pequeño Larousse, 14a ed., México, Ed. Larousse. 1990, 1663 p.
- GOODMAN y Gilman, Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, 7a. ed., México, Ed. Médica Panamericana, 1990, 1725 p.
- GUERRA de la G.E.A. y cols., Ginecología y Obstetricia de México, "Valor diagnóstico del Ultrasonido en Miomatosis Uterina", México, 1991, 283 p.
- HARRISON, Stein, Medicina Interna, Tomo I, 2a. ed., México, Ed. Salvat, 1989, 1180 p.
- HARRISON, Stein, Medicina Interna, Tomo II, 2a. ed., México, Ed. Salvat, 1989, 2083 p.
- JONES, Tratado de Ginecología de Novak, 10a. ed., México, D.F. Nueva Editorial Interamericana, 1984, 484 p.
- KOLTHOF, Anthony, Anatomía y Fisiología, 8a. ed., México, Ed. Interamericana, 1984, 584 p.
- LOPEZ, Guillermo, Fundamentos de Anestesiología, 3a. ed., México, Ed. Científicas La Prensa Médica Mexicana, 1985, 506 p.
- MONDRAGON, Héctor, Ginecología Básica Ilustrada, México, Ed. Trillas, 1988, 478 p.
- NEESON, Jean, D., Enfermería Obstétrica, Vol. 2, México, Ed. Océano, 1987. 496 p.
- OLDS, Sally, Enfermería Maternoinfantil, 2a. ed., México, Ed. Interamericana, 1987, 1283 p.

SHOLTIS, L., Enfermería Médico-quirúrgica, 4a. ed., México, ' Ed. Interamericana, 1984, 1084 p.

VARGAS y cols., Ginecología y obstetricia de México, "Miomatosis Uterina aspectos clínicos y terapéuticos", México, ' 1983, 48 p.

WIECK, L. King E., Técnicas de Enfermería, 3a. ed., México, ' Interamericana, 1988, 657 p.