



**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE 3295-12**



**METODO ENFERMERO (PAE):
MIOMATOSIS UTERINA**

Para obtener el Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

MARIA GRISEL SORIANO MIRANDA



ASESOR DE TESIS: MTRO. JULIO GUTIERREZ MENDEZ.

MEXICO, D.F. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

México D. F. Junio 2007

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
LIC. TOMASA JUÁREZ CAPORAL
JEFE DE SERVICIOS ESCOLARES
P R E S E N T E

Adjunto a la presente, me permito enviar a usted el trabajo recepcional:

METODO ENFERMERO (PAE):
“MIOMATOSIS UTERINA”

Elaborado por:

MA. GRISEL SORIANO MIRANDA

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentado y defendida en el examen profesional, que sustentará para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

A T E N T A M E N T E

LIC. JULIO GUTIÉRREZ MÉNDEZ

DEDICATORIAS

“A MIS PADRES”

A QUIENES ME HAN ENTREGADO EL TESORO MAS VALIOSO QUE PUDIERA DARSELE A UNA HIJA, AMOR. A QUIEN SIN ESCATIMAR ESFUERZO ALGUNO HAN SACRIFICADO GRAN PARTE DE SU VIDA Y QUE ME HAN FORMADO Y EDUCADO PARA SER UNA PERSONA DE PROVECHO, A QUIENES NUNCA PODRE PAGAR TODO LO QUE HICIERON POR MI, LES DOY GRACIAS POR ELLO, QUE DIOS LOS ACOMPAÑE SIEMPRE Y QUE LOS TENGA A MI LADO POR QUE NO SABRIA QUE HACER SIN USTEDES LOS AMO.

GRACIELA MIRANDA PAÉZ

SERGIO SORIANO AGUILAR

“A MI HERMANO”

MIL GRACIAS HERMANO POR TODOS LOS MOMENTOS FELICES QUE PASAMOS JUNTOS, GRACIAS POR DARME ANIMOS PARA SEGUIR ADELANTE, PERDON POR NO HABERTE DEMOSTRADO LO MUCHO QUE TE QUIERO CUANDO ESTABAS CON NOSOTROS FISICAMENTE PERO DONDE QUIERA QUE ESTES ESTO VA DEDICADO A TI, TE EXTRAÑO HERMANITO.

IVAN SERGIO SORIANO MIRANDA

“A MI ABUELITA”

LE AGRADEZCO TODO EL APOYO QUE ME HA BRINDADO HASTA AHORA, PARA MI ES PARTE PRIMORDIAL EN TODO LO QUE REALIZO, ME INSPIRA A SEGUIR ADELANTE GRACIAS POR ESTAR A MI LADO Y COMPARTIR MOMENTOS DE FELICIDAD ASI COMO TAMBIEN DIFÍCILES, LA QUIERO MUCHO.

CATALINA PAÉZ ROSALES

“A MI ASESOR”

LE DOY GRACIAS POR TENER EL TIEMPO NECESARIO PARA REALIZAR ESTE TRABAJO, POR LA PACIENCIA Y DEDICACIÓN QUE ME BRINDO, LE AGRADEZCO EL SER GUIA PARA AYUDARME A CONSEGUIR PARTE DE MIS METAS, LE BRINDO TODO MI RESPETO Y ADMIRACIÓN PARA USTED.

LIC. JULIO GUTIÉRREZ MÉNDEZ

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
 CAPÍTULO I	
ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA	
SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	3
FISIOLOGÍA DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO- - - - -	13
PIEL	17
MIOMATOSIS UTERINA	21
 CAPÍTULO II	
FISIOPATOLOGÍA DE MIOMATOSIS UTERINA	22
 CAPÍTULO III	
ETIOLOGÍA	24
 CAPÍTULO IV	
CUADRO CLÍNICO	29
 CAPÍTULO V	
TRATAMIENTO	31

CAPÍTULO VI

VALORACIÓN CON PATRÓN DE RESPUESTAS HUMANAS.....	38
--	-----------

CAPÍTULO VII

PLAN DE INTERVENCIONES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1- HIPERTERMIA RELACIONADA CON ENFERMEDAD (HISTERECTOMÍA) MANIFESTADO POR AUMENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL Y CALOR AL TACTO.....	57
2- ANSIEDAD RELACIONADA CON AMENAZA DE CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD MANIFESTADA POR EXPRESIÓN DE PREOCUPACIÓN DEBIDAS A CAMBIOS EN ACONTECIMIENTOS VITALES, INCERTIDUMBRE, NERVIOSISMO, TEMOR, SEQUEDAD BUCAL Y TRASTORNOS DEL SUEÑO.....	76
3- RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON PROCEDIMIENTOS INVASIVOS.....	95
4- DOLOR AGUDO RELACIONADO CON AGENTES LESIVOS MANIFESTADO POR INFORME VERBAL, OBSERVACIÓN ANALÍTICA.....	120
5- CONCLUSIÓN.....	148
6- GLOSARIO.....	149
7- BIBLIOGRAFÍA.....	150

CAPÍTULO I

En este capítulo se describe la anatomía y fisiología del sistema reproductor femenino, se clasifican en órganos externos e internos, se describen cada uno de ellos, de que están compuestos y la función que desempeñan. Los órganos externos están compuestos por monte de venus, clítoris, perineo, vestíbulo, labios mayores, menores, himen, introito vaginal, glandulas de Bartholin. Los órganos internos están compuestos por vagina, útero trompas de Falopio y ovarios. También se describirá la anatomía y fisiología de la piel ya que este órgano es muy importante de mencionarlo porque es parte primordial de este tema.

CAPÍTULO II

En este capítulo se define y a su vez se describe el desarrollo de la miomatosis uterina donde se mencionan los agentes principales que inducen a producir miomas en el útero. Se explica el proceso de tumoración derivada de la fibra muscular lisa del útero generalmente encapsulada, rica en colágeno y que rara vez se maligniza. La principal hormona que interviene en la formación de miomatosis uterina son los estrógenos.

CAPÍTULO III

Se mencionan los factores que pueden producir miomas o a propiciar la patología de miomatosis uterina, entre los que destacan la edad, variación étnica, antecedentes familiares, tabaco, alcoholismo, obesidad, sedentarismo, nutrición entre otros. Los factores que favorecen el crecimiento de los fibromas son principalmente peso, nivel de estrógenos en sangre e infertilidad, también se menciona los factores protectores de los fibromas.

CAPÍTULO IV

En el cuadro clínico se define los signos y síntomas que manifiesta la mujer cuando presenta miomas en el útero considerando la patología de miomatosis uterina cuando esta se presenta puede haber dolor abdominal, hemorragias uterina, cólicos, distensión abdominal, astenia, adinamia, anemia, sangrados anormales, aumento de la superficie uterina, y en ocasiones hay casos asintomáticos.

CAPÍTULO V

En este capítulo se especifica el tratamiento que debe llevar a cabo la mujer dependiendo del avance y grado de tamaño en que se encuentre el mioma, el tratamiento va desde terapia de sustitución hormonal hasta histerectomía total abdominal, esto va depender del estado en que se encuentre la mujer.

CAPÍTULO VI

En la valoración de respuestas humanas nos permite conocer la integridad de la persona por medio de preguntas y respuestas en forma directa e indirecta. Nos permite realizar intervenciones más precisas y claras de acuerdo a sus necesidades como estado de salud y psicológico para así detectar algún problema y basarse en el cuidado en forma de prevención o trato hacia la cliente.

CAPÍTULO VII

En este capítulo se realizan Diagnósticos de Enfermería de acuerdo a lo que se observa en la cliente con miomatosis uterina donde nos permite intervenir de acuerdo a las manifestaciones que presenta ya sea intervenciones independientes e interdependientes con su respectiva fundamentación para así brindarle una atención integral y de calidad y al final evaluar el manejo que se le dio por parte del personal de salud sea satisfactoria o no.

INTRODUCCIÓN

La Miomatosis Uterina es una neoplasia benigna la mas común del útero y de la pelvis femenina. Los miomas son crecimientos anormales de tejido muscular del útero (endometrio). El 50% del volumen se encuentra dentro de la cavidad uterina. Se presenta durante la ultima fase reproductora de la vida entre los 35 y 55 años. No obstante se puede presentar antes de los 30 y en mujeres nulíparas son asintomático, su detección se realiza a veces de manera indirecta; ya que en ocasiones se acude al medico por presentar dolor, sangrados anormales, distensión abdominal, anemia.

Los factores de riesgo presentes en esta entidad son antecedentes familiares o heredofamiliares esto sugiere la presencia de un gen que codifica su desarrollo, producción excesiva de estrógenos ya que los miomas son estrógeno-dependientes, tratamientos anticonceptivos. Los síntomas clásicos son metrorragias, aumento de volumen abdominal y dolor, sin embargo estos pueden ser variables y dependen de su localización, volumen, alteraciones nutricionales o degenerativas o bien de transformación a malignos.

El tratamiento se basa en terapia hormonal, de forma transitoria se puede disminuir el crecimiento del mioma ocasionando menopausia transitoria, tratamiento quirúrgico conservador miomectomía realizando extirpación tumoral con la preservación del útero o definitivo histerectomía total vaginal o abdominal.

Un rápido reconocimiento y una adecuada atención a los factores de riesgo que condicionan la miomatosis uterina pueden prevenir o retardar la aparición de complicaciones. Esto es tarea de todo el personal de salud médicos, nutriologos, psicólogos, cirujano, enfermeras, ginecólogo para así dar intervenciones de calidad e integral a las clientes con miomatosis uterina.

El presente trabajo describe el como intervenir el personal de enfermería con base al método enfermero a la cliente con miomatosis uterina.

Presento este trabajo por medio del método enfermero iniciando con los objetivos de este tema, Anatomía y fisiología, desarrollo de la patología como definición, fisiopatología, etiología, cuadro clínico, tratamiento, posteriormente la valoración con respuesta humana con esto realizar diagnósticos de enfermería con base a la taxonomía de la NANDA, enseguida se especifican los resultados esperados con base a la taxonomía del NOC.

Ya elaboradas las intervenciones dependientes e interdependientes de cada diagnostico se fundamenta cada una de ellas para una intervención integral por parte del personal de enfermería y por ultimo realizar la evaluación adecuada de cada diagnostico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

“Conocer la enfermedad de miomatosis uterina mediante investigación bibliográfica aplicado en el método enfermero para comprender su importancia y tener un buen desarrollo en el momento de su ejecución por parte del personal de Enfermería”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

“Conocer el desarrollo de la enfermedad con el fin de tener bases para planear y ejecutar las necesidades que requiere la cliente”.

“Realizar intervenciones de Enfermería administrativas, asistenciales, docentes y de investigación al cliente con miomatosis uterina de acuerdo a sus necesidades detectadas para el restablecimiento de su salud”.

“Identificar los factores principales de riesgo para el cliente con miomatosis uterina mediante la observación para que el personal de enfermería brinde atención adecuada al cliente con esta patología”

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO

El sistema reproductor femenino permite que las mujeres sexualmente sanas produzcan óvulos maduros, los transporten para que sean fecundados y los alimenten una vez fertilizados.

Los órganos de la reproducción de la mujer se clasifican en externos e internos.

Genitales externos o vulva: es el nombre con el que se designa al conjunto de los genitales que pueden verse. La vulva consta de las siguientes partes; los labios mayores, que son labios grandes y externos; el monte púbico situado por encima de la vulva, es un montículo blando que se cubre de pelo en la pubertad; los labios menores, que se hallan dentro de los mayores; el clítoris, situado en el punto de unión de los labios menores y el vestíbulo, que constituye una zona en forma de almendra situada dentro de los labios menores, donde aparecen la vía urinaria y la abertura vaginal.

Genitales internos: es el sistema reproductor de la mujer y consta de las siguientes partes: el himen; las glándulas de Bartholin; la uretra; la vagina; el cérvix; el útero o matriz; las trompas de Falopio y los ovarios, donde se almacenan los óvulos.

ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS:

- ❖ Monte de venus
- ❖ Vulva
- ❖ Clítoris
- ❖ Perineo
- ❖ Vestíbulo
- ❖ Labios mayores
- ❖ Labios menores
- ❖ Meato urinario
- ❖ Himen
- ❖ Introito vaginal
- ❖ Glandulas de Bartholin
- ❖ Perine o perineo

ÓRGANOS GENITALES INTERNOS:

- ❖ Vagina
- ❖ Útero
- ❖ Trompa de Falopio
- ❖ Ovarios

ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS:

Los órganos femeninos externos de la reproducción reciben el nombre de vulva, incluyen todo el campo visible desde el borde inferior del pubis hasta el perineo y se compone de las siguientes estructuras.

MONTE DE VENUS: Es un acumulo de tejido adiposo subcutáneo situado sobre el pubis y que esta cubierto de vello en un área triangular cuya base ofrece una ligera depresión que marca el limite con la región hipogástrica. En el vértice del triangulo se confunde con la unión de los labio mayores. Es una prominencia celuloadiposa situada por delante de la sínfisis del pubis, de forma triangular y esta cubierta de vello que llega hasta los labios mayores por abajo, y por arriba esta limitado por una línea horizontal; siendo esta la implantación tipo femenino del vello pubiano. El monte de venus esta limitado por arriba por el surco suprapubiano, a los lados por los pliegues inguinales y hacia atrás se continua con el origen de los labios mayores de la vulva..

VULVA: Es una hendidura sagital mediana que se divide en dos regiones: una labial y una vestibular. La región labial esta constituida por los labios mayores, labios menores, clítoris, y capuchón del clítoris; la región vestibular esta situada entre el himen y la sínfisis del pubis. Los labios mayores y los labios menores, están constituidos por dos rodets cutáneos ricos en grasa se encuentran entreabiertos en las múltiparas y por dentro están cubiertas por epitelio con numerosas glandulas sebaceas y sudoríparas.

Los labios menores están cubiertos por mucosas y situados por dentro de los labios mayores. Rodean el vestíbulo de la vagina y al orificio uretral y poseen numerosas glandulas sebaceas. En la cara interna de su tercio inferior se encuentran, en ambos lados, los orificios de las glandulas de Bartholin, cuya secreción depende de los impulsos nerviosos que son provocados por la excitación sexual. Cabe señalar que cuando estos orificios glandulares son ocluidos por procesos inflamatorios, endocrinos, infecciosos. Se originan las llamadas bartholinitis y los quistes de la glándula de Bartholin.

CLÍTORIS: Se encuentra allí donde se juntan los labios internos o menores. Posee una función única: dar placer a su dueña. No tiene nada que ver con el tener hijos. Los innumerables terminaciones nerviosas que hay en el clítoris y en sus alrededores hacen que sea muy sensible al tacto directo como indirecto. Consta con una cabeza o zona redondeada llamada glande y de una parte mas larga denominada eje o cuerpo, el cual normalmente esta cubierto por el tejido de los labios internos.

Su tamaño puede oscilar normalmente entre medio centímetro y un centímetro, pero al ser estimulado se llene con la sangre que afluye y aumenta su tamaño pudiendo duplicar su diámetro. Cuando la estimulación continua y se aproxima al orgasmo, el clítoris se retrae y se esconde bajo el capuchón, volviendo a salir cuando la estimulación detiene. El orgasmo producirá una liberación de sangre acumulada en el clítoris.

Es un órgano constituido por fibras musculares lisas, esta situado por encima del meato urinario, Órgano pequeño provisto de gran sensibilidad debido a su inervación que posee un cuerpo eréctil y su erección es producida por el plexo venoso cavernoso juega un papel muy importante durante la estimulación y roce sexual, se localiza debajo de los labios menores y es anterior al orificio vaginal, pero independiente de la uretra. El clítoris es homologo al pene.

PERINEO: Es un diafragma músculo-aponeurótico, de forma romboidea, situado en el extremo inferior del tronco, entre los glúteos y los muslos, limita por delante por la sínfisis del pubis, a los lados por las tuberosidad isquiática y por detrás el cóccix. Si se traza una línea transversal de una tuberosidad isquiática a la otra, se divide al perineo en el triangulo urogenital anterior, en el que se localizan los órganos genitales externos y el triangulo anorrectal o perineo posterior que incluye el ano. Clínicamente esta región es importante en el trabajo de parto, porque cuando la vagina es pequeña o la cabeza fetal es muy grande, o bien el periodo expulsivo es muy rápido; pueden ocurrir desgarros en la piel, de la mucosa vaginal, del tejido adiposo subcutáneo, del músculo transverso superficial del perineo y a veces hasta de los tejidos recto anales.

LABIOS MAYORES: Son dos grandes pliegues de tejido de una longitud de 8 a 9 cm de longitud y 2 cm. de altura con una base de unos 2 cm. rodeados por la cantidad de tejido adiposo que poseen, cubiertos por una gruesa capa de piel y ubicados lateralmente hacia la porción externa vulvar. Nacen en la base del monte de Venus y convergen en la parte posterior de la vagina inmediatamente por delante del perineo, sus superficie interna es lisa y poseen gran cantidad de glandulas sebáceas.

LABIOS MENORES: Se sitúan por dentro de los labios mayores, siguen la misma dirección desde la parte anterior, pero acaba adosándose a ellos en la unión de los tercios medio e inferior y contribuyen a formar la horquilla por delante de la comisura posterior de los labios mayores. Pliegue de tejido membranoso mucoso ubicados al interior de los labios

mayores circundando el vestíbulo, muy sensibles y vascularizados forman un repliegue o prepucio que cubre el clítoris en su parte anterior y se une por detrás por medio de un delgado pliegue de piel: la horquilla

VESTÍBULO: Consta de dos partes principales; la abertura de la uretra y la de la vagina. La abertura de la uretra se sitúa por debajo del clítoris y por encima del orificio vaginal. La abertura vaginal no es un agujero grande y puede verse mejor cuando se separan los labios. Área vaginal en forma de almendra que comprende meato, uretra, himen y orificio vaginal; el vestíbulo se extiende desde el clítoris hasta la horquilla o pliegues membranosos de la unión posterior de los labios mayores.

HIMEN: Es un pliegue fino carnosos, membranoso, de mucosa, delgada, vascularizado, que forma un borde alrededor del orificio vaginal lo cierra parcialmente, a veces cubre totalmente el orificio; en este caso se llama himen imperforado en el cual se necesita cirugía para abrirlo, permitiendo así la salida al exterior del material menstrual. Presenta marcadas diferencias en cuanto a forma y consistencia y define la división entre los órganos internos y externos.

El himen se encuentra dentro de la vagina, un poco mas arriba de su abertura , y es un delgado trozo de tejido que bloque parcialmente el camino hacia el interior . no tiene ninguna función biológica que se sepa, y según las distintas mujeres varia de tamaño y de forma. No tapa toda la abertura vaginal que debe existir un orificio que permita la salida del flujo menstrual o periodo. Al romperse el himen, ya sea durante el coito o en alguna otra ocasión puede aparecer algo de dolor y hemorragia. Ambas cosas son absolutamente normales y se calma en poco tiempo.

MEATO URINARIO O ENTRADA URETRAL: El orificio uretral , llamado también meato urinario, es un pequeño orificio de salida de la uretra , situado entre el clítoris y el orificio vaginal. A los lados del orificio uretral se observan los orificios de los conductos de las glandulas para uretrales o de skene que son homologas a la próstata en el hombre, su principal función es permitir el paso de la orina hacia el exterior. Por su proximidad a la región anal esta frecuentemente expuesto a invasión microbiana.

La uretra es el segmento final de las vías urinarias. La uretra de la mujer, es muy diferente a la del hombre, mide aproximadamente 4 cm, y esta revestida por un epitelio escamoso. El paso espontáneo de la orina desde la vejiga a la uretra se produce por la existencia de dos esfínteres: el esfínter uretral interno, compuesto por fibras musculares lisas dispuestas en haces espirales , longitudinales y circulares, que en conjunto se denominan músculo detrusor de la vejiga, y que al tratarse de fibras musculares lisas reciben innervación simpática y parasimpática, y el esfínter uretral externo, que esta formado pro músculo esquelético y se controla de manera voluntaria.

GLANDULAS DE BARTHOLIN: A cada lado de los labios menores se encuentran las glándulas de Bartholin, que tienen sus salidas muy cerca de la abertura vaginal y que producen una pequeña cantidad de fluido cuando la mujer se excita sexualmente y son responsables de la producción de la secreción mucosa para lubricación, que se excreta a través de un minúsculo orificio de salida ubicado en el borde inferior entre labios menores y mayores. Estas glándulas son equivalentes a las bulbo uretrales o de Cowper en el varón. También se abren en el vestíbulo varias glándulas vestibulares menores cuyos orificios son microscópicos. FIG. (1)

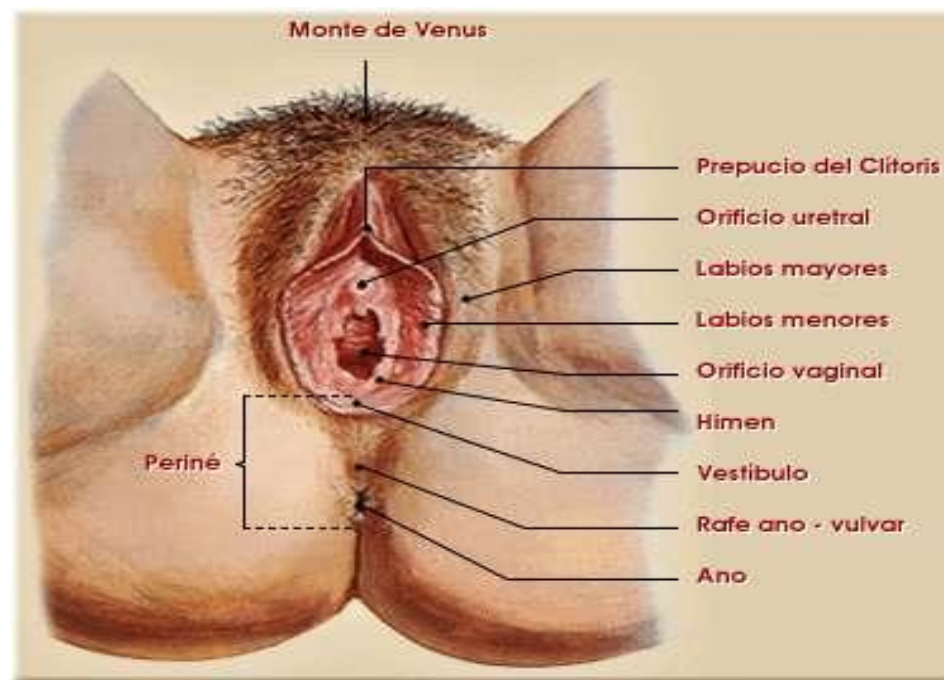


FIG. (1)

ORGANOS GENITALES INTERNOS

VAGINA: El canal vaginal es un conducto muscular que comunica los órganos de la reproducción internos con el exterior. Situada por delante del recto y por detrás de la uretra, sigue una dirección con orientación hacia arriba y hacia atrás, posee una dimensión de aproximadamente 8 cm de longitud, órgano receptor de la copulación que sirve para la evacuación del flujo menstrual y del contenido gestacional durante el parto. Su extremo superior cubre el tercio inferior del cuello uterino formado por el fondo de saco vaginal, sitio en el cual se quedan depositados los espermatozoides después de la copulación; el extremo inferior se encuentra semicerrado en las mujeres vírgenes por una membrana a manera de diafragma llamada himen, en las mujeres no vírgenes el extremo inferior se abre directamente en la vulva.

Es un conducto cilíndrico, músculo membranoso, aplanado de delante atrás, que va desde la vulva hasta el cuello uterino, y que posee una gran capacidad de expansión y contracción. Su longitud oscila alrededor de los 6 cm., con grandes variaciones por diferencias individuales, vida sexual o número de parto, la anchura es de 2.5 cm, siendo mayor en la extremidad superior o menor en la parte inferior. Por fuera, la vagina se relaciona con los demás órganos pelvianos. Por delante está la vejiga urinaria y el tabique vesículo-vaginal, y más abajo la uretra, a la que está íntimamente unida. Por detrás se encuentra el fondo de saco de Douglas en la parte superior y por detrás se encuentra situado el recto. Por los lados, en la parte superior se encuentra la base de los ligamentos anchos y por allí llegan los vasos que irrigan la vagina, encontrándose grandes plexos venosos.

Durante la excitación sexual de la vagina responde casi inmediatamente a la estimulación, lubricándose por medio de unas pequeñas gotas de fluido que aparecen en sus paredes.

ÚTERO: Órgano muscular hueco situado en el centro de la pelvis, en forma de pera invertida y unido a la vagina a través del cérvix, ubicado por delante del intestino y por detrás de la vejiga en la cavidad pélvica, tiene como función propiciar el crecimiento y desarrollo del producto de la gestación. Está constituido por gruesas paredes musculares muy elásticas. La pared uterina está formada por tres capas de músculo liso: miometrio externo con fibras dispuestas, en dirección longitudinal circular y espiral grueso. Pared interna o endometrio; esta a su vez está formada por dos capas de superficie de tejido cilíndrico y glandular y otra capa basal de tejido conjuntivo y glandular. El endometrio sufre una serie de modificaciones a lo largo del ciclo menstrual, en función de las hormonas segregadas por el ovario.

El útero conocido familiarmente como matriz, es un órgano hueco situado en la parte media de la excavación pelviana entre la vejiga y el recto. Su cavidad comunica lateralmente con la de las trompas y, por abajo, con la de la vagina, órgano con el que se continúa hacia el exterior.

En el útero se distinguen dos partes bien diferenciadas: cuerpo y cuello, ambos unidos por una corta estructura circular o istmo. Cuerpo y cuello forman habitualmente un ángulo obtuso, abierto hacia delante, por lo que se dice que el útero esta en ante flexión.

La parte anterior del útero o cuerpo uterino, es la mas voluminosa del órgano. La forma se asemeja a una pera, cuya parte mas ancha se sitúa hacia la parte superior.

Existe gran diferencia de tamaño y peso entre los úteros de mujeres que no han tenido hijos, y las que si. Por ejemplo el peso en las mujeres nulíparas (sin hijos) oscila entre 45-50 gr., mientras que en las mujeres multíparas (con varios hijos) es de 60-65 gr.

La cavidad del cuerpo es relativamente pequeña, aplanada, con las caras anterior y posterior aplicadas una contra otra.

CERVIX O CUELLO UTERINO: Parte del útero que desemboca en la vagina, cambia de aspecto principalmente en la mujer que esta en etapa de gestación; en nulípara es redondeado y tiene bordes uniformes y en multíparas se vuelve ovalado y con bordes irregulares. Con una longitud de 7 a 9 cm y una serie de ligamentos que lo sujetan; dos ligamentos derechos , laterales cardinales que cubren y sostienen el útero; dos ligamentos redondos anteriores , van desde los ángulos superiores externos del útero hasta los labios mayores; dos ligamentos útero sacro hasta el cérvix y rodean el recto. Ayudados por los músculos del suelo de la pelvis, estos ligamentos sostienen el útero y evitan que se prolapse hacia la vagina.

El cuello uterino, tiene una longitud de unos 3 cm. y un espesor de 2.5 cm. su forma es cilíndrica y la vagina se inserta a su alrededor circularmente aunque en un plano oblicuo mas elevado por detrás que por delante. Esto permite dividir al cuello en dos porciones, la supravaginal y la intravaginal. La porción intravaginal es el llamado hocico de tenca.

La cavidad del cuello es fusiforme, con dos caras, anterior y posterior, planas que se apoyan una sobre otra. En ellas hay unos pliegues en forma de hoja de palmera que se denomina “árbol de vida”.

Tiene la capacidad de extenderse y contraerse para permitir el paso del feto en el momento del parto. También pasa por el cérvix el flujo menstrual en su camino de salida a través de la vagina. El espermatozoides, tras ser depositado en la vagina, pasa por el cérvix hacia el útero y las trompas de Falopio. El cérvix segrega un fluido llamado moco cervical, durante el ciclo menstrual este moco cambia de aspecto; quienes practican el método natural de planificación familiar lo utilizan como indicador de los días seguros o inseguros para realizar el coito. Se llama método del moco cervical o Billings.

TROMPAS DE FALOPIO: Son dos delgados conductos que se extienden desde los extremos laterales del fondo uterino, miden unos 10 cm de largo. Las trompas están envueltas por un repliegue de peritoneo derivado del ligamento ancho. Se distinguen tres porciones: una proximal mas delgada, una media, una distal de mayor calibre conocida como infundíbulo, formado por células ciliadas y contracciones peristálticas; esta contribuye a captar el óvulo luego de la ovulación. Las trompas contienen una mucosa secretora que facilita la nutrición y transporte del óvulo hacia la cavidad uterina y del espermatozoide.

Las trompas uterinas o de Falopio, también llamadas oviductos , son dos órganos huecos, cilíndricos, largos y estrechos, que nacen de los órganos superiores del útero y se extienden hasta los ovarios a los que recubren en parte. El conjunto de trompas y ovarios suele conocerse como anejos uterinos.

Las trompas miden entre 10 y 14 cm. de longitud, y su diámetro va ensanchándose de dentro a afuera, oscilando entre 3 y 8 mm. Toda la trompa posee una gran capacidad para la distensión. Las paredes de las trompas de Falopio están cubiertas de estructuras similares a las del cabello, llamadas cilios, que se contraen ligeramente a lo largo de las trompas y ayudan al óvulo en su camino hacia el útero. Es importante resaltar también que cualquier espermatozoide que llegue hasta las trompas de Falopio debe moverse o nadar contra corriente.

OVARIOS: Los ovarios son órganos pares que producen óvulos después de la pubertad, además algunas estructuras de los mismos desempeñan una función de la glándula endocrina y origina dos hormonas principales . una de ellas la hormona estrogénica o folicular, es secretada por el folículo ovárico y regula el desarrollo de los caracteres secundarios , tales como el aumento de volumen de las mamas , la distribución de grasa en las caderas y regiones glúteas y el crecimiento del vello púbico y axilar.

También modifica la mucosa uterina durante el ciclo menstrual. La otra hormona se llama progesterona o luteína y es secretada por el cuerpo luteo; es indispensable para la implantación del óvulo fecundado y para el desarrollo inicial del embrión.

La secreción de ambas hormonas ováricas es regulada por la hormona gonadotropina de la hipófisis anterior. Una tercera hormona, o sustancia parecida, llamada relaxina, es secretada por el ovario durante el embarazo, inhibe las contracciones prematuras uterinas durante la gestación.

FOLICULOS OVARICOS: Contiene los ovocitos (óvulos inmaduros) y los tejidos adyacentes en diversas etapas de desarrollo.

- **FOLICULO OVARICO VESICULAR (de DEGRAFF):** Es un folículo relativamente grande lleno de líquido y que contiene un óvulo inmaduro entre sus tejidos. El folículo secreta hormonas que se conocen como estrógenos.
- **CUERPO LÚTEO:** Cuerpo glandular que se desarrolla a partir del folículo ovárico vesicular después de la extrusión del ovocito secundario (óvulo potencialmente maduro), proceso que recibe el nombre de ovulación. El cuerpo lúteo produce a las hormonas progesterona, estrógenos, e inhibina.

Los ovarios, situados simétricamente en la cara posterosuperior del ligamento ancho, cerca de la pared lateral de la excavación pelviana, son los órganos más importantes del aparato genital femenino, tanto por su función generadora como por su función endocrina.

Tiene forma ovoidea, un poco aplanada de afuera a dentro, con eje casi vertical en las nulíparas, y un tamaño aproximado de 35 mm. De longitud, 20 de anchura y 10 de espesor, con peso de unos 5 gr. El color es blanco-rosáceo, y la consistencia dura. Sin embargo a lo largo de la vida cambia de aspecto, también dependiendo de los partos que haya tenido la mujer. Al nacer la niña el ovario es relativamente grande, en la madurez su superficie se hace rugosa e irregular, y después de la menopausia se atrofia, pudiendo llegar a ser mujer anciana tan pequeño como una habichuela.

Una mujer nace aproximadamente con 200,000 óvulos en cada ovario (“ovum en latín significa “huevo”, “óvulo” sería su diminutivo). Durante los años reproductivos de la mujer se liberan entre 300 y 500 de estos óvulos. Cada óvulo se halla en un folículo, que es una cavidad en la cual puede permanecer el óvulo inmaduro. Cuando el óvulo madura, sale de la cavidad y es expulsado del ovario.

Los senos de las mujeres son órganos relacionados con la sexualidad y la reproducción estrechamente. Hay tres aspectos importantes en relación con los senos: a menudo, proporcionan placer erótico; desempeñan un papel importante en la imagen que de sí misma tiene una mujer y la mujer puede alimentar a un niño con ellos.

La erección de los pezones es una reacción normal a la estimulación. Hasta la menopausia, si la mujer no ha amamantado, la estimulación hará que sus pechos también aumenten de tamaño, al llenarse de sangre sus venas. Cada pezón posee una areola a su alrededor que es una zona oscura cuyo color y tamaño varía en cada mujer. Es normal tener bellitos en cada areola; son glándulas protectoras de aceite, que segregan un lubricante para facilitar la lactancia. Durante el embarazo la areola se oscurece y permanece así hasta después del parto.

Dentro de cada seno hay de 15 a 25 pequeños sacos productores de leche. La leche que se produce pasa a través de los conductos lactoforos hasta el pezón, lista ya que para el niño la succione, independientemente del tamaño del seno, las glándulas mamarias tienen el mismo tamaño en cada mujer y producen aproximadamente la misma cantidad de leche. FIG. (2), FIG (3).



FIG.(2)

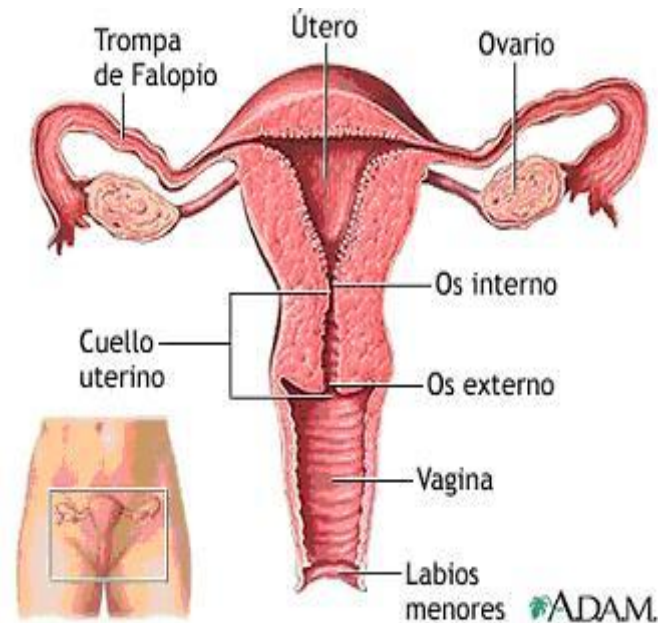


FIG.(3)

FISIOLOGÍA DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO

Los ovarios desempeñan un papel central en la reproducción femenina, ya que tienen a su cargo dos funciones íntimamente relacionadas: la producción de óvulos y la de hormonas sexuales. Estas dos funciones están reguladas por dos centros del cerebro: el hipotálamo y la adenohipofisis. A su vez, el lugar principal en donde se actúan las hormonas ováricas es el útero y la ovulación puede continuar hasta la implantación del óvulo fertilizado en la cavidad uterina.

Tanto la ovulación como la producción de hormonas por el ovario se repiten con rigurosa frecuencia: el ciclo ovárico. Este ciclo se basa en los cambios que tiene lugar durante el desarrollo de las células reproductoras femeninas, de las que resultan los óvulos.

Cada mes en la vida de la mujer mientras esta sea fértil, la hipófisis en el cerebro segrega la hormona llamada folículo estimulante (FSH), la que estimula por lo general, uno de los ovarios para desarrollar un folículo. Los óvulos se almacenan dentro de los folículos y ahí maduran. Cuando circulan las cantidades suficientes de FSH, y de la llamada hormona luteinizante, el folículo estalla y deja en libertad al óvulo dentro de la trompa de Falopio, proceso que se denomina ovulación.

El óvulo desciende por la trompa hacia el útero y, o bien se implanta en la pared uterina como óvulo fertilizado (embarazo), o es expelido junto con el recubrimiento uterino como óvulo no fertilizado (menstruación). El folículo que alberga al huevo madura hasta convertirse en cuerpo luteo, el cual segrega grandes cantidades de progesterona durante la segunda mitad del mes. Luego envejece y muere.

La duración media del ciclo menstrual es de 28 días, pero también es normal que dure de 26 a 33 días. La ovulación se produce en 14 días después del primer día de la menstruación, estos primeros 14 días antes de la ovulación constituye la fase estrogénica, y la segunda fase es la fase progestérgica.

En la primera mitad del ciclo menstrual la producción de estrógeno tiene efecto rejuvenecedor sobre el cuerpo. Mantiene el cabello en buenas condiciones, hace florecer la piel y levanta el ánimo. La secreción vaginal es clara, fluida y con muy poco olor.

En la segunda mitad, la progesterona provoca que los pechos se agranden y se hagan más pesados. Puede aparecer manchas en la piel, y la secreción vaginal se hace más espesa y pegajosa.

CICLO MENSTRUAL

La función reproductiva normal de la mujer involucra una interacción coordinada entre el cerebro y los ovarios bajo la influencia de otros órganos como el hígado (el cual elabora la globulina fijadora de esteroides), las suprarrenales y la tiroides. Con esta coordinación los cambios cíclicos durante el curso del ciclo menstrual permiten a los órganos reproductores realizar funciones específicas en diferentes puntos a tiempo para optimizar las oportunidades de una reproducción exitosa. Cuando estos mecanismos no funcionan adecuadamente, el resultado puede ser la infertilidad, la alteración en el sangrado menstrual, la amenorrea o aun el cáncer.

El ciclo menstrual tiene tres fases: la fase folicular que casi siempre dura 14 días y culmina en la producción de un oocito maduro. Al principio, empieza a crecer grandes folículos, pero al final se elige un solo folículo dominante y el resto sufre un proceso de degeneración y muerte apoptótica, llamada atresia. La fase folicular es seguida por la ovulación, en donde el folículo dominante libera un oocito maduro para ser transportado a través de las trompas uterinas para su fertilización y subsecuente implantación en un útero preparado. La tercera fase, la lutea, también dura aproximadamente 14 días y se caracteriza por la luteinización del folículo roto para producir el cuerpo luteo. La fisiología de cada una de estas fases en el ciclo menstrual se entiende mejor al considerar tres compartimientos: neuroendocrino, ovárico, y uterino.

El eje neuroendocrino abarca el hipotálamo, la hipófisis y el ovario. Las neuronas dentro del hipotálamo sintetizan el péptido GnRH, y su secreción esta modulada por los opioides y la hormona liberadora de corticotropina (CRH). La GnRH es secretado directamente dentro de la circulación porta de la hipófisis en forma pulsátil. Esta pulsatilidad se requiere para una actividad adecuada de su receptor localizado en los gonadotropos, que son células localizadas en la hipófisis anterior. En respuesta, los gonadotropos secretan los polipéptidos hormona foliculostimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), llamadas en forma colectiva gonadotropinas, que estimulan al ovario para producir estrógeno e inhibina.

La inhibina suprime entonces la secreción de la FSH, pero no tiene efecto sobre la LH. El estrógeno también afecta hipófisis por medio del aumento de la cantidad de receptores de la GnRH y su sensibilidad a la estimulación de la GnRH. Con la producción continua de estrógenos por los ovarios, se alcanza una concentración crítica durante el tiempo suficiente para ocasionar un incremento repentino del ciclo medio de la LH y la subsecuente ovulación. Después de este incremento repentino, los valores elevados de progesterona producidos por el cuerpo luteo suprimen la liberación de gonadotropina durante toda la fase lutea.

Dentro del ovario, las LH y FSH llevan a la síntesis y secreción de hormonas esteroideas y proteínas paracrinas y autocrinas, dirigiendo la maduración de un solo oocito para la ovulación. Durante la fase folicular temprana, la FSH estimula el crecimiento de un grupo de folículos y aumenta la producción de inhibina y activina en las células granulosas.

La activina actúa en el ovario para aumentar el efecto de la FSH por medio del incremento de la actividad de la aromatasas y de la producción de receptores de la FSH y LH. La LH estimula la producción de andrógenos en las células de la teca, que es aumentada por la inhibina. Los andrógenos se difunden dentro de las células granulosas para convertirse en estrógeno a través de la reacción enzimática de aromatización. En tanto la FESE folicular evoluciona, la producción de inhibina queda bajo el control de la LH, y el aumento de las cantidades de inhibina ocasionan una conversión adicional de andrógenos para producir los valores elevados de estrógeno necesarios para el incremento repentino de la LH.

El incremento repentino de la LH en el ciclo medio desencadena los pasos finales de la maduración del oocito y la reanudación de la meiosis dentro del folículo dominante. Los cambios en las prostaglandinas y proteasa foliculares permiten la lisis de la pared folicular ocasionando la ovulación. Las células foliculares remanentes después de la ovulación se desarrollan en una estructura denominada cuerpo luteo que sintetiza y libera grandes cantidades de estrógeno y de progesterona. La secreción continua del cuerpo luteo requiere la estimulación de LH; en su ausencia, ocurre degeneración.

El compartimiento uterino reacciona a los esteroides producidos en los ovarios a través del ciclo menstrual. Durante la fase folicular, el endometrio prolifera bajo la influencia del estrógeno, creando glándulas simples con secreciones escasas. En la fase lutea, los valores elevados de estrógeno y progesterona estimulan la maduración del endometrio, que desarrolla glándulas tortuosas ingurgitadas con secreciones escasas y proteínas. Además, el endometrio secreta varios factores endocrinos y paracrinós.

Estos cambios son óptimos para la implantación, el cuerpo luteo no puede sostener las concentraciones elevadas de la producción de progesterona y no se puede mantener la vasculatura del endometrio. Esto ocasiona esfacelación del endometrio y el inicio de la menstruación que marca el nadir de los valores de estrógeno y progesterona, finalizando el ciclo. FIG. (4).

CICLO MENSTRUAL

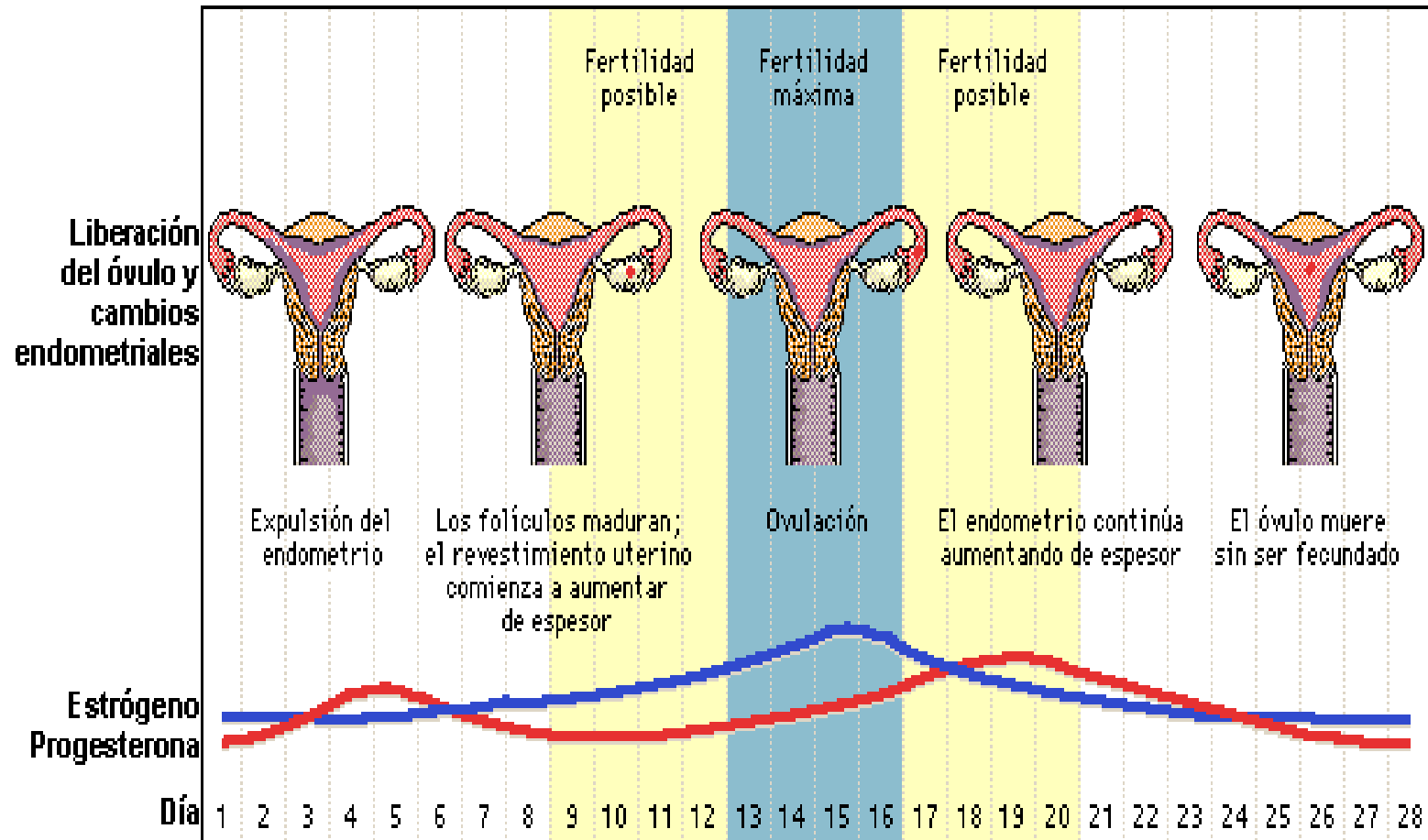


FIG.(4)

LA PIEL

La piel es la capa que rodea y cubre todo el cuerpo y es el órgano más grande en extensión. Dependiendo de la raza, edad, clima, y estado de salud, la piel presenta diferentes tonos de color determinados por la melanina y desempeña varias funciones entre las que están; el sentido del tacto, la eliminación de sustancias tóxicas del organismo por medio del sudor, la protección de los órganos internos y el mantenimiento de la temperatura corporal.

El cuerpo tiene diferentes formas de presentación, es lisa en algunas partes, rugosa en otras para facilitar los movimientos de los huesos y músculos, está libre de vello en ciertas áreas y con cabello abundante como la cabeza; es gruesa en las manos y plantas de los pies y muy delgada en los párpados, firme en las regiones óseas como la frente y flácida en las partes blandas como los testículos. La piel refleja el estado de salud y las emociones como el miedo, la ansiedad y requiere de mucha higiene y cuidados como adecuada alimentación y no exponerla mucho tiempo al sol. La piel es uno de los órganos que nos permite percibir textura, temperaturas y la sensibilidad.

Cada parte del cuerpo está conectada con el sistema nervioso central a través de las terminaciones nerviosas, así, al entrar en contacto con los objetos manda una señal para el cerebro procese la orden de agarrarlo, soltarlo, apretarlo o retirarlo de algún peligro.

La piel es un órgano que cumple funciones específicas fundamentalmente para la vida. Protege al organismo de las agresiones externas, constituyendo una barrera física, bioquímica e inmunológica. Ejerce un efecto de filtro favoreciendo o impidiendo la eliminación o absorción de sustancias, como agua, sales y toxinas. Además que realiza la síntesis de la vitamina D.

La piel está constantemente sometida a las agresiones externas que alteran sus parámetros normales fisiológicos, lo que hace necesario realizar una serie de prácticas cotidianas que preserven o restauren su equilibrio.

La piel, conocida también con el nombre de tegumento, constituye la cobertura de todo el cuerpo. Sirve como defensa a los órganos que se encuentran por debajo de ella y tiene en su interior terminaciones nerviosas encargadas de recoger los estímulos táctiles: corpúsculos de Paccini y corpúsculos de Meissner, cuenta además con anexos como las glándulas sudoríparas, folículos pilosos y uñas.

Su espesor es variable dependiendo de la región que se trata, desde 0.5 a 2.0 mm. Está constituida la piel por tres capas, una superficial llamada Epidermis, una llamada Dermis y otra profunda llamada Hipodermis.

La Epidermis esta compuesta por cinco capas celulares. La dermis esta formada solamente por fibras elásticas, conjuntivas y fibras musculares. Los anexos de la piel, como el pelo y uñas crecen a través de la epidermis y las glandulas sebaceas y las glandulas sudoríparas pertenecen a la dermis. La circulación de la piel es distinta es distinta en las diversas regiones del organismo. La distribución de las arterias cutáneas es mas o menos uniforme, formando una red hipodérmica donde parten ramas que van a las papilas.

La piel es el tejido que envuelve en su totalidad al organismo y a través de el nos pone en contacto con el medio ambiente. Sus funciones son numerosas. Protege los tejidos profundos de la desecación y los traumatismos y ayuda a regular la temperatura del cuerpo.

En su espesor de la piel existen terminaciones nerviosas sensitivas, a través de las cuales se relaciona con el ambiente por medio del sentido táctil y de la presión: puede almacenar temporalmente agua, grasa y sales. Además tiene propiedades de excreción ya que elimina agua y sales con el sudor.

Los anexos de la piel o “FANERAS” son las uñas, los pelos, las glandulas sebaceas y las glandulas sudoríparas.

Las uñas están formadas por células transparentes y escamas celulares parte situada en el folículo y la porción externa denominada tallo que sobresale de la superficie cutánea. El pelo esta constituido por una capa simple de las células escamosas llamada cutícula, una capa intermedia o sustancia cortical donde se localiza el pigmento que le da color al pelo y una capa interna o sustancia medular.

Las glandulas sebaceas se encuentran localizadas en la dermis de toda superficie cutánea, exceptuando la palma de la mano y la planta del pie, siendo muy numerosas alrededor de los orificios naturales del cuerpo, su conducto excretor puede abrirse indistintamente en la superficie de la piel o en folículo piloso; su secreción es el sebo compuesto a basa de grasa, jabones, sales inorgánicas y el colesterol.

Las glandulas sudoríparas están situadas en toda la piel, siendo las de mayor tamaño las que se encuentran en la piel de la frente, de las axilas, en la palma de la mano y en la planta del pie; están formadas por una porción abultada en el tejido subcutáneo. Con su conducto excretor que termina en los poros de la piel por donde excretan el sudor.

La disminución de sudor no es solamente excretar líquidos o sales de eliminación, sino también regular la temperatura mediante perdida de calor por la evaporación del sudor.

La piel es el tejido que envuelve en su totalidad al organismo y a través de él, nos pone en contacto con el medio ambiente, la función de la piel son numerosas. Protege los tejidos profundos de la desecación, traumatismos y ayuda a regular la temperatura del cuerpo.

En su espesor existen terminaciones nerviosas sensitivas a través de las cuales se relacionan con el medio ambiente del sentido táctil y de la presión, puede almacenar temporalmente agua, sales y grasa, además que la piel tiene poder de absorción.

La eliminación de sudor disminuye por el frío y por la salida de líquidos por el aparato urinario, o bien por el intestino cuando es diarrea. La función del sudor no solamente es excretar líquidos o sales de eliminación, sino también regular la temperatura perdida de calor por la evaporación del sudor. FIG(5).

CAPAS DE LA PIEL

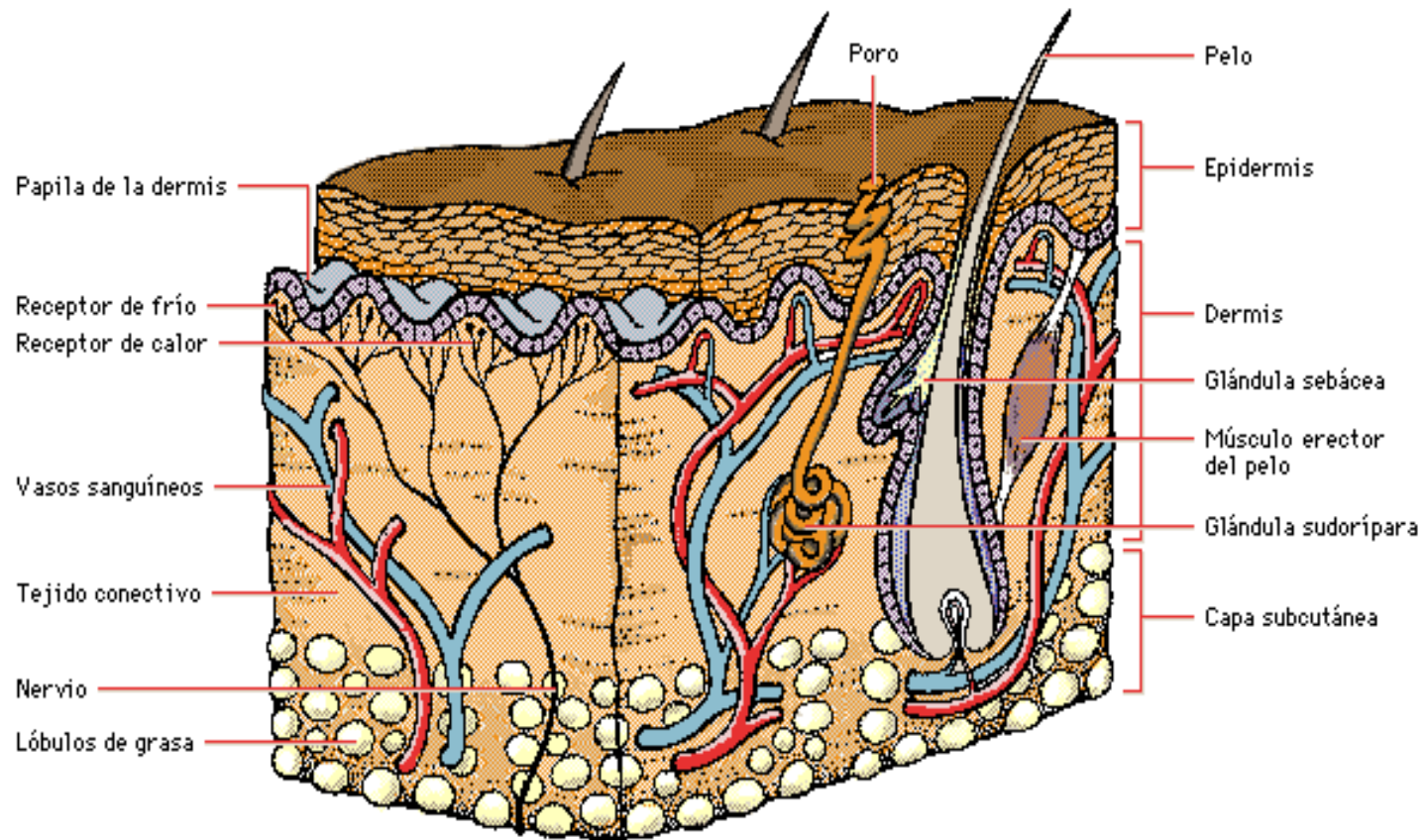


FIG.(5)

MIOMATOSIS UTERINA

Los miomas son tumores benignos estrógeno-dependientes que se originan del músculo liso uterino y contienen elementos conectivos fibrosos. La denominación correcta es la de leiomioma aunque también se designan con los nombres de mioma, fibroma, fibro-mioma y fibroide. Pueden presentar diferentes tamaños y ser únicos o, más frecuentemente, múltiples.

Los fibromiomas son tumores constituidos por fibras musculares lisas, con núcleos alargados, rodeados de fibras de colágeno y de pseudocápsula formada por células musculares lisas. Los tumores son poco vascularizados.

Los leiomiomas uterinos son la neoplasia benigna más común en el sistema reproductor femenino. Es un tumor uterino separado, redondeado, firme, a menudo múltiple, constituido por músculo liso y tejido conjuntivo. La localización más adecuada es por su situación anatómica. FIG. (6)

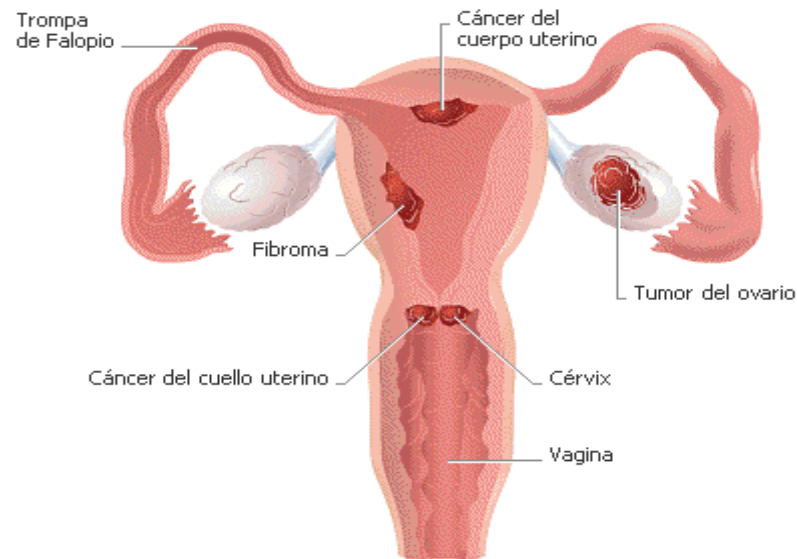


FIG.(6)

FISIOPATOLOGÍA

Los fibromas están formados por fibras musculares lisas organizadas. Estas células musculares fusiformes son homogéneas, con un escaso porcentaje de mitosis. Algunos fibromas se han descrito como mitoticamente activos o fibromas celulares, fibromas celulares hemorrágicos, fibromas atípicos o raros y fibromas epitelioides. Estos fibromas son benignos y deben distinguirse de los leiomiomas.

Es una tumoración derivada de la fibra muscular lisa del útero, generalmente encapsulada, rica en colágeno y que rara vez se maligniza (menos de un 0.5 %) transformándose en un leiomioma.

Los esteroides ováricos parecen intervenir en el aumento de tamaño del leiomioma al mismo tiempo que preservan su actividad benigna manteniendo su diferenciación.

Tanto los estrógenos como la progesterona intervienen activamente en el aumento de tamaño de los leiomiomas estimulando de forma anormal la expresión de factores de crecimiento autocrinos y paracrinos.

ESTRÓGENOS Y FIBROMAS

Los estrógenos se consideran como el principal agente inductor del crecimiento de los fibromas. Este papel se sugiere ante las siguientes constataciones clínicas: los fibromas están presentes y aumentan de tamaño en las mujeres con menstruación y disminuyen después de la menopausia. Durante el embarazo existe una progresión de estos tumores y, durante el tratamiento con agonista o antagonistas de la hormona gonadotropina, la hipogonadotropina inducida reduce el tamaño de los fibromas. Además existe una elevación de los niveles de receptores de estrógenos en el tejido fibromatoso con respecto al tejido sano. Esta elevación es máxima al final de la fase folicular.

PROGESTERONA Y FIBROMA

Existen varios argumentos a favor del papel mitogénico de la progesterona sobre los fibromas. El índice mitótico del fibroma es más elevado durante la fase lútea con respecto a la fase folicular. El índice mitótico de los fibromas aumenta de manera significativa cuando las mujeres toman solamente progesterona y no estrógenos solos.

Los miomas presentan un aumento de la actividad mitótica durante la fase lútea del ciclo, mientras permanecen relativamente inactivos durante la fase folicular. El término benigno no puede ser realmente aplicado a ciertos leiomiomas.

que durante la fase lútea llegan a exhibir 40 o más figuras de mitosis por 100 campos de gran aumento. Estos son los llamados "tumores de potencial maligno desconocido". La actividad mitótica es más alta en mujeres jóvenes, de edades comprendidas entre los 30 y 35 años que pueden tener tumores relativamente pequeños comparados con edades comprendidas entre los 45 y 55 años.

En el miometrio durante el ciclo menstrual, los receptores de estrógenos aumentan progresivamente hasta la mitad de la fase lútea para después disminuir probablemente debido a los altos niveles de progesterona. En los miomas, las síntesis de receptores de estrógenos durante la primera fase del ciclo (1) en la cual el estrógeno está elevado sin la oposición de la progesterona.

El estrógeno, por otra parte, interviene activamente en el aumento de tamaño de los miomas. La inducción de un estado hipoestrogénico se asocia a una disminución del volumen del tumor de aproximadamente un 50%. El tratamiento con agonistas de la Gn-RH reduce sensiblemente el volumen del miometrio lo que demuestra cómo los leiomiomas responden de igual manera que el tejido normal cuando los niveles de esteroides están alterados.

El aumento del número de mitosis en los leiomiomas durante la fase lútea es un claro indicativo del papel mitógeno de la progesterona. Tanto in vivo como in Vitro se comprueba un aumento significativo de la actividad mitótica que es mayor en mujeres tratadas con progesterona que en aquellas tratadas con estrógeno-gestágenos o en mujeres no tratadas con esteroides. Parece que la progesterona y no el estrógeno es la hormona mitógena por naturaleza en los leiomiomas y en el miometrio (2). El tratamiento con un antagonista de la progesterona como el RU 486 ha demostrado ser tan efectivo como el tratamiento con análogos de la Gn-RH (3).

Así pues, parece que la progesterona actuaría elevando la expresión o alterando la función de los factores de crecimiento y de sus receptores específicos. En un momento dado, la elevación de estos factores-receptores o la alteración de su función sería más patente durante la fase lútea cuando la actividad mitótica de los leiomiomas es más elevada.

ETIOLOGIA

Factores epidemiológicos de los fibromas uterinos.

EDAD: La presencia de los fibromas es mas importante apartir de los 40 años de edad.

VARIACIÓN ÉTNICA: Las mujeres de piel negra desarrollan una mayor cantidad de fibromas, mas grandes y en edad mas temprana que las mujeres de piel blanca.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Pone de manifiesto una predisposición familiar a los fibromas, que es 2,2 veces mas frecuente cuando en la familia de primer grado existen mujeres con dos o mas fibromas.

TABACO: habitualmente se asocia el riesgo de fumar con el cáncer, parcialmente el del pulmón. Aunque esto es absolutamente valido, también lo es el riesgo de afecciones cardiovasculares a las que es tan propenso la cliente con miomatosis uterina.

La mezcla fatal el humo del cigarro esta constituido aproximadamente 4,000 diferentes sustancias de las cuales por lo menos 43 pueden ser causantes de cáncer. Sin embargo los principales componentes son la nicotina y el alquitrán.

La nicotina, además de ser la sustancia adictiva del tabaco, provoca el estrechamiento (cierre) de los vasos sanguíneos, lo que ocasiona un esfuerzo extra para el corazón, que debe bombear con mas fuerza para vencer la resistencia vascular.

También a una cierta tendencia a la coagulación de la sangre, lo cual puede dar lugar a trombos (conglomerados o coágulos sanguíneos) que ocluyen el calibre de las arterias, provocando deficiencias de irrigación en el torrente del organismo que se nutre de esos vasos. Por otra parte estos trombos pueden migrar para la circulación y enclavarse en otros vasos pequeños, por ejemplo, a nivel cerebral o de la circulación de las piernas.

El alquitrán es el componente del tabaco que tiñe dientes y dedos del fumador. Esta es solo la manifestación mas visible de un hecho mas trascendente es la acumulación en los pulmones que pierden su condición de “esponja de aire” para transformarse en depósitos de partículas.

Finalmente, el monóxido de carbono es un gas toxico que interfiere con la fijación de oxigeno por parte de los glóbulos rojos, estos efectos se manifiestan hasta casi 6 horas después de haber dejado de fumar un cigarro.

A continuación se menciona algunas de las manifestaciones en el uso prolongado del cigarro.

- 1.- Acelera los latidos del corazón
- 2.- Aumenta la presión arterial.
- 3.- Altera la irrigación sanguínea pulmonar.
- 4.- Disminuye la circulación por contracción o cierre de los vasos sanguíneos.

ALCOHOLISMO: El alcoholismo es el consumo exagerado de alcohol, que ocasiona al bebedor problemas físicos, mentales, emocionales, laborales, familiares, económicos y sociales. Desafortunadamente, el consumo de alcohol aumenta de manera constante, sobre todo entre los jóvenes. Las defunciones por accidentes relacionados con el alcohol (choques, atropellamientos y suicidios) ocupan los primeros entre las causas de muerte.

Para cualquier persona que consuma alcohol en dosis elevadas es dañino para la salud ya que afecta al organismo en general por lo que se recomienda evitarlo.

El alcohol produce sobre el organismo un efecto tóxico directo y un efecto sedante; además, la ingestión excesiva de alcohol durante periodos prolongados conduce a carencias en la nutrición y en otras necesidades orgánicas, lo cual complica la situación. Los casos avanzados requieren hospitalización.

Los efectos sobre los principales sistemas del organismo son acumulativos e incluyen un amplio rango de alteraciones en el aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras de estómago y de duodeno, la pancreatitis crónica y la cirrosis hepática, así como lesiones irreversibles en los sistemas nerviosos central y periférico. Pueden llegar a producirse desmayos, alucinaciones e intensos temblores, síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica más grave, y el delirium tremens, que puede ser mortal a pesar del tratamiento adecuado; esto último contrasta con los síndromes de abstinencia de los opiáceos como la heroína, que aunque muy aparatosos rara vez son fatales.

Se ha demostrado en fechas recientes que la ingestión de alcohol durante la gestación, incluso en cantidades moderadas, puede producir daños graves en el feto, especialmente retraso en el desarrollo físico y mental; la forma más grave de este retraso, poco frecuente, se llama síndrome de alcoholismo fetal.

OBESIDAD: La obesidad se define como el exceso de tejido adiposo en el organismo. La obesidad y el sobrepeso constituyen un importante problema de salud. La obesidad se produce cuando aumenta el tamaño o el número de células adiposas en el organismo de una persona cuando una persona aumenta de peso, estas células adiposas aumentan

primero su tamaño y luego su cantidad. El sobrepeso y la obesidad tiende a que la persona sea propensa a que aparezcan fibromas ya que esta en relación con los estrógenos .

La obesidad se puede prevenir en gran medida cambiando de estilo de vida y, especialmente la dieta.

Factores de riesgo de la obesidad. La obesidad puede afectar a cualquier persona, no hay factores de riesgo absolutos. Sin embargo, ciertos grupos de personas tienen más posibilidades de convertirse en obesos. Los riesgos de la obesidad son:

- Dieta con alto contenido en grasas
- Vida sedentaria-inactividad física
- Antecedentes familiares
- Edad

SEDENTARISMO: Hace más propensas a las personas a enfermar y adquirir más tempranamente signos de envejecimiento. A la vez el estilo de vida en “cámara lenta” conduce al sobre peso, potenciando las posibilidades de morbilidad y mortalidad. Si bien, todo ello es un obstáculo en la salud de las personas jóvenes y en edad productiva, más complicado es el cuadro desde que se ha alcanzado una expectativa de vida.

El sedentarismo aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de adquirir alguna enfermedad. Aumenta el riesgo de hipertensión arterial, depresión y ansiedad. Además, es uno de los factores de riesgo para padecer cáncer de colon y de mamas.

MALA ALIMENTACIÓN: La inadecuada alimentación es otro problema potencialmente serio. No son recomendables las dietas con restricciones severas. Mucha gente suele perder grandes cantidades de peso como consecuencia de la anorexia.

La desnutrición es un potente predictor de mortalidad y su presencia indica la necesidad de una terapia de reemplazo. Es necesaria también la asesoría del nutriólogo con conocimientos.

FACTORES QUE FAVORECEN EL CRECIMIENTO DE LOS FIBROMAS.

PESO: Significativamente se encuentra una asociación significativa de forma positiva entre la obesidad y el crecimiento de los fibromas. En el crecimiento de los fibromas en las mujeres obesas, puede estar implicado el metabolismo de los estrógenos.

VIDA GENITAL Y FERTILIDAD: Los factores significativamente asociados a los fibromas son: primera menstruación antes de los 12 años, nuliparidad voluntaria e infertilidad. Esta última aumenta el riesgo de fibromas con un riesgo relativo.

FACTORES PROTECTORES DE LOS FIBROMAS.

PARIDAD: Los factores protectores son el embarazo, el número elevado de embarazos y la edad tardía del último embarazo.

ANTICONCEPCIÓN ORAL: Seguramente no existe ninguna asociación entre la anticoncepción oral y los fibromas, pero la anticoncepción oral puede ser un factor protector, todavía controvertido, en la aparición de los fibromas.

Píldora anticonceptiva, también conocida como contraceptivo oral, medicamento que evita el embarazo. La píldora es la forma más popular de contracepción reversible, es decir, de control de natalidad temporal que permite a la mujer quedar embarazada con sólo interrumpir el tratamiento. En un uso correcto, este método de control de la fertilidad tiene una eficacia del 94 por ciento.

Actualmente se utilizan dos tipos de píldoras anticonceptivas: combinadas y de progestina. Las primeras, que contienen la hormona sexual femenina estrógeno y progestina (una forma sintética de la hormona femenina progesterona), son las más utilizadas. La píldora se toma durante 21 días seguidos de 7 de placebo (una píldora inactiva, por lo general de azúcar) o sin tratamiento. Se deben tomar todos los días, a ser posible a la misma hora.

Las píldoras combinadas impiden la ovulación (es decir, la liberación del óvulo desde el ovario), aumentan la secreción de mucosa del cérvix o cuello del útero (una pequeña estructura que conecta el útero con la vagina) para dificultar la penetración de los espermatozoides en el útero e impiden el engrosamiento del revestimiento uterino (el endometrio) para que el óvulo fecundado no pueda implantarse en él.

Las píldoras de progestina contienen únicamente un derivado de la progesterona. Al igual que las combinadas impiden la ovulación, engruesan la capa mucosa del cuello uterino y evitan la implantación del óvulo fecundado, pero son un poco menos eficaces. Se prescriben a mujeres que no pueden tomar estrógenos por padecer trastornos, como la tendencia a formar trombos sanguíneos.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

El uso de las píldoras combinadas, además de evitar el embarazo, aporta otros beneficios para la salud. Las mujeres que toman este medicamento están expuestas a un riesgo inferior al normal de sufrir cáncer de endometrio y ovario hasta 15 años después de haber interrumpido el tratamiento. También sufren una incidencia menor de enfermedad inflamatoria pélvica, quistes ováricos, quistes fibrosos mamarios (tumores mamarios no cancerosos), anemia ferropénica y embarazos ectópicos.

Los dos tipos de píldora contribuyen también a controlar las hemorragias menstruales profusas y los calambres, la tensión premenstrual y el acné. La píldora anticonceptiva no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Como efectos adversos podemos considerar un aumento del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en mujeres mayores de treinta y cinco años que presentan algún otro factor de riesgo (fundamentalmente tabaquismo). También parecen estar relacionadas con un ligero aumento de la mortalidad secundaria debida a tromboembolismo pulmonar.

Este método anticonceptivo puede no ser tampoco adecuado para mujeres hipertensas o con insuficiencia cardiaca, renal o de la vesícula biliar, con antecedentes familiares de ataques cardiacos o derrames cerebrales, con historial de cefalea o depresión, con concentraciones elevadas de colesterol o triglicéridos, con epilepsia o diabéticas. Durante los dos o tres primeros meses de uso, la píldora puede inducir cambios de peso, náuseas, a veces vómitos, cefaleas, depresión, sensibilidad excesiva en las mamas y hemorragias entre menstruaciones. Estos efectos secundarios suelen desaparecer con el uso continuado.

Algunos medicamentos, como antibióticos, barbitúricos y antifúngicos, reducen la eficacia de la píldora anticonceptiva. A su vez, ésta puede intensificar el efecto de otros fármacos, como el diazepam, el clordiazepóxido, el alprazolam, la cafeína y la teofilina.

CUADRO CLÍNICO

LOS SÍNTOMAS MAS FRECUENTES SON:

DOLOR: el dolor se refiere a la sensación desagradable sui generis que se percibe, se sufre y se acompaña de respuestas reflejas vegetativas y conductuales, es un estado de alerta. Es un síntoma común que da sentido a la existencia humana, es una manifestación con función protectora frente a agentes nocivos que permiten su localización y por consiguiente facilita su diagnóstico.

el dolor agudo comienza con la estimulación de uno o más de los numerosos receptores sensitivos especiales, denominados nociceptores, que hay en la piel y en los órganos internos. estos receptores reciben información sobre el calor intenso, presión extrema, pinchazos o cortes, u otras acciones que puedan provocar daño corporal. hay dos tipos de fibras nerviosas que llevan esta información desde los nociceptores hasta la médula espinal: las fibras a-delta, que transmiten la información con rapidez y parecen ser responsables de la sensación aguda del dolor; y las fibras c, que transmiten los impulsos de forma más lenta y pueden producir la sensación molesta de dolor.

Dolor referido, dolor que se aprecia en una zona distinta de aquella en que debería sentirse, es decir, en un sitio distante de su verdadero origen. por ejemplo, algunas lesiones cardiacas pueden causar dolor en el brazo izquierdo. se produce porque los nervios sensitivos de diferentes partes del cuerpo comparten vías comunes en la médula espinal.

HEMORRAGIAS UTERINAS: Es la salida de la sangre de los vasos sanguíneos. Puede deberse a una alteración o a una rotura traumática de los vasos sanguíneos, además de aparecer como complicación de muchas otras enfermedades. La hemorragia se detiene mediante el proceso de coagulación de la sangre.

La hemostasia (procedimientos para controlar la pérdida de sangre) se basa en la detención del flujo sanguíneo para que la sangre pueda coagular. La mejor técnica para detener una hemorragia es aplicar presión directa sobre la herida. También es útil la elevación de la parte afectada. Un torniquete se debe aplicar sólo cuando no se pueda reducir la hemorragia por otros procedimientos; la aplicación de un torniquete aumenta el riesgo de amputación.

ASINTOMÁTICAS: El 25% no presentan ningún síntoma.

SANGRADO GENITAL ANORMAL: Aumento de la cantidad de sangre menstrual (menorragia), aumento de los días de menstruación (hiper-menorrea), aumento del número de ciclos (poli-menorrea) y sangrado irregular y abundante (menometrorragia).

- Mayor cantidad
- Mayor duración

DISMENORREA: Dolor con los periodos menstruales.

- Pelvis o parte baja de la espalda.

MASA ABDOMINAL: Por crecimiento exagerado de los miomas.

INFERTILIDAD: Incapacidad para procrear.

DISPAREUNIA: Dolor con las relaciones sexuales.

OBSTRUCCIÓN: Alteración en la evacuación urinaria o intestinal.

- Dificultad para iniciar micción, orinar frecuentemente en pequeñas cantidades
- Estreñimiento o/y opresión rectal

ASTENIA

ADINAMIA

ANEMIA

TRATAMIENTO

Aunque el tratamiento del leiomioma (Fibroma) es fundamentalmente quirúrgico, sin embargo, en ciertos casos se puede y se debe adoptar una actitud conservadora.

TRATAMIENTO MÉDICO

Debe perseguir dos objetivos:

A) ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS (MENORRAGIAS)

B) REDUCCIÓN DEL TAMAÑO DEL TUMOR.

El ideal de todo tratamiento médico debería ser la completa regresión del tumor, pero hasta la fecha, esto no ha sido descrito; por esta razón los tratamientos médicos han tenido en el pasado un papel limitado en el manejo de los miomas. Sin embargo, con los recientes avances en el diagnóstico y técnicas terapéuticas, se le ha dado importancia, tanto como tratamiento sintomático en los miomas como adyuvante en la cirugía.

PROGESTÁGENOS

Son ampliamente utilizados en el tratamiento, pero generalmente se consideran como no efectivos en la menorragia secundaria al mioma. Sin embargo pueden estar especialmente indicados en pacientes perimenopáusicas con miomas, si la hemorragia es debida a una disfunción anaovulatoria, más que a consecuencia directa del mioma.

ESTEROIDES ANDRÓGENOS (DANAZOL Y GESTRINONA)

Se usan en estos casos para:

- Reducir o abolir la pérdida menstrual en paciente con menorragia.
- Relativa disminución del 20% del volumen del mioma uterino.

– Estos agentes pueden ser beneficiosos a corto tiempo en cuanto al alivio de los síntomas, pero a largo uso, dados sus efectos androgénicos y colaterales, los hacen no idóneos.

INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PROSTAGLANDINAS (PG)

Sin embargo se pueden usar en el alivio del dolor pélvico de mujeres con miomas, incluyendo el dolor de la degeneración del mismo.

COMBINACIÓN DE ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA

– A.C.O. (Anticonceptivos orales)

Los A.C.O. actuales con su cierto grado de hipoestronismo no favorecen el desarrollo tumoral; si bien, en los miomas sintomáticos los resultados del tratamiento no son optimistas.

– **Terapéutica hormonal sustitutiva**

En cuanto a su papel en los miomas no está, como en el caso de los A.C.O., muy claro el aumento del volumen del mioma; pero esto no ha sido confirmado en estudios recientes cuando se usan los estrógenos y progesterona en pequeñas dosis

– Disminución de la vascularización tumoral o reducción del flujo de la arteria uterina demostrado por estudios con Doppler.

Su empleo facilitará también la mínima pérdida por hemorragia intraoperatoria, facilitándonos la intervención laparoscópica y por supuesto, en la cirugía conservadora, la integridad de la cavidad uterina.

Indicaciones

En el caso de la miomatosis uterina se puede reducir el tamaño del 30 al 70%, por disminución del factor de crecimiento local. También se puede utilizar dicha terapia para paliar la anemia, junto a otras terapias, en casos de severas metrorragias, antes de la aplicación de un método quirúrgico (miomectomía histeroscópica o histerectomía), durante los tres meses previos.

TIPOS DE HISTERECTOMÍA

La histerectomía es una operación que se realiza con mucha frecuencia. Hay muchas razones por las que una mujer puede necesitar una histerectomía. Sin embargo, existen métodos no quirúrgicos para tratar muchos de estas afecciones. Durante una histerectomía, el útero se puede extirpar de forma total o parcial.

Las trompas de Falopio y los ovarios también se pueden extraer. Una histerectomía parcial (o supracervical) consiste en la extirpación de sólo la parte superior del útero, dejando intacto el cuello uterino

Una histerectomía total consiste en la extirpación de todo el útero y del cuello uterino. Una histerectomía radical es la extirpación del útero, los tejidos de ambos lados del cuello uterino (parametrio) y la parte superior de la vagina.

Una histerectomía se puede realizar a través de una incisión abdominal (histerectomía abdominal) o una incisión vaginal (histerectomía vaginal) o a través de incisiones laparoscópicas (histerectomía laparoscópica a través de pequeñas incisiones en el abdomen).

El médico puede ayudarle a decidir cuál es el tipo de histerectomía más apropiada para usted según sus antecedentes clínicos y el motivo por su operación.

La histerectomía se puede recomendar en los siguientes casos:

- Cáncer de cuello uterino o displasia cervical severa (una condición precancerosa del cuello uterino)
- Cáncer de ovario
- Endometriosis: en los casos en los que el dolor es severo y no responde a otros tratamientos no quirúrgicos
- Tumores en el útero como fibroides uterinos o cáncer endometrial.
- Sangrado vaginal severo y prolongado (crónico) que no se puede controlar con medicamentos
- Prolapso uterino
- Complicaciones durante el parto (como un sangrado incontrolable)

RIESGOS

Los riesgos que implica cualquier tipo de anestesia son:

- Reacciones a los medicamentos
- Problemas respiratorios

Los riesgos que implica cualquier tipo de cirugía son:

- Hemorragia
- Infección

Otros riesgos que se pueden presentar durante la histerectomía pueden ser:

- Lesión de los órganos vecinos, que incluyen la vejiga o los vasos sanguíneos
- Lesión del intestino
- Dolor en las relaciones sexuales

HISTERECTOMÍA VAGINAL

Indicada cuando el tamaño de la víscera permita su extracción por vía vaginal. Esta vía estará contraindicada en los siguientes casos:

1. Sospecha de patología anexial.
2. Ante tamaño límite, falta de experiencia operatoria vaginalista.
3. Cirugía pélvica y procesos inflamatorios crónicos en pelvis menor.

La miomectomía intraoperatoria, siempre con disección intracapsular del mioma, no aporta riesgos y se puede proceder a la fragmentación parcial hasta conseguir la movilidad adecuada.

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

– Laparotomía media infraumbilical sobre incisiones anteriores.

- Patología anexial importante.
- Miomas voluminosos.

Histerectomía Abdominal Total con doble Anexectomía.

- Después de la menopausia.
- Patología anexial bilateral.

La vascularización ovárica seriamente comprometida a partir de este momento debe cuidarse con esmero procurando ser generosos en dejar ligamento ancho por su peculiar vascularización.

HISTERECTOMÍA SUBTOTAL

No deber ser propuesta:

- Riesgo de patología ulterior a pesar de la vigilancia.
- No previene el prolapso de vagina.
- No favorece el orgasmo.

Únicamente es aceptable por dificultades técnicas.

Patología asociada

– Miomas múltiples.

- Miomectomía previa para facilitar campo operatorio; posible aumento de la hemorragia intraoperatoria.

- Mioma de ligamento ancho.

- Mioma del cuello uterino.

– Patología anexial.

Bien por quistes voluminosos uni o bilaterales, bien por patología tubárica inflamatoria. En ambos casos debe ser el cirujano sumamente cuidadoso tanto en el de los miomas múltiples como en el de las patologías anexiales; el dominio de la técnica intrafascial hace menos probable las lesiones.

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

La histerectomía vaginal/abdominal, asistida o realizada en su totalidad con laparoscopia, está en pleno periodo de desarrollo; pero de las series publicadas no parece que el mioma uterino sea una de sus indicaciones más claras.

La asociación del mioma con patologías anexiales, así como en la cirugía vaginal asociada a problemas perineales, la ayuda laparoscópica ocupa un lugar prioritario a tener en cuenta.

Complicaciones

Con una disección precisa, haciéndola perfectamente reglada, no deberíamos tener complicaciones serias.

– La mortalidad operatoria en tantos por mil varía del 0.86 al 1.25 incrementándose con la edad, en el útero gestante y si dicha cirugía se realiza de urgencia.

– La morbilidad digestiva, ureteral, vesical, infecciosa y hemorrágica oscila entre el 0 y 6.5 por mil..

La no valoración del suelo pelviano y su corrección en el tiempo quirúrgico nos puede llevar a la aparición de incontinencia de orina a los 2 ó 3 años, aparición de prolapso vaginal (1%), por fallo de útero sacro.

Finalmente, la recuperación sexual es casi total, alrededor de un 85%..

Expectativas de convalecencia después de la cirugía

La mayoría de las pacientes se recuperan por completo después de una histerectomía. La extirpación de los ovarios junto con el útero en mujeres premenopáusicas ocasiona una menopausia inmediata y se puede recomendar una estrogénoterapia sustitutiva.

Algunas mujeres temen que su función sexual disminuya después de la resección del útero. Los investigadores han encontrado que la función sexual después de una histerectomía depende principalmente de la función sexual que tuviera la paciente antes de la cirugía. Si una mujer tuvo una buena función sexual antes de la cirugía, continuará teniendo una buena función sexual después. Si experimenta una nueva disminución de su función sexual después de la histerectomía, consulte con su médico acerca de las causas posibles.

Convalecencia

El promedio de hospitalización depende del tipo de histerectomía realizada, pero generalmente es de dos a tres días y la recuperación completa puede requerir de dos semanas a dos meses. La recuperación de una histerectomía vaginal o una histerectomía laparoscópica es mucho más rápida que la de una histerectomía abdominal y se presenta menos dolor.

Después de la cirugía, se utilizan medicamentos orales e intravenosos para aliviar el dolor postoperatorio y se puede dejar un catéter en el lugar por uno o dos días para ayudar a la vejiga a eliminar la orina.

Ponerse en movimiento, tan pronto como sea posible, ayuda a evitar los coágulos de sangre en las piernas y otros problemas; de ahí que se recomiende caminar hacia la sala de baño. Después de reestablecerse la función intestinal, se recomienda una dieta normal lo más pronto posible. Se debe evitar levantar objetos pesados durante unas semanas y no tener relaciones sexuales de seis a ocho semanas después de la histerectomía.

VALORACIÓN CON PATRÓN DE RESPUESTAS HUMANAS

UNIDAD: Hospital General Villa.
NOMBRE: Teresa Ruiz Andrade.
EDAD: 40 años SEXO: Femenino
SERVICIO: Ginecología.
FECHA DE NACIMIENTO: 14-Noviembre-64
DIAGNOSTICO MEDICO DE INGRESO: Miomatosis Uterina.

INTERCAMBIO

CEREBRAL

Nivel de conciencia

Persona: si

Lugar: si

Tiempo: si

Apertura de Ojos:

Normal: si

Con problema: no

CARDIACO

Ritmo cardiaco normal

Arritmia

Taquicardia: no

Bradicardia: no

Tensión Arterial

Brazo Derecho: 120/80

Brazo Izquierdo: 120/70

PERIFÉRICO

PULSO	Ausente	Débil	Normal	Fuente
Carotideo	no	no	si	no
Braquial	no	no	si	no
Radial	no	no	si	no

TEMPERATURA

Región: axilar

Hipertermia	no	36.5 a 37 C	Hipotermia	no	
Piel Normal	no	Color Normal	no	Pálida	si
		Cianótica	no	Ictericia	no

OXIGENACIÓN

Taquipnea	no	Bradipnea	no	Frecuencia Respiratoria	22
Regular	si	Irregular	no		
Disnea	no	Ortopnea	no		
Tos	no	Espujo	no		

NUTRICION

Dieta indicada por el medico

Dieta blanda hipocalórica

Comidas

1 no 2 no 3 si mas _____

Alimentos que le gustan

Carne, verduras y picante

Alimentos que le hacen daño

Picante e irritantes

Cambios en el apetito actual

Si si No ----

Ingesta de cafeína

Si ---- No no

Talla 1.60 Peso 68 Kg.

Estado de boca y encías

Color Normal

Húmeda si

Lesiones Ninguna

Dentadura Completa Parcial Incompleta

Superior si _____

Inferior si _____

Utilización de prótesis

Si no No no

Otros Caries

ELIMINACIÓN

Ritmo intestinal habitual

Alteración actual

Estreñimiento si

Diarrea no

Incontinencia no

Remedio para la alteración

Líquido si

Alimentos si

Enema no

Fármacos si

Ruidos intestinales Si ----

no ----

CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES (Datos históricos)

Color: cafés

Olor: olor no tan fétido

Consistencia: normales

(Datos Actuales)

Color: café oscuro

Olor: desagradable

Consistencia: dura

CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA
(Datos Históricos)

Color: poco amarillenta

Olor: normal

PH:

(Datos Actuales)

Color: amarilla

Olor: normal

PH: -----

Sonda Foley: Si si No no

Cantidad en

1 hora: 100-120ml 12 horas 1600-1800 ml 24 horas 3400 ml

Presencia de

Anuria no Hematuria no

Disuria no Polaquiuria no

COMUNICACIÓN

Función de lectura

Normal: si

Dificultad: no

Incapaz: no

Función de escritura

Normal si

Dificultad: no

Incapaz: no

Función del habla

Normal: si

Dificultad: no

Incapaz: no

Observación: La cliente refiere que no esta acostumbrada a leer.

Actividad ayuda con aparatos y personas no

Dependencia total no

ACTIVIDAD

Fatiga Si si No no

Debilidad Si si No no

REPOSO

¿Cuántas horas duerme regularmente por la noche?

Duerme bien pero por lo regular despierta 2 veces por la noche por dolor en la herida o por algun ruido.

¿Siente descanso al despertar?

Si pero a veces le duele la espalda.

¿Auxiliares del sueño?

Caminar.

CONSERVACIÓN DEL ENTORNO

Distribución de cuartos que tiene la casa.

Tiene:

Cocina: si Baño (s): si Escaleras: si

Cuenta con:

Agua: si Drenaje: si Luz eléctrica: si

Tiene animales

Se encuentran:

Dentro de la casa: no Fuera de la casa: si

La casa es:

Propia: si Rentada: no Otros: -----

CONSERVACIÓN DE LA SALUD

¿A que servicio de salud tiene acceso? Centro de salud.

¿A que servicio de salud acudió antes de llegar a esta Unidad? Ninguno.

¿En que servicio lo han atendido en esta Unidad? Consulta externa, ginecología y quirófano.

RELACIONES

Estado civil: Soltera

Viven con:

Familia: si Solo: no Otros: -----

Tiene hijos:

Si ----- No no
Edades: -----

Genero: -----

Trabaja:

Si si No no

Ocupación: Cajera

Agrado por su ocupación: si porque el pago es aceptable.

Preocupaciones laborales: a veces cuando hay algun problema.

Gasto energético

Fisico si Mental si

Estudia Si si No no

Carrera: termino la secundaria.

RELACIONES SEXUALES

Mujer

Menarca: a los 13 años

Menopausia: -----

Frecuencia con que tiene relaciones sexuales

No

Posibilidad de embarazarse: Si nose No ----

Historia de embarazo

Gestaciones: ninguno

Aborto: ninguno

Parto normal: -----

Cesárea (s): -----

Hombre

Posibilidad de embarazar

Si: -----

No: -----

CONOCIMIENTO

ANTECEDENTES DE SALUD

¿Qué problemas importantes de salud ha tenido anteriormente? Ninguna.

¿Cuál es su enfermedad actual? Miomatosis uterina.

¿Cuál fue la causa que le ocasiono la enfermedad? Me comento el doctor que probablemente podría ser por no haber tenido hijos.

¿Qué malestares le ocasiono la enfermedad? Sangrados anormales, dolor en el vientre.

FACTORES DE RIESGO:

Tiene antecedentes familiares de hipertensión o Diabetes: Si su mamá tiene hipertensión arterial..

Fuma: Si: no No: no

¿Cuántas cajetillas al día? Ninguna.

¿Consume alcohol? Poco.

¿Con que frecuencia? Solo cuando hay alguna fiesta de dos a tres copas.

Frecuentemente se encuentra estresado Si: a veces No: -----

¿Qué hace para mitigar el estrés? Tranquilizarse y relajarse.

PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD.

¿Esta enterado el paciente del problema actual? Si: si No: no

¿Qué cuidados le han proporcionado por parte del personal de Enfermería en esta Unidad? La atención es buena me realizan curación en la herida, tendido de cama, medicamentos, dieta, suero, vendaje.

¿Sabe para que sirven esos cuidados? Para mejorar su salud.

¿Le son de utilidad? Si de mucha.

MEDICACIÓN ACTUAL

¿Qué medicamentos toma actualmente? Para la infección y dolor en la herida.

¿Con que frecuencia? Al horario que le toca.

¿En que dosis? De una a dos pastillas.

ALEGRE NO

ENOJADO NO

PREOCUPADO SI

TRISTE SI

SERIO NO

TEMEROSO NO

PERCEPCIÓN

Concepto de uno mismo: Se superar los obstáculos como el de ahora y seguir adelante con el apoyo de mi familia.

Como es su manera de ser: Me considero una persona seria, tranquila.

RELACIÓN Socialización

Facilidad para relacionarse con otras personas: Le cuesta un poco de trabajo relacionarse con otra persona o entablar una platica pero con su trabajo se le esta facilitando conocer a otras personas.

Personas que le pueden ayudar: Con mis hermanos y amigos.

Convivencia con grupos: Si pero no le gusta salir mucho.

Actividades que realiza cuando esta solo: Caminar y escuchar música.

VALORACIÓN

¿Preferencia religiosa?

Católica

¿Tradiciones familiares?

Días festivos.

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO: T.R.A
GENERO: FEMENINO

EDAD: 40 AÑOS
SERVICIO: GINECOLOGÍA

FECHA DE ELABORACIÓN: 17-JULIO-2005

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: HIPERTERMIA RELACIONADO CON ENFERMEDAD (HISTERECTOMÍA)
MANIFESTADO POR AUMENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL Y CALOR AL TACTO.

RESULTADOS ESPERADOS NOC: TERMORREGULACIÓN Y ESTADO DE LOS SIGNOS VITALES.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">INDEPENDIENTES</p> <p>1-BAÑO</p>	<p>1.- En caso de hipertermia el agua disminuye la temperatura corporal.</p> <ul style="list-style-type: none">-Mantenerlo en el agua para disminuir hipertermia durante 10 a 15 min.-El tiempo prolongado desencadena escalofríos y disminución de la capacidad funcional.-Este método puede realizarse frío, tibio, templado o en contraste.-La temperatura del baño, según el objetivo que se desee varia de 4.4 a 27.2 c durante 15 o 20 min. <p>Baño en medicina, inmersión en agua u otras sustancias de la totalidad o parte del cuerpo humano con fines terapéuticos. Se utiliza para diversas enfermedades.</p> <p>BAÑOS FRÍOS Y CALIENTES El efecto terapéutico del baño puede conseguirse mediante la temperatura del agua, a veces ayudado por flujos específicos como la</p>

ducha a presión o el hidromasaje. Los baños a temperatura corporal (37 °C) son relajantes y sedantes; los fríos o calientes son estimulantes. Los baños pueden ser por inmersión o mediante paños húmedos. La inmersión puede ser de todo el cuerpo o de algunas zonas (manos, pies, baños de asiento). Con paños o toallas húmedas se envuelven zonas corporales.

El baño caliente estimula, alivia el dolor (en especial el de las contracturas musculares y el de las artritis), controla las convulsiones, induce el sueño,

Acelera el pulso y la respiración, e incrementa la sudoración ayudando a los riñones en su función y disminuyendo el peso corporal. Los paños calientes son útiles en las alteraciones musculares. El baño frío contribuye a reducir la fiebre alta y disminuye la inflamación.

Los baños estimulantes deben ser de corta duración para evitar agotar al paciente. Los baños templados sedantes pueden prolongarse durante horas e incluso, en algunas enfermedades nerviosas, durante días

Aquellos en que se añade al baño un fármaco o sustancia con fines terapéuticos específicos. La adición de jabón, detergentes, sales de baño o aceites no se considera que tenga efectos terapéuticos. Los masajes con alcohol son refrescantes y útiles para evitar la aparición de escaras.

Los baños alcalinos se han usado con frecuencia en el tratamiento de enfermedades reumáticas. En los baños de vapor y saunas se exponen la piel y los pulmones del paciente al efecto del vapor; éste, además, puede ser medicado. Las aguas carbonatadas y las salmueras se

utilizan en ocasiones, aunque su utilidad es incierta.

-BAÑOS MINERALES

Los baños medicados más conocidos son los de manantiales naturales de aguas termales. Muchas personas afectadas frecuentan los balnearios en busca de las supuestas propiedades terapéuticas de sus aguas y barros.

También a la serie de baños y tratamientos se les llama Hidroterapia, en medicina, uso del agua en el tratamiento de las enfermedades. La hidroterapia fue empleada por los médicos de la Antigua Grecia. El alemán VincenzPriessnitz, popularizó el uso de balnearios en Alemania y en otras zonas de Europa, donde aún es popular. Hay pocas pruebas de que las aguas minerales ofrezcan algún efecto específico que el agua caliente normal o la fisioterapia no puedan aportar.

La hidroterapia tiene muchas aplicaciones. El agua caliente relaja las contracturas; por ello, la hidroterapia ha sido muy útil en el tratamiento de trastornos como distensiones y estiramientos musculares, fatiga muscular y dolores de espalda. El calor se suele utilizar junto con masajes u otros tratamientos manipulativos o estimulantes, como baños de remolino. Los baños Sitz (sentados en agua caliente) son eficaces en el tratamiento de hemorroides inflamadas y dolorosas. El agua es también útil en la fisioterapia ya que los pacientes que llevan a cabo los ejercicios en un medio flotante pueden movilizar las zonas debilitadas de su cuerpo sin tener que vencer la fuerza de la gravedad.

2.-CONTROL TERMICO POR MEDIOS FÍSICOS

2.- Ayuda a verificar y controlar la temperatura corporal ya sea hipertermia o hipotermia.

-Se trasmite al organismo por conducción, convección y radiación, estimula los receptores de las terminaciones nerviosas sensoriales libres.

-La compresa de agua fría disminuye la transmisión de calor, lo absorbe y evita la hipertermia.

-La aplicación de frió por tiempo corto produce constricción local de los vasos superficiales y disminución de la temperatura.

Las glándulas sebáceas segregan humedad que se evapora, enfría la superficie corporal y contribuye a mantener una temperatura corporal normal. en este caso, la piel actúa como un órgano secretor

Temperatura corporal, medida del grado de calor del organismo. . El músculo activo metaboliza los alimentos más rápido que si está en reposo y se libera más calor, por ello la actividad física eleva la temperatura corporal. El temblor es una forma particular de actividad física que pone en movimiento ciertos músculos para estimular el metabolismo y de ese modo calentar el cuerpo.

La temperatura corporal varía en función de la temperatura del medio; siempre es algo inferior a la de éste, para evitar la pérdida de humedad orgánica por evaporación. Como el ritmo metabólico disminuye cuando baja la temperatura exterior.

Fiebre, elevación sostenida de la temperatura corporal. La temperatura corporal normal es de 37 °C. Esta cifra varía en función de dónde se efectúe.

La medición (la rectal es casi un grado más alta que la bucal), la hora del día (los valores más bajos se alcanzan por la mañana y los más altos a media tarde), el sexo de la persona (las mujeres suelen tener cifras algo más altas) y de la actividad física (durante el ejercicio se incrementa la temperatura). La fiebre es un estado patológico debido a una alteración del mecanismo regulador de la temperatura. Los síntomas típicos del estado febril incluyen taquicardia, taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) y cefalea.

Fiebre también origina, por sudoración, una gran pérdida de agua del organismo, pudiendo ocasionar una deshidratación. La pérdida de agua y de apetito y la destrucción de proteínas corporales, ocasiona pérdida de peso.

La mayoría de los episodios febriles pasan por tres estadios diferentes. El primero se inicia con escalofríos y sensación de frío que pueden ir acompañados de temblores violentos; la piel está fría y pálida porque disminuye el flujo de sangre y el paciente experimenta cefalea y pérdida de apetito. El segundo estadio se inicia media hora después del escalofrío: la piel se enrojece y calienta y la temperatura alcanza su pico máximo. Tras un periodo variable de una a varias horas empieza a bajar la temperatura y se inicia el tercer estadio: aumenta profusamente la sudoración y la producción de orina y el paciente empieza a encontrarse mejor.

3.- MANTENERLA EN UN AMBIENTE DE ACUERDO A SU TEMPERATURA CORPORAL.

FLUCTUACIONES

Las variaciones de temperatura son características de las distintas enfermedades, por lo que un cuidadoso examen de la gráfica térmica es útil para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Si la fiebre se mantiene alta durante varios días, sólo con pequeñas fluctuaciones, se llama fiebre continua. Si presenta grandes fluctuaciones y altibajos se llama fiebre remitente. Si baja a determinadas horas del día y sube a otras se llama fiebre intermitente.

3.- El ambiente es el lugar donde se encuentra una persona o individuo es un factor que puede favorecer o perjudicar al paciente de acuerdo a su padecimiento.

-Un ambiente frío desequilibra la temperatura corporal alterando el organismo vivo.

-El medio o entorno en que se encuentra el paciente, permite el equilibrio de la termorregulación .

Las enfermedades causadas por la exposición a ciertos agentes ambientales. el término enfermedad ambiental designa las enfermedades no infecciosas y las producidas por la exposición a agentes que escapan al control del individuo; esto último excluye los procesos derivados de hábitos personales como el fumar, y el uso o abuso de fármacos o drogas como el alcohol.

Las enfermedades laborales relacionadas con la exposición a diversos agentes en el entorno laboral constituyen una categoría importante dentro de las enfermedades ambientales.

Las enfermedades ambientales son producidas por agentes químicos, radiaciones, y fenómenos físicos. Tanto en el medio natural como en el entorno laboral, los efectos de la exposición dependen mucho de la forma en que se recibe: las principales vías son la contaminación atmosférica y la contaminación del agua, los alimentos contaminados, y el contacto directo con ciertas toxinas. La sinergia (la potenciación de dos o más agentes cuando actúan de forma simultánea) se manifiesta, por ejemplo, en el aumento de la incidencia de cáncer de pulmón en los trabajadores expuestos al polvo de asbesto que además son fumadores. La interacción que se produce entre distintos agentes químicos en lugares como basureros o almacenes de residuos plantea un problema sanitario frecuente y de consecuencias desconocidas.

Las enfermedades ambientales pueden afectar a cualquier sistema del organismo. Dependiendo de cómo penetre el agente en el organismo, se metabolice o se excrete, la enfermedad se manifestará de una u otra forma. La piel, pulmones, riñones, hígado o sistema nervioso se ven afectados por múltiples agentes en diversas circunstancias. Muchos de estos agentes ambientales son peligrosos por su capacidad de inducir cáncer, anomalías congénitas o abortos espontáneos (si el feto es expuesto a ellos), y mutaciones en las células germinales. Este último mecanismo implica la capacidad de ciertos agentes ambientales de producir enfermedades genéticas en la siguiente generación.

Dependiendo de la dosis recibida, las enfermedades producidas por los agentes ambientales pueden ser leves o graves, y transitorias o crónicas. Mientras algunos de estos procesos se manifiestan inmediatamente después

INTERDEPENDIENTES

4.-CONTROL DE INFECCIÓN (HERIDA QUIRÚRGICA)

de la exposición, otros tienen un periodo de latencia variable. En el caso del cáncer inducido por agentes ambientales, por ejemplo, este periodo de latencia oscila entre los 15 y los 30 años. Los procesos que se manifiestan inmediatamente después de la exposición a un agente tóxico concreto se atribuyen fácilmente a esa exposición ambiental u ocupacional, pero cuando no existe una relación temporal tan directa, no se llega a identificar en muchas ocasiones la causa, ya que el cuadro clínico no suele ser lo suficientemente específico. A esto se suma el que diferentes causas, ambientales o no, pueden dar lugar al mismo proceso. En tales circunstancias los estudios epidemiológicos de la población expuesta son de gran ayuda para relacionar esa exposición con el cuadro clínico que produce.

4.- La infección es una contaminación patógena del organismo por agentes externos bacteriológicos (hongos, bacterias, protozoos, rickettsias o virus) o por sus toxinas. Una infección puede ser local —confinada a una estructura— o generalizada extendida por todo el organismo. El agente infeccioso penetra en el organismo y comienza a proliferar, lo que desencadena la respuesta inmune del huésped a esta agresión. Esta interacción genera los síntomas característicos: dolor, tumor (hinchazón), rubor (enrojecimiento) local, alteraciones funcionales, aumento de la temperatura corporal, taquicardia y leucocitosis.

Los agentes infecciosos penetran en el organismo por diferentes vías. Las más comunes son la respiratoria, la urinaria y la gastrointestinal, pero hay otras: piel (en especial si está dañada), superficies mucosas,

conjuntiva ocular. Las mujeres gestantes pueden transmitir enfermedades a sus fetos por vía placentaria. La probabilidad y grado de infección están relacionados con la dosis y virulencia del agente patógeno y con la resistencia o inmunidad específicas del huésped contra ese microorganismo. La resistencia a las infecciones está disminuida en muchas enfermedades del sistema inmunológico, en la leucemia y en el cáncer, y en situaciones de quemaduras, lesiones graves, malnutrición, senilidad, estrés, toxicomanías, corticoterapia, quimioterapia antineoplásica... En las personas sanas hay diferentes grupos de bacterias saprofitas, la flora bacteriana natural, que forman una línea de defensa frente a las infecciones leves. Contra las infecciones graves se pueden utilizar antibióticos, sulfamidas y otros fármacos. Las vacunas son útiles para prevenir un buen grupo de enfermedades infecciosas.

En la exploración, el principal objetivo del examen ginecológico es la evaluación de los órganos pélvicos internos y externos femeninos: el útero, los ovarios, las trompas de Falopio, el cérvix, la vagina, los labios menores y los labios mayores. También se explora la presencia de bultos u otros signos de cáncer en las mamas.

De este modo pueden detectarse infecciones de los riñones, de la vejiga o del tracto urinario, diabetes, u otras condiciones que podrían afectar a la salud global de la mujer o hacer inviables los posibles embarazos. Se recomienda la realización de exploraciones ginecológicas regulares a partir de la madurez sexual o en todo caso no más tarde de los 18 años. Las exploraciones deben realizarse incluso después de la menopausia

5.-MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES (CURVA TERMICA)

El diagnóstico de infección se realiza mediante la exploración y las pruebas de laboratorio pertinentes. Entre las infecciones ginecológicas más frecuentes se encuentran la vaginitis y las infecciones por hongos, como la candidiasis, o la tricomoniasis (producida por la tricomonas vaginalis). En la vaginitis, aparece una secreción amarillenta o verde grisácea de olor desagradable.

Existe una sensación de picor y dolor al orinar y con las relaciones sexuales. El tratamiento de la vaginitis consiste en antibióticos orales, cremas y supositorios vaginales, y duchas antibacterianas. En las infecciones por hongos, la secreción es blanquecina y espesa, acompañada en ocasiones de un picor intenso; el tratamiento consiste en cremas o supositorios vaginales de antibióticos. En la tricomoniasis, la secreción es más líquida y de color blanco verdoso o gris, puede haber picor así como dolor, enrojecimiento y olor pestilente. El tratamiento más eficaz son los antibióticos orales.

5.- El control de la temperatura corporal ayuda a verificar alguna anomalía o alteración en el cliente.

-Valora el estado de salud o enfermedad.

-Permite identificar variaciones de la temperatura de acuerdo a la edad, medio ambiente, actividad muscular, metabolismo y condiciones metabólicas.

-La variación fisiológica máxima de temperatura es entre las 17 y 20 horas del día.

El músculo activo metaboliza los alimentos más rápido que si está en reposo y se libera más calor, por ello la actividad física eleva la temperatura corporal. el temblor es una forma particular de actividad física que pone en movimiento ciertos músculos para estimular el metabolismo y de ese modo calentar el cuerpo cumple un papel importante en el mantenimiento de la temperatura corporal gracias a la acción de las glándulas sudoríparas y de los capilares sanguíneos.

En la regulación de la temperatura corporal participan los 4,5 m de capilares sanguíneos contenidos en cada 6,5 cm² de piel.

Cuando se eleva la temperatura corporal se pierde energía calórica, o calor, porque se produce la dilatación vascular y se incrementa el flujo de sangre hacia la superficie cutánea. cuando la temperatura es baja, los capilares sanguíneos se contraen para reducir el flujo de sangre y la consiguiente pérdida de calor a través de la piel.

Termómetro, instrumento empleado para medir la temperatura. El termómetro más utilizado es el de mercurio, formado por un capilar de vidrio de diámetro uniforme comunicado por un extremo con una ampolla llena de mercurio. El conjunto está sellado para mantener un vacío parcial en el capilar. Cuando la temperatura aumenta, el mercurio se dilata y asciende por el capilar. La temperatura se puede leer en una escala situada junto al capilar. El termómetro de mercurio es muy utilizado para medir temperaturas ordinarias; también se emplean otros líquidos como alcohol o éter.

6- ADMINISTRACIÓN DE ANTIPIRÉTICOS

6- Antipirético, fármaco que reduce la HIPERTERMIA..

Constituyen un gran grupo de fármacos con acción antitérmica, analgésica y antiinflamatoria. Se clasifican en salicilatos (aspirina, salicilamida), paraaminofenoles (paracetamol, fenacetina), pirazonas (dipirona o metamizol, fenilbutazona), N-aril-antranílicos (mefenámico, flufenámico) y aril-alkanos y otros (ibuprofeno, diclofenaco, aceclofenaco, indometacina, piroxicam, naproxeno, nabumetona, meloxicam). Actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas al bloquear la enzima ciclooxigenasa. Las prostaglandinas actúan como transmisores y mediadores en los procesos inflamatorios, en el dolor y en el control de los centros termorreguladores del hipotálamo, por lo que la función antipirética de estos fármacos se explica por su efecto periférico antiinflamatorio y por su efecto central termorregulador. También contribuyen a bajar la fiebre dos efectos secundarios de estos fármacos: la vasodilatación periférica y el aumento de la sudoración.

Todos presentan buena absorción por vía digestiva. Su principal inconveniente es la irritación de la mucosa digestiva (por cualquier vía de administración) que desencadena gastralgias, úlcera péptica y hemorragia digestiva. A largo plazo pueden producir alteraciones renales (insuficiencia renal crónica) y hepáticas, por lo que en niños deben usarse preferentemente la aspirina, el ibuprofeno y el paracetamol.

ASPIRINA

Compuesto químico sintético, ácido acetilsalicílico. Se elabora a partir del ácido salicílico obtenido de la corteza del sauce, utilizada, entre otros, por los antiguos griegos y los pueblos indígenas americanos para combatir la fiebre y el dolor. Sin embargo, el ácido salicílico es amargo e irrita el estómago. El químico alemán Félix Hoffman sintetizó en 1893 el derivado acetilo del ácido salicílico como respuesta a la petición de su padre, que tomaba ácido salicílico para el reumatismo.

En la actualidad, la aspirina es el primer fármaco de elección frente a la fiebre, el dolor leve a moderado, y la inflamación debida a la artritis o los traumatismos. Como analgésico es más eficaz que la codeína.

La aspirina produce a veces sangrados gastrointestinales insignificantes que con el tiempo pueden originar un déficit de hierro. Su uso prolongado puede producir también úlceras gástricas. La aspirina no se debe administrar a niños que padezcan varicela o gripe, ya que eleva el riesgo de padecer un síndrome de Reye, una enfermedad muy rara y con frecuencia mortal que afecta al cerebro y a algunos órganos abdominales.

Se piensa que la aspirina actúa interfiriendo con la síntesis de prostaglandinas, implicadas en los procesos inflamatorios y en la fiebre. Los estudios sobre las propiedades anticoagulantes de la aspirina sugieren que la administración de media tableta diaria reduce en algunos individuos el riesgo de infarto de miocardio y de accidentes cerebrovasculares.

Un estudio muy extenso llevado a cabo en Inglaterra y publicado a finales de 1993 señalaba que el tratamiento

prolongado con aspirina ayuda a evitar la formación de coágulos potencialmente mortales en los vasos sanguíneos tras cirugía de derivación y otras intervenciones.

Otras investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos e Inglaterra, han demostrado que la aspirina puede favorecer también el crecimiento del feto en el útero, reducir el riesgo de cáncer rectal y de colon y de ceguera en la diabetes, enlentecer la formación de cataratas y retrasar ciertas manifestaciones del envejecimiento de la piel.

PARACETAMOL

fármaco analgésico y antipirético que está indicado para el tratamiento del dolor leve (cefaleas) y del dolor generalizado de músculos y para bajar la fiebre. al igual que otros analgésicos habituales como la aspirina y el ibuprofeno, su efecto se produce a través de la inhibición de la síntesis de prostaglandinas. el paracetamol no disminuye la inflamación como otros analgésicos, pero es el único que no irrita la mucosa del estómago. una sobredosis de paracetamol puede producir lesiones graves en el hígado.

antipirético, fármaco que reduce la fiebre.

Los antiinflamatorios no esteroideos (aines) constituyen un gran grupo de fármacos con acción antitérmica, analgésica y antiinflamatoria. se clasifican en salicilatos (aspirina, salicilamida), paraaminofenoles (paracetamol, fenacetina), pirazolonas (dipirona o metamizol, fenilbutazona), n-aril-antranílicos (mefenámico, flufenámico) y aril-alkanos y otros (ibuprofeno, diclofenaco, aceclofenaco, indometacina, piroxicam, naproxeno, nabumetona,

meloxicam). actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas al bloquear la enzima ciclooxigenasa. las prostaglandinas actúan como transmisores y mediadores en los procesos inflamatorios, en el dolor y en el control de los centros termorreguladores del hipotálamo, por lo que la función antipirética de estos fármacos se explica por su efecto periférico antiinflamatorio y por su efecto central termorregulador. también contribuyen a bajar la fiebre dos efectos secundarios de estos fármacos: la vasodilatación periférica y el aumento de la sudoración.

Todos presentan buena absorción por vía digestiva. su principal inconveniente es la irritación de la mucosa digestiva (por cualquier vía de administración) que desencadena gastralgias, úlcera péptica y hemorragia digestiva. a largo plazo pueden producir alteraciones renales (insuficiencia renal crónica) y hepáticas, por lo que en niños deben usarse preferentemente la aspirina, el ibuprofeno y el paracetamol.

El paracetamol es un analgésico-antipirético no narcótico con acción selectiva en el sistema nervioso central sin bloqueo cortical, cuya absorción en el tubo digestivo es rápida y completa, con una vida media de 4 horas después de una administración oral única. Aproximadamente, 90 a 95% se conjuga primariamente con el ácido glucurónico y se elimina por excreción urinaria a través de diferentes metabolitos; sólo 3% se elimina sin cambios. Su efecto terapéutico se prolonga hasta por seis horas sin producir irritación gástrica a dosis terapéuticas.

FEBRAX

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Analgésico y antipirético. En el tratamiento sintomático del dolor y de la fiebre, como complemento de la terapia con antibióticos en infecciones de las vías respiratorias.

Dolores: Osteomusculares moderados, otalgias, cefalea, en postoperatorio y posparto.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA: El naproxeno sódico es un antiinflamatorio, analgésico y antipirético no esteroideo que se absorbe rápida y completamente del tracto gastrointestinal; debido a su absorción rápida y completa, se obtienen niveles significativos en plasma a los 20 minutos de su administración, inhibe la síntesis de las prostaglandinas y se une a la albúmina sérica en 99%, con una vida media biológica de aproximadamente 13 horas. Aproximadamente, el 95% de una dosis de naproxeno sódico es excretada en orina como naproxeno inalterado, 6-0 desmetilnaproxen y sus conjugados. Se ha encontrado que la velocidad de excreción coincide estrechamente con la velocidad con la que desaparece la droga del plasma.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al naproxeno sódico y/o al paracetamol.

Pacientes a quienes el ácido acetilsalicílico u otros analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos hayan provocado síndromes asmáticos, rinitis.

No deberá emplearse en pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes orales, insuficiencia hepática y/o renal, agranulocitopenia, gastritis aguda o úlcera duodenal, anemia y estados cianóticos.

PRECAUCIONES GENERALES: FEBRAX no deberá administrarse a pacientes con úlcera péptica activa. En pacientes con historia de enfermedad gastrointestinal, naproxeno deberá administrarse bajo estrecha supervisión. Las reacciones adversas gastrointestinales

serias, incluyendo sangrado gastrointestinal y perforaciones, se incrementa linealmente con la duración del uso de naproxeno (u otros antiinflamatorios no esteroideos). Como con otros antiinflamatorios no esteroideos, existe probablemente un riesgo mayor de reacciones adversas con el uso de dosis mayores de este medicamento.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: No se deberá administrar FEBRAX durante el embarazo ni la lactancia.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Con el uso de naproxeno sódico, ocasionalmente se han reportado: Molestias abdominales, malestar epigástrico, náuseas, cefalea, *tinnitus*, vértigo y edema periférico, y muy rara vez, meningitis aséptica, colitis, ulceraciones gastrointestinales, dermatitis, angioedema, alopecia, reacciones de fotosensibilidad en las cuales la piel muestra una apariencia similar a la porfiria cutánea o epidermólisis bulosa, anemia aplásica y hemolítica, disfunción cognoscitiva, erupciones cutáneas, eritema

multiforme, estomatitis ulcerativa, granulocitopenia, hematuria, hepatitis fulminante, hipoacusia, ictericia, incapacidad para concentrarse, insomnio, nefropatía, neumonitis eosinofílica, reacciones anafilácticas a las formulaciones de naproxeno sódico, sangrado y/o perforación gastrointestinal, síndrome de Stevens-Johnson, trombocitopenia, vasculitis, crisis convulsivas y vómito. Aunque en estudios metabólicos realizados a la fecha no se ha informado de retención de sodio, es posible que los pacientes con función cardíaca comprometida o dudosa puedan presentar un riesgo mayor cuando se les administra este compuesto.

Las posibles reacciones secundarias atribuibles al paracetamol son: Ligera somnolencia, náuseas, anemia, agranulocitosis, trombocitopenia, erupciones cutáneas, glositis, neutropenia, pancitopenia, leucopenia, urticaria, vómito y lesiones de las mucosas.

Se ha reportado con los supositorios: Molestia rectal, ardor, escozor, tenesmo, hematuria y proctitis.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: En los pacientes a los que se les esté administrando hidantoínas, deberá tomarse en cuenta que el naproxeno se une a las proteínas plasmáticas, por lo que en ocasiones se hace necesario ajustar la dosis. Se ha reportado que este tipo de fármacos pueden inhibir el efecto natriurético de la furosemida y aumentar la concentración plasmática de litio. Los agentes antiinflamatorios no esteroideos pueden reducir el efecto antihipertensivo del propranolol y de otros betabloqueadores. Los fármacos antiinflamatorios reducen

	<p>la secreción tubular del metotrexato en animales, incrementando probablemente su toxicidad.</p> <p>No se han informado interacciones entre el naproxeno y los anticoagulantes o las sulfonilureas. Debido a que este tipo de interacción se ha observado con otros agentes antiinflamatorios no esteroideos, se aconseja tener cuidado.</p> <p>Como con otros agentes antiinflamatorios no esteroideos, el naproxeno sódico puede incrementar el riesgo de falla renal asociado con el uso de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina I.</p> <p>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Oral, rectal.</p> <p>TABLETAS:</p> <p>Adultos: Dos tabletas como inicio de tratamiento y posteriormente una tableta cada 6 a 8 horas hasta que se obtenga el control de los síntomas.</p>
--	---

EVALUACIÓN: DISMINUYÓ LA HIPERTEMIA CON LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIPIRÉTICOS, BAÑO Y MEDIOS FÍSICOS EN EL MOMENTO QUE SE REALIZÓ LAS INTERVENCIONES.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: ANSIEDAD RELACIONADA CON AMENAZA DE CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD MANIFESTADA POR EXPRESIÓN DE PREOCUPACIÓN DEBIDAS A CAMBIOS EN ACONTECIMIENTOS VITALES, INCERTIDUMBRE. ANGUSTIA, NERVIOSISMO, TEMOR, SEQUEDAD BUCAL Y TRANSTORNOS DEL SUEÑO.

RESULTADOS ESPERADOS NOC: CONTROL DE LA ANSIEDAD.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">INDEPENDIENTES</p> <p>1-MANEJO AMBIENTAL</p>	<p>1.- Ayuda a que el paciente se sienta tranquilo y en confianza disminuyendo la ansiedad ya que el ambiente es un factor muy importante para el paciente.</p> <p>-Ayuda al paciente a integrarse al medio hospitalario. -Mantiene en condiciones optimas de acuerdo a su entorno. -Desarrolla las relaciones interpersonales y de comunicación.</p> <p>Un ambiente terapéutico requiere de relaciones humanas y familiares adecuadas a cada situación.</p> <p>El ambiente que un individuo requiere desde su ingreso a un medio hospitalario ya sea para diagnostico o tratamiento, debe como parte de un sistema, esta formado por una serie de elementos que en forma cotidiana tiendan a lograr un máximo de eficiencia y eficacia en su atención, a través de la utilización de recursos tanto humanos como físicos.</p>

Si partimos de que el ambiente terapéutico lo forma un grupo de factores externos potencialmente capaces de influir en su organismo, podemos conceptualizarlo como:

El conjunto de elementos físicos y humanos que comprendan la interacción del personal de la institución de salud con el paciente y familiares, que estimulen al primero hacia su salud o rehabilitación.

Un ambiente terapéutico por parte del personal de enfermería tiene como objetivo satisfacer necesidades y problemas de salud, desarrollar las relaciones interpersonales y de comunicación, ayudar al paciente a integrarse al medio hospitalario, reintegrar al paciente a su hogar, en condiciones optimas posibles de vida, estudio y trabajo.

Por parte del personal de enfermería como parte del equipo de atención a la salud, debe conocer durante su formación profesional que existen actividades diferentes, que asumidas frente al paciente, puede influir en el logro de los objetivos de la atención de enfermería. Las actitudes de cada integrante de enfermería tiene, repercuten en el desempeño de las actividades técnicas interpersonales o socializadoras, según las necesidades o problemas de cada paciente; estas actividades son técnicas, socializadoras e interpersonales.

RELACION DE AYUDA en relación al paciente, debemos comprenderlo como unidad de valores, deseos, emociones, y necesidades, durante la enfermedad son alterados y por ende también su conducta habitual se modifica, la cual debe interpretarse oportunamente por el personal de enfermería, a fin de ofrecer una relación de ayuda. La relación de ayuda es aquella en la que una

2-TECNICAS DE RELAJACIÓN

persona facilita el desarrollo personal de la otra, le ayuda a madurar, a adaptarse, a integrarse y abrirse a sus propias experiencias.

En el momento en que un paciente ingresa al hospital, se debe pensar de inmediato que ocupara una determinada sección en donde permanecerá por un tiempo para la recuperación de su salud; es por esto que consideramos de suma importancia que la unidad clínica se encuentre en optimas condiciones para que el paciente, que va a permanecer en ella, no se sienta como un extraño y colabore en el tratamiento ya sea medico o quirúrgico. La unidad clínica puede conceptuar como el área (factores ambientales), mobiliario, y equipo necesario para el cuidado de un solo paciente.

2.- Procedimientos para la consecución de estados psicofísicos opuestos a la conmoción y la tensión, cuyas características son una disposición anímica positiva y una sensación de bienestar, pero, sobre todo, la supresión de la angustia. La frecuencia baja de los latidos del corazón es señal de relajación.

Entre las más conocidas técnicas de relajación se encuentran el entrenamiento autógeno, Las técnicas se aplican de forma terapéutica en el tratamiento de diferentes trastornos de conducta y neurosis, como la angustia, o en enfermedades psicósomáticas que se manifiestan o van unidas a determinadas contracturas musculares. En los casos en los que existen tensiones musculares crónicas y dolorosas se emplean psicofármacos miorrelajantes como terapia de ayuda.

La hipnosis es también un método apropiado en la terapia

de relajación. Al lado de la narcosis, se emplea para producir el estado de relajación necesario para poder iniciar un tratamiento de angustia fóbica, a través de una activa desensibilización. En los trastornos extremos de angustia, en los que se producen numerosas contracturas, se utiliza una terapia auxiliar denominada de relajación condicionada.

Tiene la ventaja de que se puede practicar en cualquier lugar y en cualquier momento, aunque es mejor hacerlo en una posición confortable con los ojos cerrados y con una relajación completa de todos los músculos. La mayoría de programas de meditación prestan mayor atención al medio interno, a algún aspecto de los sentimientos, un pensamiento, un proceso físico, o un sonido. También se puede intentar con un enfoque externo, como un objeto o una actividad física.

La propuesta de la relajación es separarse de ciertas actividades que someten al cuerpo a un excesivo estrés. La mayoría de las técnicas de relajación consisten en un entrenamiento de los músculos del cuerpo para evitar tensiones ocultas.

Las técnicas de relajación también enseñan a los individuos a reconocer ligeras tensiones de la vida diaria lo que les permite afrontarlas. Cuando un individuo está estresado, se activa la llamada "respuesta de lucha o de arrebato", con la que la persona sufre un incremento en la frecuencia cardiaca, la tensión arterial y la frecuencia respiratoria. Uno de los instrumentos más utilizados por los terapeutas es la respiración profunda, puesto que la tensión produce por sí misma cambios en la respiración.

Las personas sometidas a estrés tienden hacer respiraciones cortas y superficiales. El yoga es la forma de relajación que utiliza la respiración y las posturas del cuerpo para mejorar la agilidad, tanto física como mental, y reducir la tensión lo que permite una relajación del cuerpo. El yoga postula la felicidad como un estado de tranquilidad y equilibrio internos, con paz interior y armonía como pilares de la terapia.

AROMATERAPIA

La aromaterapia data de los antiguos egipcios, que usaban aceites de esencias naturales como el eucalipto, la lavanda y el clavo para tratar trastornos de la piel.

Los terapeutas administran aceites de diversas formas, por lo general mediante fricciones en la piel. El cuerpo absorbe los aceites y éstos circulan a través de él. Los defensores de este tipo de medicina alternativa postulan que condiciones tan diversas como la inflamación, la piel grasa, la piel seca, la gripe y el descenso de inmunidad física, pueden ser tratadas de forma satisfactoria con la aromaterapia. Los trastornos emocionales también se pueden tratar con aceites aromáticos: aceite de rosas para los celos, la camomila para el enfado y el hisopo para la tristeza.

- VISUALIZACIÓN

La visualización es el uso de la imaginación para crear imágenes de situaciones y condiciones deseadas. Con cualquier técnica de visualización, cuanto más poderosa y completa es la imagen, más grande será la respuesta.

El uso consciente de visualizaciones permite a los participantes usar la imaginación de manera estructurada, estableciendo claros vínculos con los sueños y deseos, lo cual permite una relajación y control de los síntomas físicos de la enfermedad. En resumen, si uno piensa que se siente bien, se encuentra mejor. Además si intentamos visualizar cómo es nuestro cuerpo por dentro, podemos tratar de sobreponernos a algunas enfermedades físicas frecuentes como la hipertensión (tensión arterial alta). Algunas personas creen también que con una visualización efectiva encaminada a mejorar la eficacia del sistema inmunológico se puede frenar la progresión del cáncer o del SIDA, aunque este aspecto provoca una gran polémica. Las visualizaciones permiten reafirmarse en sentimientos y combatir el estrés y algunas manifestaciones físicas de la enfermedad.

-MASAJES

El principio subyacente del masaje es que toda la información recibida por el individuo debe ser recibida primero por el cuerpo, y la manera en que el cuerpo la recibe afecta, finalmente, a la manera en la que el cerebro la recibe. Por ello el cuerpo influye en la mente y a la inversa, la mente influye en el cuerpo.

El masaje intenta unificar, coordinar, e integrar cuerpo y mente estimulando nervios y músculos, y se basa en la teoría de que cada parte del organismo está controlada por un nervio espinal. La presión suave desde las yemas de los dedos se emplea para suprimir la función nerviosa, y una presión mayor para estimularla.

3.-REALIZAR TERAPIA OCUPACIONAL

MEDITACIÓN

La meditación eficaz depende de un cuidadoso control de la respiración y la concentración intensa en un único objeto.

La meditación busca alcanzar el autocontrol y el control de las relaciones con el entorno. Durante la meditación el pensamiento se separa de la percepción, de esta forma el individuo.

Tiene la ventaja de que se puede practicar en cualquier lugar y en cualquier momento, aunque es mejor hacerlo en una posición confortable con los ojos cerrados y con una relajación completa de todos los músculos. La mayoría de programas de meditación prestan mayor atención al medio interno, a algún aspecto de los sentimientos, un pensamiento, un proceso físico, o un sonido. También se puede intentar con un enfoque externo, como un objeto o una actividad física.

3.-Tratamiento de la enfermedad con distintos medios. Implica el manejo y cuidado del paciente para combatir un trastorno físico o mental. Los tipos de terapias más importantes son acupuntura; cirugía; radiación; quiropráctica; homeopatía; hidroterapia; hipnosis; medicina; terapia ocupacional; tratamiento de los huesos; fisioterapia; psicoterapia.

TERAPIA OCUPACIONAL

Terapia ocupacional, tratamiento que implica una actividad útil planeada que favorece la recuperación de las personas afectadas por una enfermedad mental o una incapacidad física que algunas veces aparecen tras un accidente.

Este tipo de terapia es proporcionada por un terapeuta ocupacional bajo la dirección de un médico. Considerada en su origen como una forma de ocupar el tiempo de los pacientes en periodo de convalecencia, en la actualidad la terapia ocupacional se ha convertido en un programa de actividades de trabajo que se seleccionan por su valor físico, mental, emocional y vocacional.

El trabajo del terapeuta está basado en la valoración que realiza el médico sobre el diagnóstico, pronóstico, personalidad y limitaciones físicas y emocionales, así como en los objetivos que se persiguen. Con frecuencia el terapeuta emplea una forma de rehabilitación vocacional para la que selecciona actividades que tratan de enseñar tareas básicas de la vida diaria a aquellos que nunca las han aprendido o que las han perdido, como en el caso de quienes han sufrido una amputación o de aquellos que por otra razón están impedidos físicamente.

Además, cuando el terapeuta trabaja con pacientes que nunca han tenido un empleo, que han desempeñado tareas que no requerían ninguna técnica, o con aquellos cuyo tipo de trabajo debe cambiar debido a la incapacidad adquirida, debe también recurrir al uso de pruebas prevocacionales y a la orientación.

El terapeuta cualificado está instruido en actividades como la jardinería, las industrias manuales, la música, distintos tipos de entretenimientos, y la enseñanza en artesanías como el modelado de arcilla o la marroquinería. Después de determinar la buena disposición del paciente para participar en un campo determinado, el terapeuta utilizará una o más de estas actividades para obtener el resultado deseado. Con independencia de que trate con un enfermo físico o emocional, un paciente crónico, adultos normales, ancianos o niños, el terapeuta desarrolla su trabajo en dos áreas: la funcional y la psicológica.

El terapeuta ocupacional valora la conducta del paciente desde el punto de vista de sus capacidades y ventajas, así como de sus disfunciones e impedimentos. La terapia funcional se centra en las funciones y disfunciones del sistema muscular y nervioso y en cómo las actividades planeadas pueden ayudar mejor a desarrollar o restablecer las capacidades sensoriales, motoras y perceptivas. Está indicada en aquellos casos en que la incapacidad física limita las actividades de una persona en términos de cuidados diarios, ocio y trabajo.

El programa de terapia ocupacional se individualiza con el fin de desarrollar y restablecer al máximo la coordinación nerviosa o muscular, aumentar la movilidad de las articulaciones, y fortalecer los músculos dentro de los límites de la tolerancia física del paciente. La terapia funcional también tiene en cuenta las motivaciones de los pacientes para llevar a cabo las actividades con sentido terapéutico.

Con independencia de si el impedimento deriva de una incapacidad física o de una enfermedad mental, la

<p>4.-TERAPIAS DE APOYO EMOCIONAL (FAMILIAR Y GRUPAL)</p>	<p>rehabilitación psicológica del paciente es importante. La terapia ocupacional se centra en la realización de actividades planificadas útiles que proporcionen al paciente triunfos escalonados que le ayudarán a vencer la falta de confianza en sí mismo, la escasa autoestima, la dificultad de enfrentarse al estrés y la depresión.</p> <p>La terapia ocupacional se centra en obtener un equilibrio entre el trabajo, el juego y el descanso, en maximizar la función independiente y en considerar al paciente como un sujeto capaz y no como un impedido.</p> <p>4.-La comunicación Enfermera-paciente ayuda a mantener una buena relación conociendo sus necesidades, emociones, deseos, que durante la enfermedad son alterados y por ende también su conducta se modifica la cual debe interpretarse oportunamente por el personal de enfermería, a fin de ofrecer una relación de comunicación efectiva.</p> <p>La comprensión del procedimiento disminuye o calma la ansiedad.</p> <p>La relación de comunicación es aquella en la que una persona facilita el desarrollo personal de la otra, le ayuda a madurar, integrarse a sus propias experiencias compartiendo sus problemas y emociones.</p> <p>TERAPIA DE FAMILIA: Concepto global de procesos sociales y psicoterapéuticos cuyo objetivo es tratar problemas de comunicación familiar y desajuste emocionales dentro de la familia.</p>
---	--

La comunicación problemática dentro de la familia está considerada como una de las causas más frecuentes de problemas psíquicos y especialmente de desviación de conducta en los niños.

Al igual que en las demás terapias, en la de familia resulta decisivo para el éxito final establecer al comienzo un diagnóstico cuidadoso. El objetivo es mejorar la estructura de comunicación y el ambiente emocional.

Los conflictos entre hermanos son uno de los principales problemas familiares y a menudo los padres no logran entender sus causas, por lo que no cabe esperar gran ayuda por su parte para la resolución. Al contrario, la situación familiar puede empeorar por reacciones inadecuadas frente a las rivalidades entre hermanos, dando lugar al agravamiento de los problemas e incluso a la aparición de conflictos entre los padres.

Por lo tanto, resulta fundamental analizar en primer lugar la situación de la familia. Es importante que todos sus miembros tengan la oportunidad de presentar sus expectativas a los demás, comentar sus experiencias emocionales conflictivas y expresar su concepto de convivencia positiva.

Bajo la dirección experta del terapeuta familiar, éste puede intentar crear un ambiente familiar abierto desde el punto de vista de la comunicación y positivo desde el punto de vista emocional, en el que resulte posible entender y solucionar los posibles conflictos.

TERAPIA DE GRUPO

Concepto que engloba diferentes procedimientos de psicoterapia en los que el terapeuta trata determinados temas que guardan relación con los problemas de los participantes de un grupo de entre cinco y diez personas. La interacción entre los miembros del grupo es la principal fuente para solucionar los conflictos existentes.

Toda terapia de grupo lleva a cabo procesos de dinámica de grupos que utiliza para ensayar diferentes conductas. Al margen de los procedimientos específicamente terapéuticos, en un grupo existen y se desarrollan múltiples posibilidades de identificación mutua y de reacciones simultáneas entre sus miembros, pero la terapia de grupo ofrece además la posibilidad de probar nuevas formas de conducta en el grupo y comparar las reacciones individuales con las de los otros miembros.

Para una terapia de grupo se toman en consideración tanto grupos abiertos, con participantes que varían, como grupos cerrados. La duración de cada sesión difiere según el terapeuta; algunos fijan previamente el final de cada sesión y otros trabajan sin problemas de tiempo. Además de la conversación como eje de la terapia, cobran importancia otras actividades como el psicodrama o la terapia de grupos. Asimismo, los elementos del análisis transaccional y de la terapia primaria se emplean con mayor asiduidad.

Formas particulares de la terapia de grupo son la terapia de familia y la terapia de pareja.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">INTERDEPENDIENTES</p> <p>5.-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (ANSIOLÍTICOS)</p>	<p>5.- ANSIOLÍTICOS: Medicamento utilizado contra la ansiedad y sus diferentes manifestaciones, como el insomnio. Los ansiolíticos o tranquilizantes menores comprenden numerosos productos agrupados en varias familias: benzodiazepinas (oxazepam, lorazepam, bromazepam), carbamatos (meprobamato, por ejemplo) e hidroxicina, entre otros.</p> <p>Los medicamentos llamados ansiolíticos son psicotropos prescritos primordialmente para combatir la ansiedad. No obstante, algunos tienen una segunda indicación que a veces es la más utilizada, cuando no la única aprovechada, en la práctica. La hidroxicina es un antihistamínico empleado en el tratamiento de la alergia, en particular de sus manifestaciones cutáneas. El meprobamato ejerce una interesante actividad contra los temblores. Determinadas benzodiazepinas (tetrazepam) se prescriben como miorrelajantes para aliviar las contracturas musculares dolorosas asociadas con ciertos trastornos reumáticos.</p> <p>Las benzodiazepinas en general, y algunas de ellas en particular (diazepam), forman parte del arsenal terapéutico clásico contra las convulsiones epilépticas. Otras (nitrazepam, triazolam) ejercen una acción inductora del sueño de potencia suficiente para utilizarlas como hipnóticos (contra el insomnio).</p>

El consumo de benzodiazepinas, excesivo y, en general, demasiado libre, debería ser objeto de seguimiento médico riguroso. Estos medicamentos inducen una somnolencia peligrosa para los conductores de vehículos y máquinas. Pueden provocar toxicomanía en forma de dependencia psíquica, acompañada de síndrome de abstinencia en caso de interrupción brusca de un tratamiento prolongado.

DIAZEPAN

Tranquilizante suave utilizado para tratar la ansiedad y la tensión nerviosa. También se emplea en el tratamiento de la intoxicación alcohólica aguda, el insomnio, los espasmos musculares y cierta clase de convulsiones. Está clasificado como benzodiazepina y actúa bloqueando la actividad nerviosa en determinadas zonas del cerebro, lo que induce un efecto calmante.

Se dispensa en las farmacias con receta médica en sus distintas presentaciones: comprimidos, supositorios, inyectables, etc. Según el estado del paciente, la dosis oscila entre 2 y 10 mg, de 2 a 4 veces al día, con un máximo recomendado de 60 mg diarios. El alivio de los síntomas suele apreciarse después de tres a cinco días de tratamiento. Como puede crear hábito, normalmente no se prescribe su uso durante más de tres semanas.

Los pacientes con enfermedades mentales o glaucoma de ángulo estrecho (una enfermedad ocular) no deben tomar este medicamento. Debe administrarse con precaución a quienes sufran insuficiencia hepática o renal, depresión grave o epilepsia. No es inocuo durante el embarazo ni la lactancia ni debe administrarse a niños de menos de seis meses. Tampoco se debe combinar con bebidas

alcohólicas.

Son posibles efectos secundarios la somnolencia, los mareos, la fatiga y el deterioro de la coordinación muscular. Los pacientes que sufran estos síntomas no deben conducir, manejar maquinaria peligrosa ni realizar otras actividades de riesgo mientras dure el tratamiento. Otros posibles efectos secundarios son visión borrosa o doble, confusión, depresión, vahídos, dolores de cabeza, dificultad en el habla, náuseas, estreñimiento, exantema e hipotensión. Los pacientes que sigan un tratamiento prolongado (más de cuatro semanas) pueden experimentar síntomas de privación si la administración se interrumpe abruptamente. Son síntomas característicos del abandono calambres abdominales, sudoración, vómitos, temblores o convulsiones. La sobredosis provoca somnolencia, confusión o coma.

El diazepam interacciona negativamente con numerosos medicamentos, entre ellos tranquilizantes, anticonvulsivos, antidepresivos (en especial inhibidores de la monoaminoxidasa o IMAO), barbitúricos, narcóticos y anticonceptivos. También puede interactuar adversamente con cimetidina, digoxina, fluoxetina, ranitidina y rifampina.

TAFIL (TABLETAS) (Alprazolam)

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada TABLETA contiene: Alprazolam 0.25, 0.50, 1.0 y 2.0 mg

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Ansiedad: Esto se puede describir variadamente como neurosis de ansiedad, trastorno de ansiedad, síntomas de ansiedad, etc., dependiendo de las regulaciones locales y nosología psiquiátrica.

Ansiedad asociada con depresión: Esto se puede describir variadamente como una mezcla de ansiedad-depresión, ansiedad asociada con la depresión.

Trastornos de pánico: Esto incluye los trastornos de pánico con o sin agorafobia.

Las características fundamentales del trastorno de pánico son los ataques inesperados de pánico, o una rápida aparición de aprehensión, temor o terror intenso.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA: TAFIL® (alprazolam) es una triazolo-benzodiazepina.

El exacto mecanismo de acción de TAFIL® no ha sido establecido hasta ahora. Clínicamente, todas las benzodiazepinas causan una depresión del sistema nervioso central dosis-dependiente variando desde mínimas alteraciones hasta la hipnosis. Después de una administración oral, el alprazolam es rápidamente

absorbido alcanzando los picos séricos entre 1 y 2 horas después de la administración.

La vida media de eliminación del alprazolam es de 12 a 15 horas, siendo la orina la principal vía de excreción.

Como las otras benzodiazepinas, el alprazolam atraviesa la barrera placentaria y se excreta por la leche materna.

CONTRAINDICACIONES: Alprazolam está contraindicado en pacientes con sensibilidad conocida a las benzodiazepinas.

PRECAUCIONES GENERALES: No se ha establecido el uso en la depresión. La habituación y dependencia emocional/física se puede presentar con el alprazolam. Se debe tener precaución especial al prescribir benzodiazepinas a pacientes que están propuestos al abuso de drogas (por ejemplo, alcohólicos o adictos a drogas) debido a su predisposición a la habituación y dependencia.

Los síntomas después de una disminución rápida o la discontinuación abrupta de las benzodiazepinas incluyendo al alprazolam puede variar desde una disforia leve e insomnio hasta un síndrome mayor que puede incluir calambres abdominales y musculatorios, vómito, sudación, temblores y convulsiones.

Adicionalmente, se ha presentado ansiedad y/o ataques de pánico de rebote e hipomanía o manía con la disminución rápida o la discontinuación abrupta de la terapia con alprazolam.

Los trastornos de pánico se han asociado con los trastornos depresivos. Por lo tanto, se debe tener máxima precaución con el uso concomitante de alprazolam y medicamentos psicotrópicos.

Se les debe advertir a los pacientes acerca del uso de alprazolam mientras se estén operando vehículos motorizados o se esté realizando otras actividades peligrosas.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: TAFIL® Tabletas: la dosis óptima se debe individualizar basándose en la severidad de los síntomas y la respuesta individual del paciente. En pacientes que requieran de una dosis mayor, la dosificación se debe incrementar con precaución para evitar las reacciones adversas.

En general, los pacientes que no hayan recibido previamente medicamentos psicotrópicos requerirán de una menor dosis que los que hayan sido tratados previamente con tranquilizantes menores, antidepresivos o hipnóticos.

Se recomienda que el principio general de usar la dosis efectiva menor se siga en pacientes mayores o pacientes debilitados para evitar el desarrollo de la ataxia o sobredosificación. Duración del tratamiento. Los datos disponibles para sustentar el uso de hasta 4 meses para la ansiedad

	<p>asociada con depresión y de hasta 8 meses en el tratamiento de trastornos de pánico con o sin evasión fóbica.</p>
--	--

EVALUACIÓN: LA CLIENTE MOSTRO CIERTA MEJORA EN CUANTO A LA ANSIEDAD, EXPRESANDO SUS SENTIMIENTOS, LA COMUNICACIÓN ENFERMERA-CLIENTE Y LA ADMINISTRACIÓN DE ANSIOLÍTICOS.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

RESULTADOS ESPERADOS NOC: EVITAR EL RIESGO DE INFECCIÓN.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">INDEPENDIENTES</p> <p>1.- LAVADO DE MANOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y PACIENTE.</p>	<p>1.Procedimiento por medio del cual se asean las manos, con base en reglas de asepsia, además ayuda a fomentar o mantener los hábitos higiénicos y disminuir la transmisión de enfermedades.</p> <p>Para el lavado de manos se utiliza jabón, cepillo de cerdas y toallas desechables. El lavado de manos disminuye la transmisión de enfermedades. La sanitización reduce aun nivel de seguridad el numero de contaminantes bacterianos. Los microorganismos se diseminan por vía respiratoria, tubo digestivo, sangre, por contacto directo o vía aérea.</p> <p>-En las manos se encuentra flora residente como el estafilococo coagulasa negativo, el estafilococo aureus. Etc,. Que para nosotros son inocuos, pero si infectan a pacientes inmuno comprometidos, a neonatos a prematuros, apacientes con procedimientos invasivos pueden ocasionar en ellos y nosotros procesos infecciosos y llegar hasta la sepsis.</p> <p>Además en las manos tenemos flora transitoria procedente de todo lo que tocamos: pacientes infectados, equipos y mobiliario contaminado, todo tipo de objeto.</p> <p>El objetivo de el lavado de manos es reducir la flora</p>

residente y eliminar la flora transitoria. Fricción breve (30 segundos) y enérgica de las superficie de manos y enjuagar al chorro de agua. La lubricación en las manos ayuda a evitar grietas El método mecánico de limpieza favorece la remoción de sustancias que ofrezca resistencia. A menor tensión superficial, mayor penetración del agente químico en los tejidos.

La agresión microbiana por factores mecánicos o químicos incrementan las lesiones de la piel. Las superficies externas del organismo, cavidades y conductos al exterior, contienen microorganismos.

La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea, los espacios unguales son fuente de contaminación.

Existen detergentes con poder toxico que dañan los tejidos. El contacto del agente químico con los microorganismos dependen de la tensión superficial y la presencia de material orgánico (pus, sangre,)

La piel y mucosas sanas e integras son líneas

de defensa contra agentes infecciosos, la limpieza aumenta la seguridad del paciente desde el punto de vista microbiológico, disminuyendo el riesgo de infección.

2.-CURACIÓN DE HERIDA

2. HERIDA: Es cualquier rotura de la superficie externa o interna del cuerpo que produce separación de tejidos y está causada por una fuerza o agente lesional externo. Las heridas se clasifican según el objeto que las produce en incisivas, o corte, si son producidas por un instrumento u objeto cortante; punzantes, si el instrumento tiene punta estrecha; lacerantes, si se acompaña de un desgarro del tejido; contusa si existe derrame o hematoma.

En cuanto a su profundidad, las heridas se clasifican en penetrantes, si la herida atraviesa una parte del cuerpo y lesionan una cavidad, superficiales si no implica la destrucción de tejido profundo, profundas si afectan a músculos y huesos y perforantes si resulta que alcanzan una víscera hueca. Las heridas sépticas o infectadas son aquellas en las que una zona está contaminada por bacterias, que pueden producir supuración o destrucción de tejidos.

Las heridas curan con la formación de tejido fibroso y granulaciones, que constituyen lo que después se denomina cicatriz. Los riesgos que implican las heridas incluyen la posibilidad de rotura de un vaso sanguíneo provocando una hemorragia y la posibilidad de introducir bacterias patógenas y material extraño, causa de infección.

Es importante la limpieza cuidadosa y la extirpación de los tejidos no viables. Los antibióticos son eficaces para combatir la infección. Cuando sea necesario, se deben administrar plasma o sustitutos del plasma para combatir el shock.

Favorece la cicatrización por primera intención y evita el proceso infeccioso. La desinfección en una curación de herida es el proceso físico o químico por el cual se destruye los agentes patógenos, excepto las esporas.

Los microorganismos patógenos son diseminados por métodos directos e indirectos. La humedad y solventes facilitan la remoción del material de curación adherido a las heridas.

El proceso biológico de reparación tisular es variable en tiempo, a través de su fase productiva y fibroplásica.

Las solubilidad de los jabones se produce en presencia del agua. A mayor número de microorganismos, se requiere mayor concentración del agente destructor.

La piel y mucosas suele ser lesionadas por agentes químicos, mecánicos térmicos y microbianos.

La herida quirúrgica se considera mas limpia en relación a la zona circundante. Las heridas contaminadas requieren de un cepillado e irrigación a chorro, para facilitar limpieza y tratamiento. La escisión de tejidos necrosados, cuerpos extraños y esquirlas presentes favorecen una rápida cicatrización. Los agentes químicos tienen propiedades bactericidas, bacterioestáticas o bacteriolíticas.

El agua corriente favorece el arrastre mecánico de microorganismos, la humedad favorece el crecimiento bacteriano. La presencia de orina, material fecal, jugos gástricos o intestinales en las heridas requiere que la piel

<p>3.-CAMBIO DE APOSITO</p>	<p>circundante se proteja de irritaciones.</p> <p>El material de curación proporciona las condiciones necesarias de protección al pacientes en tratamientos medico-quirúrgicos. La circulación sanguínea transporta materiales que nutren y reparan los tejidos corporales.</p> <p>La separación de material o equipos sucios en lugares adecuados, aumenta la seguridad del paciente y personal de salud desde el punto de vista microbiológico.</p> <p>El asegurar continua y oportunamente el material de equipo de curación necesario, evita perdida de tiempo y esfuerzo. Los detalles de la explicación al paciente acerca de las condiciones de la herida dependen de sus necesidades.</p> <p>3.-Los desechos orgánicos, exudados incrementan la posibilidad de infección. La protección de heridas con material estéril evita su contaminación.</p> <p>Los apositos secos inhiben la multiplicación y el paso de gérmenes, la protección del epitelio superficial antes de fijar el material adhesivo, evita lesiones posteriores</p> <p>Los apositos son rectángulos de algodón cubierto con gasa, su tamaño es de aproximadamente 15 cm. de largo por 5 cm, de ancho, se utiliza para cubrir las heridas y lograr una mejor absorción de las secreciones.</p> <p>El aposito es un material que se utiliza como método curativo que se aplica sobre una lesión o herida.</p>
-----------------------------	---

<p>4.-REALIZAR VENDAJE ABDOMINAL</p>	<p>El material y equipo debe conservarse estéril, por medio de envolturas o recipientes que reúnan ciertas características de seguridad y confiabilidad desde el punto de vista bacteriológico, en cuanto a tamaño, integridad y naturaleza. La envoltura es el material con el cual se protege el equipó con que se va a someter a la esterilización. Las fuentes de contaminación determinan el tipo de medidas a usar para su control.</p> <p>La piel posee flora bacteriana temporal y permanente. El lavado de manos antes de colocar el aposito reduce la flora temporal. El conocimiento de los elementos que integran un material o equipo permiten ahorro de tiempo y esfuerzo, así como la disminución en la contaminación.</p> <p>La revisión periódica de material como apositos disminuye la contaminación de este y permite una mayor limpieza al colocarlo en la herida, el aire, el polvo y secreciones nasofaríngeas son fuentes de contaminación en el material para curación. También el número de bacterias que contiene el aire depende de la cantidad de polvo que este eleve.</p> <p>4.-El vendaje abdominal le permite tener mayor movimiento y comodidad al paciente ya que ayuda a que no haya dolor en cuanto a la herida por la misma compresión que se realiza.</p> <p>La acción de vendar corresponde a la aplicación de una venda sobre una parte del cuerpo, con fines preventivos o terapéuticos y tiene como propósito los relativos a: COMPRESIÓN: Para cohibir hemorragias, fomentar la absorción de líquidos y prevenir la perdida de líquidos</p>
--------------------------------------	---

tisulares. **CONTENCIÓN:** Para limitar los movimientos de extremidades o articulaciones en casos de luxación, esguince o fractura, sujetar material de curación y proporcionar calor y protección. **CORRECCION:** para inmovilizar una parte del cuerpo y corregir deformidades.

Para lograr tales propósitos es necesario poseer conocimientos relacionados con los tipos de vendas según el material y forma para su uso clínico, así como las normas generales de aplicación y retiro de un vendaje según su método y región en que se aplique.

La venda es una tira de tela, lienzo o banda de diversas clases de materiales sus partes integrantes son cuerpo o rollo, canos inicial y terminal, caras internas y externas, permite inmovilizar total o parcialmente una zona.

El uso de vendas limpias previene la contaminación, los gérmenes proliferan en las zonas tibias, húmedas y sucias.

Los vendajes limpios y bien aplicados proporcionan bienestar al paciente, la presión sobre los tejidos puede afectar la circulación sanguínea.

La humedad de la piel y la fricción de dos superficies, lesionan las células epiteliales. La colocación del cuerpo de la venda hacia arriba, facilita su manejo durante la aplicación del vendaje.

Una longitud exagerada de la venda dificulta la aplicación correcta del vendaje. La aplicación metódica y sistemática de maniobras en el paciente evita complicaciones

5.-VIGILAR HERIDA QUIRÚRGICA

biológicas, psicológicas y sociales.

5.-La detección oportuna y correcta de las manifestaciones clínicas permite la remisión del paciente a profesionales de la salud indicados.

Las manifestaciones clínicas de infección son además de las correspondientes al proceso inflamatorio, la formación de pus, hipertermia, taquicardia, taquipnea, anorexia, náuseas, vómitos y cefaleas.

La aproximación de bordes tipo y volumen de secreción, presencia de inflamación o infección, dolor pulsátil, fiebre, cefalea, anorexia, determinar el tipo de curación a realizar,

Los desechos orgánicos, exudados, entre otros, incrementan la posibilidad de infección.

Los procesos infecciosos en heridas, son ocasionados por gérmenes grampositivos (estafilococos, estreptococo, clostridios) o gramnegativos (Escherichia coli, aerobacterias, proteus y pseudomonas).

Realizar curación en la herida cada que sea necesario, esto permite que la herida mejore rápidamente y ayuda en el proceso de cicatrización.

Una herida quirúrgica ocurre en los treinta días postoperatorio.

6.-ALIMENTACIÓN EFICAZ

6- Ayuda a que el paciente consuma sus alimentos de acuerdo a sus limitaciones fijas.

-Permite introducir alimentación líquida a cavidad gástrica

además ayuda a mantener el estado nutricional del paciente.

Los nutrientes y otras sustancias alimenticias, y la forma en que el cuerpo las asimila. sólo es posible tener una idea aproximada de los complejos procesos que los nutrientes experimentan dentro del cuerpo: cómo se influyen, cómo se descomponen para liberarse en forma de energía y cómo son transportados y utilizados para reconstruir infinidad de tejidos especializados y mantener el estado general de salud del individuo.

La cantidad de nutrientes recomendada se obtiene de estudios realizados para determinar los niveles adecuados de consumo con el fin de prevenir o contrarrestar signos específicos de insuficiencia en personas alimentadas de acuerdo a dietas experimentales controladas. tales estudios indican la demanda media de nutrientes para satisfacer el criterio de adecuación elegido.

Es un nivel de consumo en el cual es poco probable que el individuo pueda mantener un estado de salud normal y conservar la integridad metabólica.

Una alimentación adecuada permite al paciente mantenerse en buen estado de salud proporcionando lo necesario para su organismo.

-Mantiene en equilibrio el metabolismo con horarios establecidos de acuerdo a sus necesidades durante su estancia.

-Regula el flujo de la alimentación hasta su termino indicado.

-El flujo rápido ocasiona una sensación desagradable en

nasofaringe y quizá hiperistaltismo.

La cantidad de nutrientes recomendada viene establecida por las autoridades competentes nacionales y algunas internacionales, para indicar las cantidades máximas de nutrientes necesarias para llevar una dieta sana y equilibrada. estas cantidades, sin embargo, varían de persona a persona.

Comer alimentos variados; mantener el peso ideal; evitar el exceso de grasas y aceites, grasas saturadas y colesterol; comer alimentos con suficiente almidón y fibra; evitar el exceso de azúcar y sodio, y, en caso de beber alcohol, hacerlo moderadamente.

Los buenos hábitos en horarios, temperatura de los alimentos, masticación previa de los mismos y evitar los irritantes y bebidas aseguran una mejor salud, tanto del estomago como el duodeno.

Los alimentos nos proporcionan la energía que necesitamos para crecer, para la actividad física y para las funciones corporales básicas (respirar, pensar, control de la temperatura, circulación de la sangre y digestión).

También nos proporcionan los materiales necesarios para desarrollar y mantener el cuerpo y para reforzar la resistencia a las enfermedades. Estas funciones diferentes son posibles gracias a los nutrientes contenidos en los alimentos. Los nutrientes que contienen los alimentos son los hidratos de carbono, las proteínas, las grasas, las vitaminas, los minerales y el agua.

Todos los alimentos contienen uno o mas de esos

nutrientes en cantidades distintas, cada tipo de nutriente desempeña unas funciones concretas, esta es la razón de la importancia de una dieta variada para gozar de una buena salud, necesitamos todos los nutrimentos aportados por la variedad de alimentos, para todos nuestros procesos corporales.

La nutrición es uno de los indicadores de la salud, tanto a nivel individual como colectivo en el que juega un papel muy importante algunos factores externos como son la disponibilidad de alimentos, cultura, conocimientos sobre valores nutritivos y poder adquisitivo.

La diferencia existente entre alimentación y nutrición, es que la primera estriba en el acto de seleccionar, preparar e ingerir los alimentos y la segunda se refiere, al conjunto de cambios que se establecen entre un organismo vivo y el medio ambiente.

Los conocimientos acerca del aparato digestivo, nos orienta hacia la forma de participar con el equipo de atención a la salud en la satisfacción de las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado.

La satisfacción de necesidades nutricionales busca como objetivo, satisfacer los requerimientos nutricionales del paciente, también mantener el equilibrio entre los indicadores antropométricos y el estado nutricional esto ayuda a disminuir y evitar complicaciones.

El estado emocional y el dolor alteran las secreciones gástricas e interfieren en el proceso digestivo, así como la nutrición y alimentación esta determinada por edad, actividad y estado fisiológico.

INTERDEPENDIENTES

7.- ADMINISTRAR ANTIBIÓTICOS

Existen alteraciones orgánicas que requieren de la utilización de dietas específicas que contribuyan a la conservación o recuperación de la salud o bien al control del padecimiento.

Las anomalías congénitas, estados infecciosos, neoplasias, obstrucciones, heridas y trastornos por agentes químicos en el aparato digestivo, son factores que modifican la nutrición.

7.-Los antibióticos son compuestos químicos utilizados para eliminar o inhibir el crecimiento de organismos infecciosos. Una propiedad común a todos los antibióticos es la toxicidad selectiva: la toxicidad es superior para los organismos invasores que para los animales o los seres humanos que los hospedan.

CEFTRIAXONA

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada frasco ampula con polvo contiene:

Ceftriaxona sódica
equivalente a 0.25 g 0.50 g 1.00 g
de ceftriaxona

Cada ampolleta con diluyente contiene:

Agua inyectable 5.0 mL 10.0 ml

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: AXTAR® IV es muy

estable ante la mayor parte de las b-lactamasas (penicilinasas y cefalosporinasas) de las bacterias gramnegativas y grampositivas. Es activa frente a los siguientes microorganismos:

Infecciones del tracto respiratorio bajo: Causadas por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Proteus mirabilis*, *Serratia marcescens*. **Infecciones de piel y tejidos blandos:** Causadas por *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus viridans*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Proteus mirabilis*, *Morganella morganii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens*, *Acinetobacter calcoaceticus*, *Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus*.

Infecciones del tracto urinario (complicadas y no complicadas): Causadas por *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Morganella morganii*, *Klebsiella pneumoniae*.

Gonorrea no complicada (cervical/uretral, rectal y faríngea): Causada por *Neisseria gonorrhoeae*, productor o no de penicilinasas.

Enfermedad inflamatoria pélvica: Causada por *Neisseria gonorrhoeae*.

Septicemia bacteriana: Causada por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Escherichia coli*,

Haemophilus influenzae, Klebsiella pneumoniae.

Infecciones de huesos y articulaciones: Causadas por Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae.

Infecciones intrabdominales: Causadas por Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Bacteroides fragilis, Clostridium sp (excepto C. difficile), Peptostreptococcus.

Meningitis: Causada por Haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae. También ha sido utilizada con éxito en meningitis por Staphylococcus epidermidis, Escherichia coli.

Profilaxis quirúrgica: La administración preoperatoria de una dosis única de 1 g de ceftriaxona reduce la incidencia de infecciones postoperatorias en pacientes bajo procedimientos quirúrgicos clasificados como contaminados o potencialmente contaminados (ejemplo, histerectomía vaginal o abdominal, colecistectomía por colecistitis crónica por cálculos en pacientes de alto riesgo, como en aquellos mayores de 70 años). Cuando se administra previo a la cirugía, protege de la mayoría de las infecciones causadas por microorganismos susceptibles durante el curso del procedimiento.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA: La actividad bactericida de AXTAR® IV se debe a la inhibición de la síntesis de la pared celular y del septo bacteriano, probablemente por acilación de las transpeptidasas unidas

a la membrana. Esto impide el entrecruzamiento de las cadenas de peptidoglicanos, que es necesario para la resistencia y rigidez de la pared celular bacteriana. Además, se inhiben la división y el crecimiento celulares y frecuentemente se produce la lisis y la elongación de las bacterias sensibles. Las bacterias que se dividen rápidamente son las más sensibles a la acción de las cefalosporinas.

Cerca de 85 a 95% de AXTAR® IV se une a las proteínas plasmáticas dependiendo de la concentración. Se ha reportado que 2 horas después de la inyección intramuscular de 0.5 y 1 g, los picos de concentración plasmática son de 43 y 80 mg/ml, respectivamente. La vida media plasmática no depende de la dosis y varía entre 6 y 9 horas, y es más prolongada en neonatos. La vida media no cambia apreciablemente en pacientes con moderado deterioro renal, aunque sí en pacientes con severo deterioro renal, especialmente cuando éste se debe a una falla renal. Se distribuye en los tejidos y fluidos; en casos de meningitis, alcanza concentraciones terapéuticas en el líquido cefalorraquídeo.

Además, atraviesa la placenta. Se excreta en la leche materna a bajas concentraciones; se encuentran altas concentraciones en la bilis.

Cerca de 40 a 65% de una dosis de AXTAR® IV se excreta de forma inalterada en la orina, principalmente por filtración glomerular, el resto es excretado en la bilis y en las heces.

CONTRAINDICACIONES: Está contraindicado en

pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a las cefalosporinas. Existe la posibilidad de reacciones alérgicas cruzadas en pacientes alérgicos a la penicilina, embarazo, lactancia y nefritis intersticial.

PRECAUCIONES GENERALES: Los pacientes que no toleran cefalosporinas, las penicilinas o los derivados de las penicilinas, o la penicilamina puede que tampoco toleren las cefalosporinas. Aunque se han administrado cefalosporinas sin incidentes en algunos pacientes con alergia de tipo rash, se recomienda tener precaución cuando se administren a pacientes con historia de anafilaxis a la penicilina.

Dosis para adultos:

I.M. o I.V.: De 1 a 2 g (base) cada 24 horas; o 500 a 1 g cada 12 horas.

Infecciones gonocócicas (no complicadas): 250 mg como dosis única I.M.

Profilaxis perioperatoria: I.V. 1 g (base) de media hora a dos horas antes del inicio de la cirugía. La dosis total máxima no debe superar 4 g al día.

Dosis pediátricas:

I.M. o I.V.: De 25 a 37.5 mg (base) por kg de peso corporal cada 12 horas.

Meningitis: I.V. 50 mg (base) por kg de peso corporal cada 12 horas, hasta un máximo de 4 g al día. La dosis total máxima no debe superar los 2 g (base) para otras infecciones.

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBRE-

DOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: Ya que no existe ningún antídoto específico, el tratamiento de la sobredosificación debe ser sintomático y de apoyo. AXTAR® IV no es eliminable mediante hemodiálisis. Como ocurre con todos los betalactámicos, es posible que se presenten reacciones anafilácticas, en cuyo caso se debe administrar epinefrina IV seguida de un glucocorticoide.

PRESENTACIÓN: Caja con un frasco ampula con liofilizado con 250 mg, 500 mg y 1 g con ampolleta con 5 ml, 5 ml y 10 ml de diluyente, respectivamente.

CEFOTAXIMA

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada frasco ampula contiene:

Cefotaxima sódica
equivalente a 500 y 1,000 mg
de cefotaxima base

Cada ampolleta con diluyente contiene:

Agua inyectable con 2 y 4 ml.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: CEFOCLIN* está indicado en infecciones simples o mixtas, producidas por gérmenes sensibles a la cefotaxima. Entre ellos, estafilococos, estreptococos (Streptococcus faecalis es poco sensible), Streptococcus pneumoniae, E. coli, Citrobacter, Salmonella, Klebsiella, Enterobacter

aerogenes, Serratia, Proteus (indolpositivos e indolnegativos), Haemophilus influenzae, Neisseria. Parcialmente, Enterobacter cloacae, Pseudomonas aeruginosa y Bacteroides fragilis. Es de destacar en especial su actividad frente a bacterias gramnegativas. El espectro terapéutico de CEFOCLIN* abarca las siguientes infecciones locales y generales: del aparato respiratorio, renales y de las vías urinarias eferentes, óseas y de las articulaciones, tejidos blandos y piel, de la cavidad abdominal, otorrinolaringológicas, de los órganos genitales, ginecológicas y obstétricas, sepsis, endocarditis, meningitis en quemaduras o heridas infectadas.

CONTRAINDICACIONES: CEFOCLIN* está contraindicada en hipersensibilidad a las cefalosporinas y en casos de hipersensibilidad a la penicilina; aunque investigaciones experimentales realizadas en animales de laboratorio no han revelado indicio alguno de eventuales malformaciones o acciones lesivas sobre el embrión y feto; no se recomienda su administración durante el embarazo, a menos que el médico evalúe el beneficio potencial de su uso.

PRECAUCIONES GENERALES: Es aconsejable vigilar la función renal del paciente.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: Su uso durante el embarazo y la lactancia queda estrictamente bajo la responsabilidad del médico.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: A pesar de la buena tolerancia local y general de la cefotaxima, en

algún caso pueden presentarse reacciones inflamatorias de la pared venosa que se pueden evitar con la inyección lenta (3 a 5 minutos). Pueden presentarse también manifestaciones alérgicas, reacciones cutáneas, eosinofilia, fiebre medicamentosa, anafilaxia, leucopenia pasajera y aumentos transitorios de los valores enzimáticos séricos.

En algunos casos se puede presentar diarrea, sin que sea necesario suspender la medicación. Un shock anafiláctico es posible, pero extremadamente raro.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Intramuscular profunda, intravenosa. La dosis, el modo de administración y el intervalo entre inyecciones se establecen según la gravedad de la infección, y la sensibilidad del germen patógeno a la cefotaxima.

Adultos y niños mayores de 12 años: 1 g de CEFOTAXIMA* (cefotaxima) cada 12 horas. En casos graves la dosis total diaria puede aumentarse hasta 12 g, de acuerdo con la siguiente pauta:

Lactantes y niños menores de 12 años: Según la gravedad de la infección 50-100 mg/kg/día (en lactantes hasta 150 mg/kg/día) distribuidos en dosis iguales, a intervalos de 12 hasta 6 horas. En casos aislados, con riesgo vital, se han administrado 150 mg/kg/día (en lactantes hasta 200 mg/kg/día) con buena tolerancia.

Prematuros: Considerando que en los prematuros la función de aclaramiento renal no ha madurado aún plenamente, no deberá sobrepasarse la dosis de 50

mg/kg/día. La dosis intramuscular está reservada a niños mayores de 30 meses.

PRESENTACIONES: Caja con un frasco ampola con polvo de 1,000 mg y ampolleta con diluyente de 4 ml. Caja con un frasco ampola con polvo de 500 mg y ampolleta con diluyente de 2 ml.

CEFTAZIDIMA

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada frasco ampola de SOLUCIÓN INYECTABLE contiene:

Ceftazidima pentahidratada
equivalente a 1 g 500 mg de ceftazidima

Cada ampolleta con diluyente contiene: Agua
inyectable 3,2 ml

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: La ceftazidima es utilizada para el tratamiento de infecciones en las vías respiratorias bajas, piel y tejidos blandos, tracto urinario (complicadas o no), huesos y articulaciones, ginecológicas (incluyendo endometritis, celulitis pélvica y otras infecciones de los genitales femeninos) e infecciones intraabdominales (incluyendo peritonitis e infecciones de las vías biliares) causadas por organismos susceptibles. La ceftazidima también es usada en tratamientos de septicemia e infecciones del SNC incluyendo meningitis causadas por organismos susceptibles, así como infecciones en pacientes inmuno comprometidos.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA:

Absorción: La ceftazidima no se absorbe en el tracto gastrointestinal por lo que debe ser administrada parenteralmente. Después de la administración intramuscular de una dosis única de 0.5 y 1 g de ceftazidima en adultos sanos, los picos de concentración plasmática se obtienen aproximadamente una hora después de su administración, con un promedio de 17 y 29-39 mcg/ml, respectivamente.

Después de una infusión intravenosa de 0.5 y 1 g de ceftazidima administrada durante 20-30 minutos en hombres sanos, la concentración plasmática del fármaco al completar la infusión fue de 42 y 69 mcg/ml, respectivamente, alcanzando niveles altos en suero a los cinco minutos.

Distribución: Siguiendo una administración intravenosa o intramuscular, la ceftazidima se distribuye bien dentro de los fluidos y tejidos corporales incluyendo vesícula biliar, huesos, bilis, musculoesquelético, tejido prostático, endometrio, miometrio, corazón, piel, tejido adiposo, humor acuoso, esputo y fluido pleural, peritoneal, sinovial, ascítico y linfático.

Eliminación: Las concentraciones plasmáticas de la ceftazidima declinan de una manera bifásica. En adultos con una función renal y hepática normal, la vida media de distribución del fármaco es de 0.1-0.6 horas y la vida media de eliminación es de 1.4-2 horas.

CONTRAINDICACIONES: La ceftazidima está

contraindicada en pacientes que hayan presentado reacciones de hipersensibilidad con alguna otra cefalosporina.

PRECAUCIONES GENERALES: Hay que tener precaución en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad y de reacciones alérgicas a las penicilinas y a otros betalactámicos, ya que pueden ocurrir reacciones cruzadas.

En dosis terapéuticas no existen evidencias de que ceftazidima afecte a la función renal, sin embargo, y al igual que para todos los antibióticos que se eliminan por vía renal, es necesario reducir la dosis en los casos que exista una insuficiencia renal.

En caso de administrar dosis elevadas de cefalosporinas con aminoglucósidos y diuréticos potentes, puede presentarse un cuadro de nefrotoxicidad.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: No hay estudios adecuados o controlados del uso de ceftazidima en mujeres embarazadas, el fármaco debe ser usado durante el embarazo sólo cuando sea realmente necesario y no se recomienda su uso durante el primer trimestre del embarazo.

Debido a que la ceftazidima se distribuye en la leche materna, es necesario discontinuar la lactancia o el medicamento de acuerdo con la importancia de éste para la mujer.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: La ceftazidima puede ser administrada por vía intravenosa, en infusión o inyección intramuscular profunda. La administración intravenosa es más apropiada que la administración intramuscular en pacientes con septicemia, meningitis, peritonitis u otras infecciones severas y en pacientes con baja resistencia debido a una mala nutrición, traumatismos, cirugía, diabetes, daño cardíaco y particularmente si el paciente presenta shock o está inmunocomprometido.

La dosis usual de ceftazidima en adultos para el tratamiento de la mayoría de las infecciones causadas por organismos susceptibles es de 1 g administrada por vía I.V. o I.M. cada 8 ó 12 horas; sin embargo, la dosis y vía de administración debe ser determinada por la susceptibilidad de los organismos causales, la severidad de la infección, la función renal y condiciones del paciente. La dosis de ceftazidima máxima en adultos es de 6 g diarios.

Se recomienda que los adultos con infecciones no complicadas en el tracto urinario reciban 250 mg de ceftazidima I.V. o I.M. cada 12 horas y que los adultos con infecciones complicadas en el tracto urinario reciban 500 mg I.V. o I.M. cada 8 ó 12 horas.

La dosis usual del fármaco para el tratamiento de adultos sin complicaciones de neumonía o infecciones poco severas de la piel y de tejidos blandos es de 0.5 a 1 g I.V. o I.M. cada 8 horas.

Para el tratamiento de infecciones en huesos y

articulaciones, la dosis usual en adultos es de 2 g I.V. cada 12 horas. Para el tratamiento de infecciones serias ginecológicas e intraabdominales, meningitis, o infecciones severas que amenazan la vida (especialmente en pacientes inmunodeprimidos), la dosis usual de ceftazidima en adultos es de 2 g I.V. cada 8 horas.

Para el tratamiento de infecciones pulmonares por *Pseudomonas* en pacientes con fibrosis quística y función renal normal, la dosis usual de ceftazidima es de 30 a 50 mg/kg administrada I.V. cada 8 horas hasta una dosis máxima de 6 g diarios. Clínicamente puede mejorar, pero la cura bacteriológica no debe esperarse en pacientes con enfermedad respiratoria crónica y fibrosis quística.

Duración del tratamiento: La duración de la terapia con ceftazidima depende del tipo y severidad de la infección, y debe ser determinada por el médico. Para la mayoría de las infecciones, la terapia debe continuarse por lo menos 48 horas después de que el paciente está asintomático o cuando se obtiene la evidencia de que la infección se ha erradicado. Para infecciones complicadas puede requerirse una terapia más prolongada.

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: Las dosis altas e inapropiadas de cefalosporinas por vía parenteral pueden causar ataques especialmente en pacientes con daño renal.

La sobredosis de ceftazidima en pacientes con algún impedimento renal puede producir ataques, encefalopatías

	<p>y excitabilidad neuromuscular.</p> <p>Debe suspenderse inmediatamente la administración del medicamento en caso de que se presenten ataques. Se recomienda administrar una terapia con anticonvulsivos, así como la hemodiálisis o diálisis peritoneal para eliminar el fármaco.</p> <p>PRESENTACIÓN: Caja con un frasco ampola y ampolleta con diluyente.</p>
--	--

EVALUACIÓN: SE EVITO EL RIESGO DE INFECCIÓN EN LA PACIENTE POR LA CURACIÓN DE HERIDA DIARIA, CAMBIO DE APOSITO Y ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICO.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: DOLOR AGUDO RELACIONADO CON AGENTES LESIVOS MANIFESTADO POR INFORME VERBAL Y OBSERVACIÓN ANALÍTICA.

RESULTADOS ESPERADOS NOC: DISMINUIR LA INTENSIDAD DEL DOLOR.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;">INDEPENDIENTES</p> <p>1.- REALIZAR AL PACIENTE CAMBIOS POSTURALES</p>	<p>1.-La alineación corporal se adecua intencionalmente con fines de comodidad. Una posición corporal adecuada ayuda al buen funcionamiento del organismo correcto y armónico del aparato musculoesqueletico en coordinación con el sistema nervioso. Además mantiene previene anomalías musculoesqueleticas.</p> <p>Los estados de equilibrio y movimientos del aparato musculoesqueletico depende de la coordinación. Una posición correcta permite la realización optima de la exploración física y la aplicación de tratamientos.</p> <p>El sistema nervioso coopera con los líquidos del organismo para coordinar las actividades del cuerpo humano. Esta formado por tejido nervioso el cual tiene propiedades de irritabilidad (capacidad para responder a los estímulos) y conductividad (poder de trasmitir estímulos o impulsos nerviosos a otras células) sus órganos terminales son sensitivo y motores.</p> <p>Conocer posiciones y movimientos coordinados son principios básicos del funcionamiento de la mecánica corporal, conservar bajo el centro de gravedad, apoyar el</p>

cuerpo sobre una base de sustentación y alinear las relaciones corporales.

La base de sustentación, centro y línea de gravedad, son elementos que intervienen en la estabilidad del cuerpo, los músculos largos, grandes y fuertes evitan lesiones musculoesqueleticas, en especial de la columna vertebral.

La colocación del personal en dirección del movimiento que se va a efectuar, la ampliación de la base de sustentación y el acercamiento del objeto o persona que se va a movilizar son factores que inciden en una posición correcta. La planeación del trabajo en equipo con objetivos bien delimitados para la movilización y traslado de paciente, así como la seguridad, tiempo, resistencia y destreza, son factores que inciden en una posición correcta.

La comprensión de objetivos relativos a la movilización y traslado, evitan o disminuyen lesiones musculoesqueleticas y nerviosas, tanto para el personal de salud como para el paciente.

Son aspectos fundamentales en la mecánica corporal, los mecanismos posturales, el movimiento voluntario y la función motoral perceptual. Los mecanismos posturales son:

- Mecanismo de antigravedad
- Fijación postural de un cuerpo como un todo
- Mecanismo de contraposición o fijación postural (equilibrio durante el movimiento).
- Reacción de incorporación para adoptar una posición.

- Reacción de balance para mantener el equilibrio.
- Reacciones a la caída o respuesta de protección.
- Reacciones de locomoción para iniciar, seguir o detener la marcha.

La aplicación de las adaptaciones a cada postura resulta conveniente cuando los factores fisicofuncionales son temporales, aprovechables e indispensables. La resistencia y los estímulos sensoriales o aferentes (tacto, presión, tracción, compresión, extensión, estímulos auditivo) facilitan el movimiento. Son modelos de movimiento los correspondientes a flexión-extensión, abducción-aducción y rotación interna-rotación externa.

La participación de la familia es la base para el éxito de todo programa, respecto al masaje, ejercicio, movilización y transferencia. Los beneficios de una mecánica corporal correcta, redundan tanto en el personal de salud como en el paciente.

El aparato musculoesquelético es un medio de locomoción que sirve de sostén y protección para los elementos anatómicos. La inmovilización articular origina reducción circulatoria y estasis del líquido sinovial.

El esfuerzo o tensión muscular innecesarios alteran el equilibrio de alineación corporal. La alineación corporal se adecua intencionalmente con fines de comodidad, diagnóstico o tratamiento. La columna vertebral soporta el peso corporal, protege la médula espinal y facilita la rotación.

La movilización frecuente y la aplicación de una posición

2.- FOMENTAR EL SUEÑO

correcta previene lesiones y formación de úlceras por presión. El reposo prolongado en cama ocasiona rigidez articular, atrofia muscular, complicaciones tromboticas, infecciones hipostáticas en pulmones o vías urinarias y úlceras de decúbito.

El uso de apoyos para la alineación (bandas o cinturones, soportes, cojines, bolsas de arena) ofrecen seguridad y previenen o corrigen problemas de posición.

La movilización o cambios de postura periódica influye en la circulación, respiración, eliminación, apetito y estado anímico, La ausencia o deficiencia de movilización, la alineación incorrecta de segmentos corporales, el inadecuado uso de aparatos de sujeción y deficiencia en la aplicación de ejercicios, movilización y traslado, son factores de riesgo de lesiones mecánicas.

2.- SUEÑO estado de reposo uniforme de un organismo. En contraposición con el estado de vigilia, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración, latidos del corazón) y por una respuesta menor ante estímulos externos.

El tronco encefálico es la parte más primitiva del cerebro y controla funciones vitales como la respiración y el latido cardiaco. En este lugar del cerebro, se localizan las zonas que controlan los dos estados del sueño.

La serotonina desempeña un papel importante ya que es necesaria para el funcionamiento normal del sueño, aunque no es el único elemento implicado ni suficiente por sí solo. El papel que desempeñan la dopamina y la

noradrenalina está menos claro.

Los mecanismos como la respiración, la temperatura corporal y el funcionamiento de la musculatura, trabajan de manera diferente durante el sueño. Son muy drásticos los cambios que tienen lugar en el transcurso del sueño D, debido a la dificultad que entraña el control de la temperatura corporal

La cuestión más difícil e importante sobre el sueño es conocer su función. Esta pregunta no se ha respondido del todo y existen opiniones diferentes. Algunos científicos creen que su misión no es biológica y lo consideran un hábito. Sin embargo, parece evidente que cumple dos funciones biológicas relacionadas con los dos estados del sueño.

El sueño tiende a incrementar después del ejercicio o cuando se tiene hambre u otras circunstancias en las que aumenta la demanda metabólica. Algunas personas funcionan bien con 5 horas de sueño nocturno, mientras que otras necesitan 10, aunque todos sean individuos normales física y mentalmente. Cuando se habla sobre personas que no duermen nada o casi nada se exagera, pues todo el mundo necesita dormir al menos 4 o 5 horas.

Las alteraciones del sueño se han consolidado como un nuevo campo de la medicina. El diagnóstico y el tratamiento se realizan desde la neurología y la psiquiatría. Los problemas del sueño se dividen en tres clases: el insomnio, que se caracteriza por la dificultad para quedarse dormido o para permanecer dormido; la hipersomnolencia, que consiste en una demanda grande

<p>3.- DISTRAER SU ATENCIÓN LEJOS DEL DOLOR</p>	<p>de sueño o somnolencia durante el estado de vigilia, como en el caso de la narcolepsia; y episodios nocturnos, tales como los terrores nocturnos, las pesadillas y el sonambulismo (caminar dormido).</p> <p>El insomnio y la hipersomnolencia son sólo síntomas y pueden estar provocados por varios motivos. Por ejemplo, el insomnio puede estar causado por una artritis dolorosa, por un trastorno endocrino, por el consumo de ciertas sustancias químicas o por la abstención de otras (como el alcohol); por problemas psicológicos como ansiedad o depresión y por alteraciones en el reloj biológico como el cambio de horario que se experimenta en los viajes por avión de un continente a otro. Por consiguiente, en términos de tratamiento, el insomnio no es una enfermedad que se cure con un somnífero, sino que el médico debe determinar y tratar la causa que lo provoca.</p> <p>3.-El dolor se refiere a la sensación desagradable que se percibe, se sufre y se acompaña de respuestas reflejas vegetativas y conductuales, es un estado de alerta un indicador de lesión.</p> <p>Un dolor indica peligro en el organismo; es un síntoma común que da sentido a la existencia humana, es una manifestación con función protectora frente a agentes nocivos que permiten su localización y por consiguiente facilita su diagnóstico. El umbral del dolor es el límite menor posible de perceptibilidad de una sensación. En cada individuo es variable, según su estado físico, experiencias y expectativas. Ante esto, puede hablarse de la existencia de dolor, no solo físico, sino también anímico;</p>
---	--

el físico producido por la estimulación de receptores nociceptivos o de nervios periféricos, en tanto el anímico se interpreta como un sentimiento de aflicción producida por factores externos desagradables u hostiles. En casos intervienen los sistemas nervioso central, nervioso periférico, nervioso autónomo y endocrino.

El dolor agudo comienza como una estimulación de uno o mas de los numerosos receptores sensitivos especiales, denominados nociceptores, que hay en la piel y en los órganos internos, estos receptores reciben información sobre el calor intenso, presión extrema, pinchazos o cortes, u otras acciones que puedan provocar daño corporal, hay dos tipos de fibras nerviosas.

El dolor tiene múltiples clasificaciones, según la estimulación nerviosa: Superficial o cutáneo: originado por la estimulación de terminaciones nerviosas libres o nociceptivas en la piel (quemaduras, abrasiones, laceraciones, piquetes).

Profundo: por estimulación nerviosa de músculos, tendones articulaciones, fascia o aponeurosis (lesiones traumáticas, procesos inflamatorios, presión anormal o isquemia) o directa en tálamo e hipotálamo (emociones, alteraciones de la personalidad).

Visceral: por estimulación de raíz, o tronco nervioso relacionado con las vísceras, bloqueo de flujo sanguíneo, espasmo de músculo liso o elongación de ligamentos de soporte. Referido: dolor visceral o músculo aponeurótico percibido en el segmento dermatomo correspondiente. Según sus características:

Agudo: dolor penetrante, de curso breve y relativa gravedad, cólico: dolor agudo originado generalmente en vísceras abdominales, continuo: dolor interrumpido, irradiado: dolor que sigue la disposición anatómica de una raíz o tronco nervioso, lancinante o pungitivo: dolor punzante, opresivo: dolor violento con sensación de presión, urente: dolor quemante, ardiente.

La respuesta inmediata determinada por un estímulo externo o interno que provoca un impulso que se transmite de un receptor a un efector, se denomina arco o circuito reflejo.

Una actitud adecuada brinda apoyo, atención, y ayuda, estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor. Las actitudes, creencias y opiniones de cada individuo presente con respecto al dolor influyen a su comportamiento.

Dolor referido, dolor que se aprecia en una zona distinta de aquella en que debería sentirse, es decir, en un sitio distante de su verdadero origen, por ejemplo, algunas lesiones cardíacas pueden causar dolor en el brazo izquierdo. Se produce porque los nervios sensitivos de diferentes partes del cuerpo comparten vías comunes en la médula espinal.

A través del ciclo vital, el ser humano (entidad biopsicosocial) tiene necesidades, las cuales debe satisfacer en cada una de sus etapas de crecimiento y desarrollo, la no satisfacción de estas, origina múltiples y variadas respuestas, una de ellas es el dolor.

INTERDEPENDIENTES

4.- OXIGENOTERAPIA

El tiempo que se le da el paciente y el establecimiento de una relación terapéutica entre el personal de salud, paciente y familiares favorecen la apertura para expresar sentimientos y aceptar sugerencias

4.-La administración del oxígeno se realiza por diferentes métodos, dependiendo del estado del paciente y la eficiencia del tratamiento. Es un procedimiento para suministrar oxígeno en concentración terapéutica al individuo a través de las vías respiratorias.

La oxigenoterapia tiene como objetivo el incrementar la oxigenación en caso de anoxia o hipoxia. El conocimiento sobre las precauciones y prácticas en el empleo del equipo de oxígeno incrementa la seguridad personal. La expresión de reacciones emocionales está estrechamente relacionada con la respiración, provocando reacción de los músculos lisos.

La explicación sobre las ventajas de la oxigenoterapia y la participación esperada del paciente, disminuye el estado tensional. Son factores que modifican el metabolismo basal, la actividad física, procesos patológicos y reacciones emocionales.

El conocimiento sobre el funcionamiento del equipo de oxígeno, el abastecimiento suficiente de este gas, un regulador que garantice el flujo constante en cantidad fijada, un aparato en buenas condiciones de uso y la colaboración del personal capacitado sobre este, son

requerimientos básicos para su eficaz administración.

Las vías respiratorias se encuentran recubiertas por una mucosa de epitelio ciliado el cual detiene polvo, bacterias y las expulsa con movimientos vibrátiles. La permeabilidad de las vías respiratorias asegura un buen tratamiento de oxígeno.

La necesidad de oxígeno en el organismo guarda relación con el metabolismo celular. La administración de oxígeno únicamente restablece la concentración normal en sangre.

Las sustancias volátiles son inhaladas y a través del endotelio pulmonar o mucosa del aparato respiratorio pasan rápidamente a la sangre. La difusión de oxígeno a través de las paredes alveolares hacia corriente sanguínea, y a la difusión de bióxido de carbono desde sangre a alvéolos se efectúa por diferencia de presión entre ambos gases.

Una cantidad mayor de oxígeno puede originar deglución de aire, provocar irritación nasal y faríngea. Una cantidad menor de oxígeno aumenta la frecuencia respiratoria y produce cianosis. La mecánica de la respiración está sujeta a la presión atmosférica, y a la presión intrapleural. El aire contiene 79% de nitrógeno, 20% de oxígeno y 1% de otros gases. En casos de anoxia se requiere de una concentración de 40 a 50% de oxígeno para reponer el 20% contenido en el aire. La presencia de sustancias alcoholadas u oleosas, materiales inflamables o aparatos eléctricos a corta distancia de la fuente de oxígeno, incrementa la posibilidad de combustión.

5.- APLICACIÓN DE CALOR Y FRÍO

La observación y palpación del epigastrio, permite la posible detección de distensión abdominal por administración de oxígeno. La temperatura corporal elevada, aumenta el metabolismo basal y contribuye al malestar respiratorio.

La vigilancia constante del nivel del agua en el humidificador evita la deshidratación de los tejidos por acción de oxígeno. La oxigenoterapia continua tiende a propiciar infecciones respiratorias.

La vigilancia continua del paciente y del funcionamiento del equipo, permiten la detección oportuna de trastornos mentales y de la conciencia, cambios de coloración, sudoración, alteraciones de los signos vitales.

5.-El calor y frío son grados relativos de la temperatura que dependen, en cierta manera, de la percepción particular de cada individuo. La temperatura se percibe en grados que van desde frío, fresco, tibio, y caliente. Las zonas del cuerpo tienen diferente sensibilidad a las variaciones del calor y el frío, por ejemplo, el dorso de la mano no es muy sensible a los cambios de temperatura, en tanto que el codo es sumamente sensible a los mismos. Desde el punto de vista terapéutico, las bajas o altas temperaturas pueden ser aplicadas en medio seco o húmedo, según las necesidades del paciente.

En general, el calor, y el frío se utiliza en el hospital, al igual que en el hogar con este fin. Por lo anterior el personal de enfermería necesita conocer las reacciones fisiológicas que resultan de su aplicación así como de las

posibles reacciones adversas en ciertos casos.

La elección del método de aplicación del agente frío o caliente depende de la finalidad de la aplicación, duración del tratamiento, equipo disponible y condiciones del paciente en cuanto a edad, estado en general y zona afectada.

APLICACIÓN DE CALOR: El calor se aplica al organismo en busca de un efecto local sobre una zona específica, y de efecto general en el organismo en su conjunto. Sus objetivos son: lograr efectos analgésicos, antiespasmódicos, descongestivos y sedantes. Aumentar el intercambio de oxígeno, acelerar la absorción de exudados, aumentar el aporte sanguíneo en la región tratada, aumentar el metabolismo basal. Los efectos fisiológicos del calor depende de la forma de transmisión al organismo, la cual puede ser por conducción, convección, y radiación, la conducción se refiere al paso del calor de una molécula hacia otra, la convección es la transmisión del calor de una molécula a otra pero a través de un líquido o el aire y la radiación es el paso de calor en forma de ondas electromagnéticas a través del espacio.

Cuando se aplica calor localmente a la superficie de la piel, estimula a los receptores de las terminaciones sensoriales libres, estos avanzan por vías espinotálamicas laterales hasta los centros preópticos del hipotálamo anterior, desde cuyo centro se conecta a la corteza cerebral; entonces, el hipotálamo anterior tiene la propiedad de reducir la cantidad de calor y aumentar su pérdida. No todos los impulsos llegados de la superficie cutánea alcanzan la corteza cerebral, algunos descienden

en arco reflejo a nivel de la medula espinal, desde donde regresan a la piel.

Como resultado de estas reacciones fisiológicas se observa sudor y enrojecimiento de la piel. Por los estímulos que llegan a la corteza cerebral, el paciente siente calor que se aplica a una zona de su cuerpo, sin embargo, su sensibilidad al calor disminuye al prolongarse la aplicación, lo cual resulta peligroso, ya que no se da cuenta de las lesiones tisulares porque su sensibilidad al calor está alterada. La aplicación de calor intenso al cuerpo por arriba de los 45 grados centígrados causa dolor, provocando una reacción generalizada de alarma, razón por la cual no debe aplicarse en zonas insensibles o anestesiadas.

Además el calor no debe aplicarse a pacientes con estados febriles, enfermedades vasculares periféricas, tumores malignos, o bien en áreas subyacentes a implantaciones metálicas o termoplásticas.

Tanto la forma húmeda de calor como la seca, se puede aplicar en la piel o en mucosas. Para obtener el efecto deseado, suele ser necesario aplicar el calor superficial durante 20 a 30 minutos. Una temperatura de 58 grados centígrados puede aplicarse a la piel del adulto sin peligro de quemaduras, pero en los pacientes débiles o inconscientes, y que tienen alterada la circulación y la sensibilidad, se consideran valores normales la aplicación de temperatura de 50 grados centígrados, siendo también este valor el máximo tolerable en los niños.

APLICACIÓN DE FRÍO: tiene como objetivos aliviar el espasmo y dolor muscular, reducir el metabolismo basal, cohibir la hemorragia, detener parcialmente los procesos supurativos y la absorción de los líquidos tisulares, reducir el edema e inflamación, aliviar el dolor causado por el aumento de líquidos circulantes en los tejidos, y lograr una anestesia local.

Los efectos fisiológicos por la aplicación del calor y frío en la superficie cutánea, estimula los receptores de la piel; dichos estímulos viajan por los nervios espinotalámicos laterales hacia el hipotálamo posterior, y desde ahí hacia la corteza cerebral. En esta zona el frío se hace consciente. Una reacción al frío en el organismo, es la disminución de calor, pero el efecto termorregulador induce a la contracción muscular para ayudar a la elevación del metabolismo basal; es por esto que los músculos erectores de los pelos se contraen y aparece la "piel de gallina".

La disminución de la pérdida de calor ocurre por vasoconstricción arteriolar, dando como resultado que la piel se torne azulosa, se siente más fría, menos sensible y el paciente se queje de adormecimiento. Por lo tanto es conveniente que el personal de enfermería este alerta en la aplicación de esta medida terapéutica, ya que el uso prolongado de frío intenso interfiere con el suministro de oxígeno y materias nutritivas en los tejidos, con la posibilidad de causar cáncer tisular (necrosis).

6- ADMINISTRAR ANALGÉSICOS

6.- ANALGÉSICO: fármaco que alivia el dolor sin producir pérdida de conciencia. Los analgésicos forman un gran grupo que abarca desde los derivados del opio, como la morfina o la codeína, hasta los no opiáceos, como la aspirina, el paracetamol y el ibuprofeno. Los analgésicos de aplicación tópica incluyen todos los antiinflamatorios, como la hidrocortisona y derivados, y los anestésicos generales y locales en bajas dosis.

ADVIL Grageas (Ibuprofeno)

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada GRAGEA contiene:

Ibuprofeno200 mg

Excipiente, c.b.p. 1 gragea.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Analgésico-antipirético. Alivia el dolor de cabeza, muscular, dental, de oídos y el originado por cólico menstrual, y baja la fiebre.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA:

Absorción: El ibuprofeno se absorbe rápidamente por vía oral. Las concentraciones máximas en plasma se alcanzan de 30 minutos a 2 horas (su absorción puede retardarse si se toma con alimentos). Su vida media plasmática es de 2

horas, y en los ancianos de 2.2 horas, hecho que carece de significancia clínica en los niños; dichos valores se reportan iguales que para los adultos. Se combina con las proteínas plasmáticas en un 99%.

Distribución: Después de su absorción, el ibuprofeno se distribuye a razón de 0.14 a 1 kg/peso corporal, aproximadamente. Alcanza el líquido sinovial 5 a 6 horas después y puede pasar a través de la placenta.

Eliminación: Después de su oxidación hepática, sin formación epóxica, el ibuprofeno es eliminado rápida y completamente en las primeras 24 horas, el 80% de una dosis se elimina por la orina. No activa la inducción enzimática y, a través de su conjugación con el ácido glucurónico, se excreta rápidamente por vía renal. El 90% de la dosis administrada se recupera por esta vía en 24 horas.

El ibuprofeno no se acumula en el organismo, aun en pacientes con disfunciones hepáticas o renales. Sus dos metabolitos: (+)2,4'-(2- hidroxipropil)-fenilpropiónico y ácido (+)2,4'-(2-carboxipropil)-fenil ácido propiónico), son farmacológicamente inactivos. No se han observado síntomas graves de intoxicación en humanos aun con dosis superiores a 40 g.

Mecanismo de acción: El ibuprofeno ejerce su acción analgésica al interferir con las síntesis de prostaglandinas, particularmente la tipo E, responsable de incrementar la sensibilidad de las terminaciones nerviosas. Dicha interferencia se lleva a cabo mediante la prostaglandino-transferasa, dando como resultado la analgesia periférica

y la disminución del potencial de membrana por acción del calcio. Estas reacciones ocurren únicamente durante el tiempo en que se ejerce el efecto del ibuprofeno; no se perpetúan y son reversibles al suspenderlo.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. Como ocurre con todos los antiinflamatorios no esteroideos, el ibuprofeno no debe administrarse en pacientes con úlcera péptica o con diarrea, ni en menores de 12 años.

PRECAUCIONES GENERALES: Se ha reportado visión borrosa y/o disminuida, escotomas y/o cambios en la visión de color. Se ha reportado retención de líquidos en asociación con el ibuprofeno, por lo tanto, debe utilizarse con precaución en pacientes con historia de descompensación cardíaca, hipertensión o crisis convulsivas. El ibuprofeno, como otros antiinflamatorios no esteroideos, puede inhibir la agregación plaquetaria, pero el efecto es cuantitativamente menor y de menor duración que el observado con el ácido acetilsalicílico.

Se ha demostrado que el ibuprofeno puede producir tiempo de sangrado prolongado (pero dentro del rango normal), en sujetos normales. ADVIL* debe ser utilizado con precaución en personas con defectos intrínsecos de la coagulación o con terapia anticoagulante, ya que el efecto de tiempo de sangrado prolongado puede estar exagerado en pacientes con defectos hemostáticos.

La actividad antipirética y antiinflamatoria del ibuprofeno puede reducir la fiebre y la inflamación, disminuyendo su utilidad como signos diagnósticos detectando las

complicaciones de condiciones que se presumen como no infecciosas o no inflamatorias.

ADVERTENCIAS: Aun cuando ADVIL* no contiene ácido acetilsalicílico, no deberá tomarse si se ha presentado alguna reacción alérgica a dicha sustancia, a fin de evitar una reacción similar.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: ADVIL* no debe utilizarse en mujeres embarazadas, particularmente en el último trimestre o durante la lactancia. Asimismo, no es recomendable su uso en pacientes asmáticos.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Las manifestaciones más comunes son ardor y dolor epigástricos, náuseas, vómitos, flatulencia, cólicos, diarrea y constipación. En general, estas reacciones son leves y ocurren en muy baja proporción, aun con la administración por tiempo prolongado de dosis superiores a los 400 mg de ibuprofeno.

Según observaciones clínicas, en grandes grupos de pacientes, después de la utilización terapéutica del ibuprofeno por más de 20 años, dichos efectos indeseables ocurren en sólo el 1% de los pacientes.

Raras veces pueden presentarse minihemorragia gástrica (en proporción 15 veces menor que con el ácido acetilsalicílico), colestasis, como un fenómeno de hipersensibilidad asociado a eosinofilia, sensación de mareo, visión borrosa, ambliopía y escotomas (con dosis altas), trombocitopenia, discrasias sanguíneas, reacciones

cutáneas, todas reversibles al suspender la medicación.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: No existen evidencias de que el ibuprofeno interfiera o potencialice la acción de hipoglucemiantes, anticoagulantes, diuréticos, betabloqueadores, ácido acetilsalicílico, probenecid, aun en pacientes de edad avanzada. Se han reportado algunos casos de disminución del efecto de los diuréticos en pacientes que han recibido dosis altas de ibuprofeno por tiempo prolongado.

ALTERACIONES EN LOS RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO: El ibuprofeno puede inhibir la agregación plaquetaria tanto *in vitro* como *in vivo* y alargar el tiempo de sangrado. Estas acciones no son significativas clínica ni terapéuticamente.

PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: En las ratas el ibuprofeno, al igual que el ácido acetilsalicílico puede causar retardo en la presentación del parto (inhibidores de las prostaglandinas), aumento de la hemorragia y disminución de la agregación plaquetaria, aunque en un grado mucho menor.

ADVIL* no debe utilizarse en mujeres embarazadas, particularmente en el último trimestre o durante la lactancia.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Una a dos grageas cada 4 ó 6 horas dependiendo de la intensidad de los

síntomas, sin sobrepasar la dosis de 4 a 6 grageas al día. El ibuprofeno no debe administrarse por más de 10 días como analgésico, ni más de 3 días como antipirético.

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: Debido al amplio margen de seguridad del ibuprofeno y a que no se han observado síntomas graves de intoxicación en humanos aun con dosis superiores a 40 g.

PRESENTACIONES:

Caja de cartón con 12 grageas de 200 mg en envase de burbuja, caja de cartón con tarjeta incluida con 100 grageas en envase de burbuja y caja de cartón con 100 grageas de 200 mg en frasco de polietileno.

DOLAC[®] Tabletado y solución inyectable
(Ketorolaco trometamina)

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

CADA TABLETA Ketorolaco trometamina 10 mg
.Cada ml de SOLUCIÓN INYECTABLE contiene:
Ketorolaco trometamina 30 mg

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Analgésico no narcótico. DOLAC[®] Tabletado y Solución inyectable está indicado para el tratamiento a corto plazo del dolor. Administrado oralmente, no se deberá exceder de 7 días. Cuando se administra por vía intramuscular o intravenosa, no administrar por más de 4 días.

CONTRAINDICACIONES: Al igual que otros AINEs, DOLAC® está contraindicado en los pacientes con úlcera gastroduodenal activa, hemorragia digestiva reciente, perforación gastrointestinal reciente o antecedentes de úlcera gastroduodenal o hemorragia digestiva.

DOLAC® está contraindicado en los pacientes con insuficiencia renal moderada o grave (creatinina sérica > 442 µmol/l) y en los pacientes con riesgo de insuficiencia renal por hipovolemia o deshidratación. DOLAC® está contraindicado durante el parto. DOLAC® está contraindicado en los pacientes con hipersensibilidad demostrada al ketorolaco u otros AINEs, así como en pacientes con antecedentes de alergia al ácido acetilsalicílico u otros inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, pues se han descrito reacciones anafilactoides graves en estos pacientes (véase Precauciones generales). Por su efecto antiagregante plaquetario, DOLAC® está contraindicado como analgésico profiláctico antes de la intervención o durante la intervención quirúrgica, dado el riesgo de hemorragia. La formulación parenteral de DOLAC® está contraindicada para administración epidural o intratecal, debido a que contiene alcohol.

Pacientes de edad avanzada: En pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años) la vida media se prolonga y la depuración está reducida. Se recomienda utilizar la menor dosis del intervalo de dosificación. La incidencia de complicaciones gastrointestinales aumenta con el incremento en la dosis y duración del tratamiento.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Duración del tratamiento: En los adultos, el tratamiento con inyecciones en bolos I.V. o I.M. de DOLAC® no debe superar en total los 4 días, pues los efectos secundarios aumentan con su uso prolongado. En los niños, el tratamiento con inyecciones en bolo I.V. o I.M. de DOLAC® no debe superar en total los 2 días.

En cuanto a las tabletas DOLAC®, se recomienda su uso en los adultos sólo como tratamiento a corto plazo (hasta 7 días).

PRESENTACIONES:

Tabletas: Caja con 10 tabletas de 10 mg en envase de - burbuja. **Solución inyectable:** Caja con 3 ampollas con 30 mg/ml.

DICLOFENACO

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada TABLETA contiene: Diclofenaco 46.5 mg

Una tableta de CATAFLAM® DISPERSABLE contiene 46.5 mg de diclofenaco, ácido libre, equivalente a 50 mg de diclofenaco sódico.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: Antiinflamatorio no esteroideo con acción analgésica y antirreumático. **Para el tratamiento a corto plazo de los siguientes padecimientos agudos:** Inflamación y dolor

postoperatorio, por ejemplo tras una intervención quirúrgica dental u ortopédica. Estados inflamatorios postraumáticos dolorosos, por ejemplo, debido a esguinces. Osteoartritis. Ataques agudos de gota. Reumatismo no articular. Síndromes dolorosos de la columna vertebral. Estados dolorosos y/o condiciones inflamatorias en ginecología, p. ej. dismenorrea primaria. Como coadyuvante en las infecciones inflamatorias dolorosas del oído, la nariz o la garganta, p. ej. faringoamigdalitis y otitis.

CONTRAINDICACIONES: Úlcera gástrica o intestinal. Hipersensibilidad conocida a la sustancia activa o a cualquiera de los excipientes. Al igual que otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos, CATAFLAM® DISPERSABLE, está también contraindicado en pacientes que sufran ataques de asma, urticaria o rinitis aguda tras la administración de ácido acetilsalicílico u otros fármacos inhibidores de la actividad de la prostaglandina-sintetasa.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: No se administre durante el embarazo ni en la lactancia.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Oral.
Adultos: La dosis inicial diaria recomendada es de 2 a 3 tabletas de CATAFLAM® DISPERSABLE. Normalmente será suficiente con la administración de 2 tabletas de CATAFLAM® DISPERSABLE para el tratamiento de los casos de mediana gravedad y en los niños a partir de 14 años. La dosis total diaria se dividirá en 2 ó 3 tomas.

En el tratamiento de la dismenorrea primaria, la dosis

diaria se ajustará de forma individual a cada caso, siendo en general suficiente la aplicación de 1 a 3 tabletas de CATAFLAM® DISPERSABLE. Si fuese necesario, la dosis inicial de 1 a 2 tabletas podrá aumentarse en el transcurso de varios ciclos menstruales hasta un máximo de 4 tabletas diarias. El tratamiento se iniciará tras la aparición de los primeros síntomas y su duración dependerá de la sintomatología.

Niños: No se recomienda el empleo de las tabletas de CATAFLAM® DISPERSABLE en niños menores de 14 años debido a su concentración.

Administrar CATAFLAM® DISPERSABLE preferentemente antes de las comidas. Disolver las tabletas de CATAFLAM® DISPERSABLE en un vaso con agua y agitar el líquido para conseguir una mejor dispersión antes de la ingestión. Ya que parte de la sustancia activa puede quedar adherida al vaso, se recomienda volver a llenar el mismo con un poco de agua y beberse de nuevo el líquido.

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: El tratamiento de la intoxicación aguda por antiinflamatorios no esteroideos consiste principalmente en medidas de apoyo y sintomática.

Las medidas terapéuticas a tomar en caso de sobredosis son las siguientes: Prevención inmediata de la absorción tras la sobredosificación mediante un lavado gástrico y el tratamiento con carbón activado.

Contra las complicaciones como hipotensión, insuficiencia renal, convulsiones, irritación gastrointestinal y depresión respiratoria se recomienda la prescripción de un tratamiento de apoyo y sintomático.

Los tratamientos específicos como diuresis forzada, diálisis o hemoperfusión son probablemente poco útiles para acelerar la eliminación de los antiinflamatorios no esteroideos a causa de su elevada tasa de fijación proteica y su metabolismo extensivo.

CATAFLAM® DISPERSABLE se retirará en aquellos casos excepcionales en los que se produzcan hemorragias gastrointestinales o úlcera. Como sucede con otros antiinflamatorios no esteroideos, en raras ocasiones pueden producirse reacciones alérgicas, inclusive anafilácticas/anafilactoides, sin exposición previa al fármaco. Al igual que otros antiinflamatorios no esteroideos, CATAFLAM® DISPERSABLE puede enmascarar los signos y síntomas de la infección debido a sus propiedades farmacodinámicas.

Efectos sobre la capacidad de conducir o manejar máquinas: Los pacientes que experimenten mareos u otros trastornos del sistema nervioso central, inclusive trastornos de la visión, no deberán conducir vehículos ni manejar máquinas de precisión.

PRESENTACIONES: Caja con 6, 12, 18 y 60 **tabletas** de 46.5 mg para venta al público.

FIRAC* Tabletas e inyectable Analgésico no
narcótico

(Clonixinato de lisina)

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada TABLETA contiene: Clonixinato de lisina 125
mg y 250 mg **Cada ampolleta contiene:** Clonixinato de
lisina 100 mg y 200 mg Vehículo, c.b.p. 2 y 4 ml.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: FIRAC* está indicado
como analgésico en pacientes que cursan con dolor agudo
o crónico.

Particularmente en dolor posquirúrgico, FIRAC* es útil por
su efecto analgésico y porque no modifica el sistema de
coagulación.

Cirugía: Dolor en intervenciones ginecológicas, ortopé-
dicas, urológicas y de cirugía general.

Oncología: Dolor asociado a neoplasias.

Traumatología, ortopedia y reumatología: Dolor por
traumatismos en general, luxaciones, esguinces, fracturas,
mialgias, lumbalgias, miositis, osteoartritis, poliartritis y
periartritis.

Ginecología y urología: Dismenorrea, mastalgia, anexitis,
dolor posparto y postepisiotomía; uretritis, cistitis,

prostatitis y urolitiasis.

Odontología: Odontalgias y periodontitis.

Proctología: Dolor por hemorroides, fisuras, fístulas y en cirugía proctológica.

Medicina general: Afecciones de tejidos blandos, cefalea, otalgias, sinusitis y herpes zoster.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, úlcera péptica activa, hemorragia gastrointestinal.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: A pesar de no haberse comprobado experimentalmente efectos sobre la gestación, no existen experiencias clínicas sobre la seguridad del producto en mujeres embarazadas, por lo que se aconseja no administrarlo durante el embarazo y la lactancia, a menos que el médico considere que el potencial benéfico supera los posibles riesgos.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Ocasionalmente náusea, mareo y somnolencia, de carácter leve y transitorio.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Una tableta de 125 mg o 250 mg por vía oral, cada 6 a 8 horas.

Una ampolleta de 100 ó 200 mg por vía intramuscular o intravenosa cada 6 a 8 horas.

El bajo poder acumulativo de FIRAC* permite una amplia flexibilidad posológica, pudiendo elevar esas dosis dependiendo de la intensidad del dolor y del criterio médico.

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: No se ha informado respecto a la presencia de casos de sobredosis con este producto.

PRESENTACIONES:

FIRAC* Tabletas:

Caja con 10 tabletas de 125 mg cada una.

Caja con 10 tabletas de 250 mg cada una.

FIRAC* Ampolletas:

Caja con 5 ampolletas de 100 mg cada una.

Caja con 5 ampolletas de 200 mg cada una

EVALUACIÓN: DISMINUYÓ LA INTENSIDAD DEL DOLOR CON LOS CAMBIOS DE POSICIÓN, OXIGENOTERAPIA Y ANALGÉSICOS.

CONCLUSIÓN

La miomatosis uterina es una entidad frecuente en nuestro medio que desafortunadamente aun no se ha podido contar con una cultura de prevención en las mujeres ya que cuando se exacerbaban los síntomas es cuando se acude al médico. Dejando de lado otros factores de complicación que las mujeres no toman en cuenta y que se perjudiquen a futuro ya que las consecuencias pueden ocasionar a largo plazo esterilidad.

Presento este tema de “Miomatosis Uterina” por medio de el método enfermero, en el cual mi campo de estudio fue el Hospital General la Villa”, en el servicio de Ginecología durante el servicio social, me basé en esta patología ya que con frecuencia se presentaba este tipo de enfermedad y que es de gran importancia conocer esta patología para detectar las necesidades de cada cliente y así intervenir para darle las intervenciones necesarias por parte del personal de Enfermería.

Es importante que el personal de salud principalmente de Enfermería realicen formas de prevención sobre esta patología basándose en el método enfermero para conocer el desarrollo y así realizar intervenciones de acuerdo a cada cliente y las circunstancias que se presenten ya que toda mujer está susceptible a padecer esta patología.

Aunque esta enfermedad ya es muy conocida y a la vez frecuente en nuestro medio no se la da la importancia que requiere en cuanto a su prevención, desarrollo y trato, desde mi punto de vista realizo este tema de Miomatosis Uterina basándome en el método enfermero para que el personal de enfermería conozca y así intervenga en el manejo de esta enfermedad .

GLOSARIO

ADINAMIA: Debilidad o postración física, debida a enfermedad.

ANALGÉSICO: Fármaco que alivia el dolor sin producir pérdida de conciencia. Los analgésicos forman un gran grupo que abarca desde los derivados del opio, como la morfina o la codeína, hasta los no opiáceos, como la aspirina, el paracetamol y el ibuprofeno. Los analgésicos de aplicación tópica incluyen todos los antiinflamatorios, como la hidrocortisona y derivados, y los anestésicos generales y locales en bajas dosis.

ANEMIA: Enfermedad de la sangre caracterizada por una disminución anormal en el número de glóbulos rojos (eritrocitos o hematíes) o en su contenido de hemoglobina. Los hematíes son los encargados de transportar el oxígeno al resto del organismo, y los pacientes anémicos presentan un cuadro clínico causado por el déficit de oxígeno en los tejidos periféricos.

ANSIOLÍTICO: medicamento utilizado contra la ansiedad y sus diferentes manifestaciones, como el insomnio. Los ansiolíticos o tranquilizantes menores comprenden numerosos productos agrupados en varias familias: benzodiacepinas (oxazepam, lorazepam, bromazepam), carbamatos (meprobamato, por ejemplo) e hidroxicina,

ANTIINFLAMATORIO: fármaco que inhibe los procesos inflamatorios. Destacan los glucocorticoides y los antiinflamatorios no esteroideos. Los antiinflamatorios no esteroideos inhiben la síntesis de prostaglandinas, principales mediadores de la inflamación y del dolor.. Su principal efecto secundario es la irritación y lesión de la mucosa gástrica, que puede terminar en sangrado digestivo. Los tratamientos prolongados a dosis altas pueden producir lesiones hepática y/o renal.

ASTENIA: Debilidad general.

COLÁGENO: Constituyente de la sustancia fundamental de los tejidos conjuntivo óseo y cartilaginoso, que por el calor se convierte en gelatina.

ESTEROIDE: Grupo extenso de lípidos naturales o sintéticos, o compuestos químicos liposolubles, con una diversidad de actividad fisiológica muy amplia. Dentro de los esteroides se consideran determinados alcoholes (esteroles), ácidos biliares, muchas hormonas importantes. Varios esteroides que se encuentran en la piel de los seres humanos se transforman en vitamina D cuando son expuestos a los rayos ultravioletas del sol.

ESTRÓGENO: Hormona esteroidea implicada en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de la mujer, en la regulación del ciclo menstrual y de la ovulación, y en el embarazo.

FIBROMIOMAS: Son tumores constituidos por fibras musculares lisas, con núcleos alargados, rodeados de fibras de colágeno y de pseudocápsula formada por células musculares lisas. Los tumores son poco vascularizados

FIBROSIS: proliferación del tejido conectivo fibroso.

HEMORRAGIA: salida de la sangre de los vasos sanguíneos. La hemorragia se detiene mediante el proceso de coagulación de la sangre. La hemostasia (procedimientos para controlar la pérdida de sangre) se basa en la detención del flujo sanguíneo para que la sangre pueda coagular.

HISTERECTOMÍA: Extirpación quirúrgica del útero, y uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes. Algunas veces se extirpa sólo el cuello y el cuerpo uterino; en otros casos se efectúa lo que se denomina una histerectomía total, en la que se extirpa el útero, el cuello, las trompas de Falopio, y los ovarios.

HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH): Hipófisis (lóbulo anterior) Glándulas sexuales Estimula la maduración del óvulo en la mujer y la producción de esperma en el hombre.

HORMONA LUTEINIZANTE (LH): Hipófisis (lóbulo anterior) Glándulas sexuales Estimula la ovulación femenina y la secreción masculina de testosterona.

MENSTRUACIÓN: Flujo sanguíneo que se produce en la mujer. Está constituido por sangre y por células procedentes del revestimiento uterino (endometrio). Se produce durante la edad fértil de la mujer; por lo general comienza entre los 10 y los 16 años, en la pubertad, y cesa hacia los 45 o 55 años en la menopausia.

MIOMA: Tumor formado por elementos musculares.

NEOPLASIA: Formación anormal, en alguna parte del cuerpo, de un tejido cuyos elementos sustituyen invasivamente a los de los tejidos normales.

PROGESTERONA Ovarios/ Glándulas mamarias. Útero Prepara el útero para el embarazo.

PROSTAGLANDINAS: En medicina, familia de sustancias químicas análogas a las hormonas que aparecen de forma natural. Las prostaglandinas son derivados de los ácidos grasos que se encuentran en casi todos los tejidos del cuerpo humano. Hay más de una docena de prostaglandinas importantes desde un punto de vista biológico, y afectan a muchas funciones fisiológicas esenciales.

TSH: (Terapia de Sustitución Hormonal)

BIBLIOGRAFÍA

JONSON. M. y cols. **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. Editorial. Mosby. España.1999. 554 pp.

STEPHEN J. McPHEE / WILLIAM F. GANONG **Fisiopatología Médica**. Editorial Manual Moderno. 5ta ed. México. 2007. 754 pp.

RODRÍGUEZ. C. Rodolfo. **Vademécum Académico de Medicamentos**. Editorial McGraw-Hill. 3ra ed. México. 2001. 1025 pp.

SHOLTIS. B. Lilian. **Manual de la Enfermera**. Editorial interamericana/McGraw-Hill. México, DF. 1999. 566 pp.

SPARKS. R. Sheila. y cols. **Nursing Diagnoses Definition y Classification (NANDA)**. Editorial Elsevier. España. 2003-2004. 287 pp.

MC CLOSKEY. D. Joanne. Y cols. **Nursing interventions classification (NIC)**. Editorial Mosby. 4ta ed. España 2005. 1027 pp.

RIVERA. M. Bernardo. **Enfermería Clínica Farmacológica**. Editorial Moderno. México. 1993. 445. pp.

ROSALES. B. SUSANA. **Fundamentos de Enfermería**. Editorial Manual Moderno. 2º ed. México. 2000. 555. pp.

<http://www.mediks.com/enfermeras/casos/articulo.php?id=182>

<http://www.schering.es/varios/publicaciones/documentosdeconsensoSEGO/html/consenso98/miomatosis/htm>