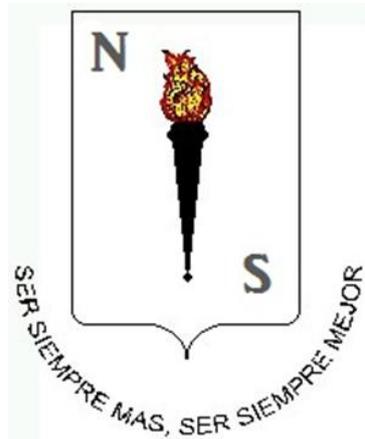


ESCUELA DE ENFERMERIA DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
CLAVE 8722



TESIS:
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON
LEIOMIOMAS UTERINOS EN EDAD DE 30-50 AÑOS**

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:
CONEJO MASCOTE ALICIA ITZEL

ASESORA DE TESIS
LIC. EN ENF. MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACAN 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

DEDICATORIAS:

Esencialmente a mis padres que me brindaron el apoyo incondicional física emocional y moralmente que ante todo e incluso cualquier enfermedad estuvieron conmigo, y que son personas que me impulsan a superarme a esforzarme para lograr un objetivo, que incansablemente me demuestran que no existen límites para llegar a una meta.

Infinitamente a mi abuela a quien gracias a ella estoy en esta carrera ella despertó el interés y el amor por ayudar a personas aunque ya no este ella es pilar importante en este trabajo que se realizara y a quien dedicó gran parte de mi profesión.

A mi hermano que me apoyo en todo lo que parecía lo más difícil.

A un mejor amigo compañero de camino Luis González por hacer de mis días una felicidad por la cual seguir adelante y recibir su apoyo infinito ante cualquier circunstancia.

AGRADECIMIENTOS:

Mis padres que me apoyaron a lo largo de la carrera que sin ellos no hubiese podido ser posible culminar esta etapa llena de aprendizajes , logros, esfuerzo, trabajo, que de igual manera mi familia, que siempre estuvo conmigo para impulsarme de la mejor manera y seguir adelante ante cualquier adversidad por brindarme la confianza y seguridad que si se podía. Como no agradecer a una persona importante en la formación de mi carrera la licenciada en enfermería Martha Alcaraz Ortega que cuando se presentó un error estuvo ahí para corregirme y enseñarme de la manera correcta el procedimiento de las cosas y a todos mis maestros que a lo largo de mi carrera me apoyaron, compartieron sus conocimientos ampliamente y experiencias que estoy segura que en un futuro tendré presente. De igual manera a mi compañeras y amigas que siempre me impulsaron para continuar en esta etapa y que al final de todo aquí estamos para seguir con nuestra meta y continuar a,

SER SIEMPRE MAS SER SIEMPRE MEJOR

INDICE

Contenido

INDICE.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVOS GENERAL.....	7
OBJETIVO ESPECIFICO:.....	7
HIPÒTESIS.....	7
JUSTIFICACIÓN	8
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA EMPLEADA:.....	8
UNIDAD DE ANALISIS:	8
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	8
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	8
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	8
LIMITES (ESPACIO LUGAR Y TIEMPO).....	9
CAPÍTULO I: INTERVENCION DE ENFERMERIA	12
1.1. DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA:	12
1.2. DEFINICIÓN DE ENFERMERA:	12
1.3 DEFINICIÓN DE PROFESION:.....	12
1.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	12
1.4.1 Intervenciones de Enfermería dependientes	12
1.4.2 Intervenciones de Enfermería independientes:	12
1.4.3 Intervenciones de Enfermería interdependientes:.....	13
1.5 OPERACIONES DE ENFERMERIA O FUNCIONES OPERATIVAS.	13
1.5.1TECNICAS:.....	13
1.5.2DOCENCIA:.....	13
1.5.3ADMINISTRATIVA	14
1.6. ORIGEN DE LOS CUIDADOS	14
1.6.1CUIDADO	14
1.6.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ALTA COMPLEJIDAD:.....	15
1.6.3CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE BAJA COMPLEJIDAD.....	15
1.6.4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE MEDIANA COMPLEJIDAD:.....	15
1.7 HIGIENE.....	15

1.7.1OBJETIVOS DE LA HIGIENE.....	16
1.7.2. PRECAUCIONES SOBRE HIGIENE	16
1.8 TEORÌA DE VIRGINIA HENDERSON.....	17
1.8.1 CATORCE NECESIDADES BÀSICAS BASADAS EN LA TEORÌA DE VIRGINIA HENDERSON:	18
1.9 ROL DE LA ENFERMERA:	21
1.10EL RELEVANTE ROL DE LA MUJER:	21
1.11 EL CUIDADO ENFERMERO	22
CAPITULO II: MUJERES CON LEIOMIOMAS UTERINOS.....	26
2. LEIOMIOMAS UTERINOS:.....	26
2.1ANTECEDENTES HISTORICOS:.....	26
2.2 ANATOMÌA DEL UTERO	27
2.3 HISTOLOGIA DEL UTERO:	28
2.4 FACTORES EPIDEMIOLOGICOS:.....	29
2.5 ETIOPATOGENIA:.....	30
2.5.1Factores raciales:.....	30
2.5.2Factores hereditarios:	30
2.5.3Factores infecciosos:.....	31
2.6 LOCALIZACIÓN UTERINA	31
2.7 CLASIFICACION:.....	32
2.8 FACTORES DE RIESGO:	34
2.9 EMBARAZO	35
2.10 ANATOMIA PATOLOGICA	36
2.10.1 Macroscòpicamente.....	36
2.10.2 Microscòpicamente:.....	36
2.11 CAMBIOS DEGENERATIVOS DEL MIOMA	36
2.11.1 NECROSIS:	37
2.11.2 ATROFIA:	37
2.11.3 DEGENERACION HIALINA:.....	37
2.11.4 DEGENERACION QUISTICA:.....	37
2.11.5 DEGENERACION POR CALCIFICACION:	37
2.11.6 DEGENERACION ROJA:.....	37
2.11.7 MIXOMATOSA.....	38
2.11.8 TRANSFORMACION MALIGNA:.....	38

2.12 MANIFESTACIONES CLINICAS	38
SIGNOS Y SINTOMAS:.....	38
2.13 ALTERACIONES DE LA MENSTRUACION:.....	39
2.13.1 Amenorrea	39
2.13.2 Dismenorrea.....	39
2.13.3 Hipermenorrea	40
2.13.4 Poli menorrea	40
2.13.5 Hipomenorrea.....	40
2.13.6 Oligomenorrea.....	40
2.13.7 Hemorragias acíclicas	40
2.13.8 Metrorragias.....	40
2.13.9Hemorragias intermenstruales.....	40
2.14 GENETICA DE LOS MIOMAS:.....	41
2.15 HORMONAS:.....	41
2.16 PAPEL DE LAS HORMONAS	43
2.17 LEIOMIOMAS UTERINOS Y CAPACIDAD REPRODUCTIVA:.....	45
2.18LEIOMIOMAS E INFERTILIDAD:	45
2.19 EXAMENES DE LABORATORIO	47
2.20TRATAMIENTO	48
2.2.1 FARMACOLOGICO	48
2.2.2QUIRURGICO:	49
CAPITULO 3: INSTRUMENTACION ESTADISTICA	50
CAPITULO 4: CODIGO DE ETICA.....	67
CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERIA.....	67
DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA	70
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	71
CONCLUSIONES:.....	72
ANEXOS 1.....	73
GUION METODOLÓGICO	73
ANEXO 2	75
CUESTIONARIO.....	75
GLOSARIO:.....	79
BIBLIOGRAFÍA.....	84

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la OMS salud, se refiere al estado de bienestar físico mental y social en relación al aparato genital y sus funciones, cabe destacar que es muy susceptible a presentar y desarrollar patologías como la que a continuación mencionaremos.

En la población mexicana aproximadamente un 20 a un 40% mayores de 30 años presentan esta patología, son tumores benignos ubicados en el útero principalmente compuestos por fibras musculares lisas, de esta manera tenemos que hay una controversia en cómo se les llama puesto que reciben varias denominaciones como leiomiomas, fibromioma, leiomiofibroma, fibroleiomioma, fibroma, escleroma, y fibroide a continuación se mencionara su nombre correcto y porque se denomina así.

Aunque su etiología es desconocida se menciona una serie de factores que pudieran predisponer a presentarla, varios autores mencionan que es más frecuente presentarla en nulíparas, parece que la paridad no es mucha influencia en su aparición.

La presencia de esta neoplasia en el útero coincide con la edad reproductiva, su evolución natural le confiere caracteres clínicos vigentes con la actividad hormonal de la mujer durante el periodo reproductivo. De acuerdo con algunas teorías, la mujer puede ser portadora de esta neoplasia desde su nacimiento, y por el estímulo de esteroides sexuales es que se manifiesta de manera sintomática; antes de la pubertad y después de la menopausia, su existencia pasa inadvertida en gran parte de los casos.

Un leiomioma uterino, constituyen un cuadro clínico que puede ser de importancia como ejemplo; dolor pélvico, compresión, menorragias, metrorragias, infertilidad o esterilidad, complicaciones en embarazo y parto etcétera. Quizás ha llegado el momento de revisar las actitudes pasadas, así como de modificar y clarificar las posibilidades terapéuticas para el momento actual y el futuro inmediato.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los leiomiomas uterinos son tumores benignos del musculo liso de crecimiento lento, la mayoría de las pacientes no presentan síntomas o se descubren durante la exploración ginecológica.

Los leiomiomas uterinos comúnmente se encuentran en mujeres en edad reproductiva, donde la mayoría requiere tratamiento debido a su benignidad y solo cuando interfiere con su calidad de vida deben tratarse de manera individual.

Es importante resaltar que la mayoría de las mujeres presentan esta patología dando a conocer que ocupa el tercer lugar en frecuencia en patología ginecológica. Tanto es así que sus manifestaciones clínicas se presentan más con menstruaciones prolongadas y abundantes.

Una paciente con leiomiomas uterinos resulta muy importante para la práctica de enfermería puesto que en base a esto vemos la importancia del cuidado que deben tener las pacientes y así como tiene riesgos también hay complicaciones e incluso infecciones intrahospitalarias que representan un importante problema en el ámbito sanitario.

A continuación enmarcaremos que el área específica a donde enfocaremos nuestra investigación será a sala de ginecología puesto que aquí se lleva el tratamiento de estas pacientes.

Pregunta de investigación:

Que intervenciones debe realizar la enfermera y como detectar oportunamente los leiomiomas uterinos en edad de 30 50 años

OBJETIVOS GENERAL

Conocer e identificar la detección de leiomiomas uterinos e intervenciones de enfermería en pacientes con leiomiomas uterinos en pacientes 30 a 50 años.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Verificar si el personal de salud no conoce esta patología y sus principales signos.

Verificar si el hospital de la salud cumple con todo tipo de material desechable para el manejo de estas pacientes.

Analizar si las cuestiones teóricas referidas al conocimiento de estrategias es una razón para no dar atención oportuna a este tipo de pacientes.

HIPÒTESIS

La enfermera tiene un papel muy importante y amplio en el cuidado y manejo de las pacientes, se debe tener conocimiento sobre las principales enfermedades ginecológicas que afectan a la mujer, lo antes mencionado nos lleva a indicar a la paciente la necesidad de realizar revisiones periódicas para el control del crecimiento de un mioma, si es que ya se ha presentado conocer qué tipo de sangrado tiene y así poder detectar si es por esta patología, y si requiere tratamiento quirúrgico, informar sobre los efectos secundarios y cuidados postquirúrgicos, y no olvidar que esta patología podría tener como consecuencia esterilidad, informar a la paciente.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el leiomioma uterino es la neoplasia benigna ginecológica más común. Presenta una incidencia del 20 al 40% en la población femenina a nivel mundial. Los leiomiomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes del aparato genital femenino se presentan entre los 30 y 50 años esta es la causa más frecuente de histerectomía generalmente por hiperpolimenorrea o metrorragias. En mujeres jóvenes a pesar de que la miomectomía es prácticamente posible, puede llevarla a la pérdida del útero y por ende su capacidad reproductiva, además puede causar complicaciones en la gestación confundir y plantear problemas en el control y tratamiento de la postmenopausia o enmascarar en diagnóstico de neoplasias graves.

A pesar de tratarse de una patología ginecológica clásica, siguen existiendo controversias en cuanto a la génesis del tumor y de las posibilidades terapéuticas.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA EMPLEADA:

Esta investigación es de utilidad aplicada. La presentación de la investigación es de corte cuali-cuantitativa, de tipo descriptiva, de fuentes bibliográficas y documentales con un tiempo de estudio transversal. El área de conocimiento es de tipo social.

UNIDAD DE ANALISIS:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Paciente.
Licenciadas en Enfermería y Obstetricia
Médicos

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- 2.- Respuesta en blanco
- 3.- Respuesta no entendida

LIMITES (ESPACIO LUGAR Y TIEMPO)

Se llevara a cabo esta secuencia será en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud hay haremos la investigación pertinente al mencionado proyecto de investigación.

El ámbito en donde más se lleva a cabo este proceso es en la sala de ginecología así como en los diferentes servicios pero haremos más énfasis en sala de urgencias y ginecología obstetricia.

CAPITULO I INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA



CAPÍTULO I: INTERVENCION DE ENFERMERIA

1.1. DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA:

Es un servicio dedicado al bienestar humano y social, mediante la aplicación de conocimientos y habilidades científicas encaminadas al servicio de los enfermos, al mejoramiento y restauración de la salud y a la prevención de enfermedades, estos servicios se llevan a cabo en colaboración con profesionistas a fines. (BARRERA, 1995)

1.2. DEFINICIÓN DE ENFERMERA:

A la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional y se le ha expedido cédula de ejercicio con efectos de patente por la autoridad educativa competente, para ejercer profesionalmente la enfermería. (BARRERA, 1995)

1.3 DEFINICIÓN DE PROFESION:

Es la ocupación con componentes éticos encaminados a incrementar el bienestar humano y social, los servicios que ofrece a la sociedad se basan en conocimientos y habilidades especializadas, adquiridas mediante estudios científicos. (BARRERA, 1995)

1.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1.4.1 Intervenciones de Enfermería dependientes: A las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería.

1.4.2 Intervenciones de Enfermería independientes: A las actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia

profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.

1.4.3 Intervenciones de Enfermería interdependientes: A las actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; se llaman también multidisciplinarias, pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros. (GISPERT, 2009)

1.5 OPERACIONES DE ENFERMERIA O FUNCIONES OPERATIVAS. (PEDRERO, 2006)

1.5.1 TECNICAS:

Funciones relacionadas con la protección de la salud (higiene personal de la familia y comunidad).

Higiene del hogar, economía doméstica (limpieza y cuidados de muebles).

Atención integral al cuidado de los enfermos (bañarlos y transportarlos)

Organización y manejo de la habitación del enfermo en el hospital y en el hogar (rutinas, economizar material).

Alimentación normal y regímenes dietéticos (preparar alimentos sencillos para sanos y enfermos, planear dietas).

Medicamentos y drogas (administración de medicamentos).

Tratamientos terapéuticos (enemas, irrigaciones, asistencia al médico).

Observación del paciente (informes, anotaciones).

Equipo y material de reserva (conservación, preparación y almacenamiento.)

1.5.2 DOCENCIA: son las actividades que la enfermera realiza en las diferentes áreas y situaciones que se le presentan, principalmente de una manera formal en alguna institución.

La enfermera donde quiera que se encuentra realiza funciones educativas ya sea:

- a) Con los enfermos
- b) Con los familiares
- c) Con el personal de enfermería
- d) Con el personal de intendencia
- e) Con estudiante en el campo clínico

1.5.3 ADMINISTRATIVA: son las actividades que deben saber realizar una enfermera para poder organizar y administrar los servicios de enfermería.

- a) Organizar y dirigir y supervisar los servicios de enfermería
- b) Efectuar evaluaciones continuadas de los servicios que se dan al paciente
- c) Seleccionar para los diferentes cargos a los miembros del personal de enfermería.
- d) Definir sus deberes, establecer el reglamento general para delegar la autoridad y la responsabilidad.
- e) Asegurar instalaciones, material y equipo.
- f) Fomentar y mantener relaciones de trabajo armoniosas
- g) Asistir y participar en los programas de educación en servicio
- h) Coordinar los servicios del personal de enfermería con otros profesionales.
- i) Orientación al nuevo personal
- j) Ayudar al estudio de métodos de enfermería.

1.6. ORIGEN DE LOS CUIDADOS (BARCELO 2003)

1.6.1 CUIDADO: A la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

1.6.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ALTA COMPLEJIDAD: A los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente.

1.6.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE BAJA COMPLEJIDAD: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámica mente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana.

1.6.4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE MEDIANA COMPLEJIDAD: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad.

1.7 HIGIENE (GISPERT, 2009)

La palabra higiene viene del término griego *hygieia*, nombre que se le daba a la diosa de la salud, fue retomado por la medicina hipocrática, que le otorgó el sentido de un conjunto de normas que deberían ser seguidas para mantener la salud y prevenir las enfermedades.

El diccionario de la Real Academia Española en una de sus acepciones, define higiene como la parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades

En el contexto de la enfermería, la higiene relacionada con el paciente se entiende como el conjunto de actividades que se llevan a cabo a aquellos que presentan un déficit de autocuidado en el baño o la higiene y que es definido por la NANDA como el deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene. La principal intervención enfermera relacionada con este diagnóstico es la

ayuda con los autocuidados: baño/higiene, que engloba una serie de actividades encaminadas a ayudar al paciente a hacer la higiene personal.

1.7.1 OBJETIVOS DE LA HIGIENE

- Proporcionar seguridad, comodidad y bienestar al paciente.
- Fomentar la comunicación con él.
- Estimular la circulación sanguínea.

- Valoración física de la piel (color, textura, temperatura, integridad, lesiones, etc.), movilidad.
- Prevenir problemas como las úlceras por presión (UPP), manteniendo una correcta higiene, evitando la humedad e hidratando bien y, al mismo tiempo, observando el estado de la piel y las zonas de mayor presión.
- Determinar la capacidad de autocuidado.
- Mejorar la autoimagen.
- Eliminar la secreción sebácea, la transpiración, las células muertas y algunas bacterias y microorganismos que se acumulan en la superficie de la piel y en los orificios corporales.
- Conservar la integridad cutánea.
- Evitar infecciones.

1.7.2. PRECAUCIONES SOBRE HIGIENE

La higiene es un aspecto muy personal que pertenece al ámbito de lo privado, depende de factores culturales, sociales, familiares e individuales y cada persona la individualiza en función de sus conocimientos, creencias y de los beneficios que le aporta.

Muchos de los pacientes, debido a la situación en la que se encuentran, son personas dependientes para realizar actividades tan personales como ésta. Pueden darse situaciones muy diversas en las que habrá usuarios que necesiten una pequeña ayuda o colaboración y otros en los que haya que suplirles completamente porque su situación no les permite ser independientes para esta cuestión.

Mantener la higiene del paciente aumenta su confort y puede mejorar su ánimo, estar correctamente aseado y tener un buen aspecto ayuda a sentirse bien.

1.8 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON (G, 2002)

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri. Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

La enfermería es una profesión tan antigua como la humanidad. Esto conduce a la señora Colliere, insigne y ampliamente reconocida enfermera, a decir que cuidar es el arte que precede a todos los otros, sin el cual no sería posible existir. Está en el manantial de todos los conocimientos y en la matriz de todas las culturas. Asimismo, inserto en la textura de la vida cotidiana, este arte es aún poco conocido, a la vez que la diversidad de sus efectos esta fuera de toda sospecha.

Los modelos conceptuales en cuidados de enfermería se derivan de un paradigma y se inspiran en una teoría; en el caso del modelo conceptual de Virginia Henderson, la teoría sobre la que se apoya es la de las necesidades fundamentales. Este modelo clarifica la naturaleza de los cuidados enfermeros al identificar el objetivo perseguido por la enfermera así como su papel autónomo. El modelo concretiza los conceptos procurando una clarificación de la disciplina menos abstracta, actúa de guía para la acción y ofrece a la enfermera un marco que le permite aplicar y evaluar sus intervenciones. Además, el conocimiento de la persona que recibe la atención facilita que la enfermera pueda planificar las intervenciones para conseguir el objetivo de los cuidados.

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

* Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

* Paciente / usuario: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial.

1.8.1 CATORCE NECESIDADES BÁSICAS BASADAS EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON: (G, 2002)

1. Necesidad de respirar.

- Dificultad para mantener las vías aéreas permeables
- Dificultad respiratoria

2. Necesidad de beber y comer adecuadamente

- Alimentación inadecuada: déficit
- Alimentación inadecuada: exceso
- Dificultad para seguir su propio régimen
- Dificultad para hidratarse o alimentarse
- Hidratación excesiva en cantidad y calidad
- Hidratación inadecuada: déficit
- Náuseas y vomito
- Rehusó alimentarse e hidratarse
- Rehusó a seguir su propio régimen

3. Necesidad de eliminar los residuos corporales

- Estreñimiento
- Deshidratación
- Diarrea
- Incontinencia fecal
- Incontinencia fecal y urinaria
- Incontinencia urinaria
- Retención urinaria

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura adecuada

- Dificultad/ incapacidad para moverse
- Edema de los miembros
- Rehúsa hacer actividades físicas

5. Necesidad de dormir y descansar/ reposar
 - Dificultad o incapacidad para reposar
 - Agotamiento
 - Insomnio
6. Necesidad de seleccionar la indumentaria adecuada vestirse y desvestirse.
 - Desinterés en el vestir
 - Dificultad para vestir y desvestirse
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adaptando el vestido y modificando el ambiente
 - Hipertermia
 - Hipotermia
8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
 - Alteración de la mucosa bucal
 - Atenta a la integridad de los tegumentos
 - Desinterés por las medidas higiénicas
 - Rechazo a darse atenciones higiénicas
9. Necesidad de evitar los peligros ambientales e impedir que estos perjudiquen a los demás:
 - Ansiedad moderada
 - Ansiedad severa/ extrema
 - Duelo
 - Incapacidad para tener cuidado de su salud
 - Dolor agudo
 - Dolor crónico
 - Estado depresivo
 - Miedo
 - Rechazo en aceptar los tratamientos
 - Riesgo de accidentes
 - Riesgo de violencia hacia los otros
 - Riesgo de violencia hacia uno mismo

10. Necesidad de comunicarse con los demás para expresar emociones, necesidades miedos y opiniones.

- Agresividad
- Atenta a la integridad de la función y el rol sexual
- Comunicación ineficaz a nivel afectivo
- Comunicación ineficaz a nivel intelectual
- Comunicación ineficaz a nivel sensorio motor
- Confusión
- Aislamiento social
- Perturbación de la comunicación familiar

11. Necesidad de observar el culto de acuerdo con la propia fe y actuar según sus creencias y sus valores.

- Dificultad para actuar según sus creencias y sus valores
- Inquietud referente al significado de su existencia
- Sentimiento de culpabilidad

12. Necesidad de trabajar de manera que exista un sentido de autorrealización.

- Dificultad para asumir su rol
- Dificultad para realizarse
- Sentimiento de impotencia

13. Necesidad de participar en diferentes actividades recreativas

- Desinterés para realizar actividades de ocio
- Incapacidad para realizar actividades de ocio
- Rehúsa realizar actividades de ocio

14. Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud.

- Dificultad para aprender
- Falta de conocimientos
- Rehúsa aprender

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

1.9 ROL DE LA ENFERMERA: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

* Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente: falta de fuerza, de voluntad y conocimientos.

* Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

* Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales. Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible. (ALVAREZ, 2007)

1.10 EL RELEVANTE ROL DE LA MUJER:

La enfermera, como otros profesionales y especialistas en salud, tiene y comparte el compromiso de ayudar a que las personas logren una vida plena y saludable.

En todo el mundo, la mujer forma núcleos de familia y grupos de parentesco. En la mayoría de las sociedades, la mujer pasa buena parte de su vida adulta pariendo y cuidando hijos, transmitiéndoles las pautas de conducta propias de su comunidad para que al crecer, se integren como individuos plenos y productivos, enseñándoles también los conocimientos sobre los binomios: bien-mal, vida-muerte, que están presentes en cada sociedad,

además de inculcarles el orden y el sentido de responsabilidad que hay que observar dentro de grupo social al que pertenece, es decir se les responsabiliza para formar en los hijos la “conciencia social”. Pero no obstante que en esta perspectiva la mujer destaca por su papel educador en el seno de la familia, en la dinámica social se hacen muy evidentes las desigualdades entre hombre y mujeres; así las oportunidades para la mujer en el nivel educacional, en su incorporación a un trabajo bien remunerado en su protagonismo por el desarrollo de la ciencia y tecnología, y en su independencia emocional y económica, en la generalidad han sido muy limitados. Por fortuna en la actualidad se ha hecho sentir una imperiosa necesidad de examinar los papeles de la mujer en cada sociedad, con el fin de entender las repercusiones de los comportamientos que la dejan en desventaja y para buscar alternativas de revaloración femenina, que contribuyen a la adaptación de ambos sexos a las nuevas formas de vida.

1.11 EL CUIDADO ENFERMERO

La profesión de Enfermería reconoce el carácter y la necesidad trans disciplinar de intervención para la solución de los problemas de salud de la población, más aun en los tiempos actuales de globalización económico-social y de reforma sectorial en la que se requiere de la acción humana corporativa y en equipo. La Enfermería es una profesión que requiere de un espacio de reflexión individual de recreación teórico-epistemológica, para reemprender nuevas respuestas prácticas a los desafíos y retos de la revolución científico - tecnológica y reposicionarse como profesión moderna para la interacción multidisciplinar de la salud, sustentadas en una renovación e incorporación conceptual del progreso humano.

El rol de la enfermera responsable de la gestión del cuidado consiste en apoyar al personal que otorga cuidados. La gestión del cuidado va a dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de enfermería, esta gestión como proceso recurre a la creatividad, la indagación y la transformación. La contribución de la enfermera jefe responsable de la gestión en enfermería es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de

utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, como ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos.

Y encontrar dentro de ellos, alternativas con un enfoque de gestión., Dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

La Enfermería como disciplina orienta sus acciones al cuidado integral de la vida y de la salud del ser humano, bien a individuos o bien a colectivos. Dos elementos esenciales la conforman, uno es el profesional, que la integra con otras disciplinas de salud, facilitándoles el desarrollo de acciones que mejoran la calidad de vida y dan respuestas a las necesidades sociales; el otro elemento es el disciplinar, que representa el cuerpo de conocimientos relacionados con el estudio del cuidado, esencia misma de la profesión y que está condicionado por la sociedad, ante sus necesidades específicas de atención

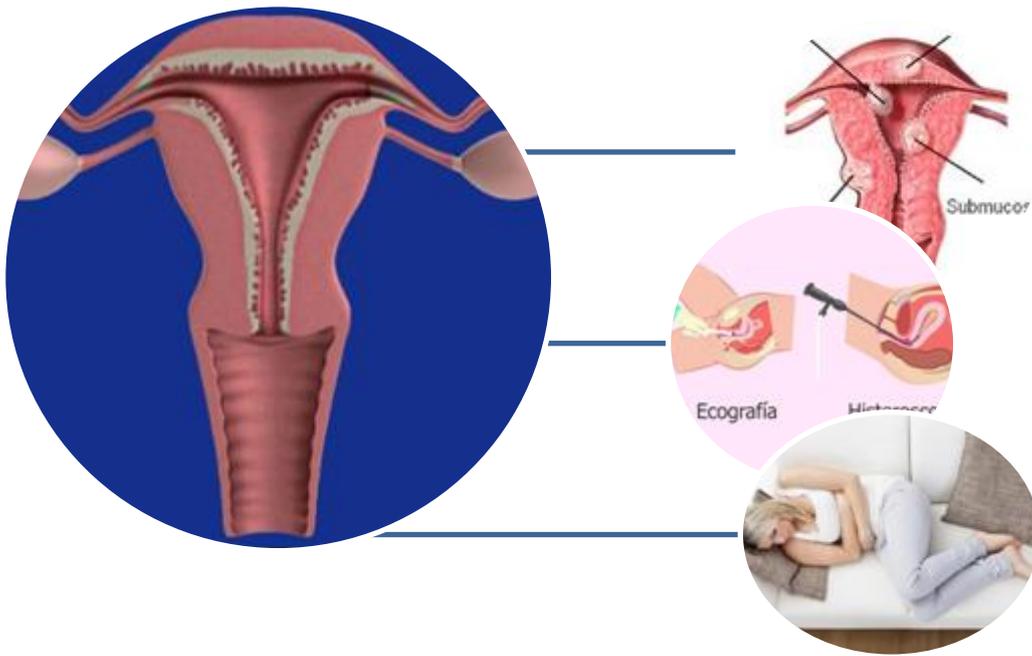
La teoría es esencial para el desarrollo de las disciplinas y es componente primario del conocimiento disciplinar porque le da identidad, enriquece los presupuestos básicos, los valores, y proyecta la visión de estrategias para la actuación profesional. La Enfermería, no ha sido ajena a la reflexión para clarificar su complejidad, su desarrollo teórico e interpretación de su realidad, e identificar el estado de avance de su propio conocimiento. Así, ha generado propuestas teóricas para encontrar su esencia, comprender fenómenos de interés de la disciplina que le faciliten el reconocimiento social.

Este desarrollo teórico no se ha producido de forma fragmentada; su desenvolvimiento ha sido paralelo al desarrollo mismo de la profesión, a la calidad y validez de la investigación que nutre la práctica y fortalece la autonomía profesional. (VERA, 2006)

CAPITULO II

LEIOMIOMAS

UTERINOS



CAPITULO II: MUJERES CON LEIOMIOMAS UTERINOS

2. LEIOMIOMAS UTERINOS:

Es un hecho que los leiomiomas uterinos, se asocian con problemas de sangrado uterino e infertilidad, dado que su crecimiento es dependiente de hormonas.

Es la neoplasia benigna más frecuente del útero, está constituido por fibra muscular lisa con un estroma conjuntivo en cantidad variable.

Se le han designado de múltiples formas, existiendo una abundante sinonimia: leiomioma, fibroma, escleroma, fibroide, y miofibroma.

De todas estas denominaciones, la más extendida es la de mioma y por eso denominamos así a este tumor, aunque quizás la más correcta sea la de leiomioma, porque este tumor procede casi siempre de una proliferación patológica de las fibras musculares lisas del miometrio normal. (ALBA, 2009)

2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS:

El leiomioma uterino, es conocido desde la más remota antigüedad, ya que fue HIPOCRATES (460-370 A. DE C.) quien hizo alusión a ellos llamándoles piedras uterinas por su consistencia.

Según ROBERT MEYER, la denominación de fibromioma sería correcta únicamente en aquellas raras formaciones tumorales mixtas, con proliferación simultanea del tejido conjuntivo y muscular.

Antes del siglo XX no existía un tratamiento efectivo, con frecuencia los leiomiomas crecían hasta tamaños enormes y causaban gran sufrimiento debido a sangrado y dolor., la muerte provocada por esta enfermedad benigna era común.

El mioma de mayor peso fue el que dio a conocer BEHREND en 1930; este autor extirpo un mioma de 133 libras, lo que equivale a 60 kilogramos.

En 1935 HANART habla de un gen dominante simple que provoca la aparición del tumor en la musculatura uterina.

En 1845 ATLEE realizo la primera miomectomia exitosa por vía vaginal en una paciente con un mioma submucoso pediculado.

KELLY Y CULLEN médicos., trabajaron juntos en el John Hopkins hospital y desarrollaron gradualmente técnicas quirúrgicas exitosas para evitar controlar hemorragias intra operatorias.

PFIZER, en 1981 comprueba que el virus del papiloma humano tipo 1, es capaz de inducir miomas en animales bovinos y en ratones. Sin embargo, en la especie humana, este hecho no ha podido ser corroborado.

2.2 ANATOMÍA DEL UTERO

Situado entre la vejiga y el recto, el útero tiene el tamaño y la forma de una pera invertida.

En mujeres que nunca estuvieron embarazadas mide alrededor de 7.5cms de largo 5cms de ancho y 2.5cms de espesor.

El útero es más grande en las mujeres con embarazos recientes y más pequeño (atrófico) cuando los niveles hormonales son bajos, como ocurre después de la menopausia.

Las sub divisiones anatómicas del útero son:

A) una porción en forma de cúpula, por encima de las trompas uterinas, llamada fondo uterino

B) una porción central estrecha, el cuerpo uterino

C) una porción inferior angosta, el cuello o cérvix que se abre hacia la vagina. Entre el cuerpo del útero y el cuello se encuentra el istmo, una región estrecha de alrededor de 1 centímetro de largo. El interior del cuerpo uterino constituye la cavidad uterina, y la porción interior del cuello, el conducto del cuello uterino (canal cervical). El canal cervical se abre hacia la cavidad uterina por el orificio interno y a la vagina por el orificio externo.

Normalmente, el cuerpo uterino se proyecta hacia adelante y hacia arriba, por encima de la vejiga urinaria en una posición llamada ante flexión. El cuello se proyecta hacia abajo y hacia atrás y se une a la pared anterior de la vagina en un Angulo casi recto.

Varios ligamentos que son extensiones del peritoneo parietal o cordones fibra musculares mantienen al útero en posición.

Los 2 ligamentos anchos son pliegues dobles de peritoneo que fijan al útero a cada lado de la cavidad pelviana., el par de ligamentos recto uterinos (uterosacros) también extensiones peritoneales, se sitúa a cada lado del recto y conecta al útero con el sacro., los ligamentos cardinales (ligamentos cervicales transversos o de mackenrodt) se ubican por debajo de las bases de los ligamentos anchos y se extienden desde la pared pelviana hasta el cuello y la vagina, los ligamentos redondos so bandas de tejido conectivo fibroso ubicados entre las capas de los ligamentos anchos; se extienden desde un punto en el útero inmediatamente inferior a las trompas uterinas hasta una porción de los labios mayores, en los genitales externos.

A pesar de que los ligamentos normalmente mantienen el útero e posición de ante flexión, también permiten al cuerpo uterino la suficiente libertad de movimiento como para que el útero pueda quedar fuera de su posición normal.

La inclinación posterior del útero se llama retroflexión. Es una variante no patológica de la posición normal. Con frecuencia, no se encuentran causas para esta alteración, pero puede aparecer luego del primer parto.

2.3 HISTOLOGIA DEL UTERO:

El útero está compuesto por 3 capas de tejido: perimetrio, miometrio, y endometrio. La capa externa o perimetrio es una serosa que forma parte del peritoneo visceral., el perimetrio está formado por epitelio pavimentoso simple y tejido conectivo areolar. Lateralmente se convierte en los ligamentos anchos. Por delante cubre la vejiga urinaria y forma una excavación superficial, **el fondo de saco vesicouterino**, por detrás cubre el recto y forma un fondo de saco profundo, **el fondo de saco recto uterino** o fondo de saco de Douglas, e punto más inferior de la cavidad pelviana.

La capa media del útero, el miometrio, está formado por tres capas de fibras musculares lisas, más gruesas en el fondo y más delgadas en el cuello. La capa media, más gruesa, es circular; las capas interna y externa son longitudinales u oblicuas. Durante el parto, las contracciones coordinadas del miometrio es respuesta a la oxitócina proveniente de la neuro hipófisis ayudan a expulsar el feto del útero.

La capa interna del útero, el endometrio se encuentra ricamente vascularizada y tiene tres componentes:

- 1.-Capa más interna del epitelio cilíndrico simple (células ciliadas y secretoras)
- 2.- Una capa subyacente del estroma endometrial que forma una región de lámina propia muy gruesa (tejido conectivo areolar)
- 3.- Las glándulas endometriales (uterinas) aparecen como invaginaciones del epitelio luminal y se extienden casi hasta el miometrio.

El endometrio se divide en 2 capas: la capa funcional (**stratum functionalis**) reviste la cavidad uterina y se desprende durante la menstruación.

La capa más profunda, la capa basal (**stratum basalis**) es permanente y da origen a la capa funcional, después de cada menstruación.

Las ramas de la arteria iliaca interna llamada arterias uterinas proveen de sangre al útero. Las arterias uterinas dan origen a las arterias arcuatas, que se disponen en forma circular en el miometrio. Estas originan las arterias radiadas que penetran profundamente en el miometrio, inmediatamente antes de ingresar al miometrio, se dividen en 2 tipos de arteriolas, las arteriolas rectas que proveen a la capa basal de las sustancias necesarias para regenerar la capa funcional, y las arteriolas espiraladas, que irrigan el estrato funcional y se modifican marcadamente durante el ciclo menstrual. La sangre que abandona el útero es drenada por las venas uterinas hacia las venas iliacas internas. La gran irrigación que recibe el útero es esencial para permitir el desarrollo de una nueva capa funcional luego de la menstruación.

2.4 FACTORES EPIDEMIOLOGICOS:

Los miomas constituyen el tumor más frecuente del útero con una prevalencia del 20 al 40% en mujeres mayores de 30 años, son excepcionales antes de la pubertad, y después de la menopausia no suelen presentarse nuevos miomas, mientras que los ya existentes disminuyen de tamaño, aunque no desaparecen. Si crecen después de la menopausia es señal de que se está produciendo una degeneración secundaria, probablemente una transformación sarcomatosa.

Aunque algunos autores refieren que es más frecuente en nulíparas, parece que la paridad no tiene influencia significativa en la aparición de miomas, así como tampoco la ingestión de anticonceptivos orales durante largos periodos de tiempo (JONES, 1991)

El 90% de los casos se diagnostican entre los 35 y 54 años.

Raza: negra americana (alrededor del 50%), pero raro en las negras africanas. En la raza amarilla y blanca la frecuencia es semejante entre sí.

Factores hereditarios: se han descrito “familias de miomatosas” con una frecuencia 33x respecto a grupos control. Se habla de un gen dominante simple o la herencia de una predisposición.

Factores hormonales: frecuente asociación a patologías que cursan con hiper estrogenismo, hiperplasia endometrial, endometriosis, etc.

Más frecuente en mujeres estudiadas por esterilidad, más frecuente en casadas sin hijos y solteras, incidencia mujeres simpaticotonías, con trastornos neurovegetativos y obesas.

Tabaquismo: menor incidencia en fumadoras (BEGUIRISTAIN, 1998)

2.5 ETIOPATOGENIA:

El mioma se presenta únicamente durante la vida reproductiva. No existe en la pubertad, y regresa con la menopausia, agravándose en situación de hiper estrogenismo.

Cierta tendencia **RACIAL, HEREDITARIA, INFECCIOSA** parece estar muy clara en la incidencia del mioma

2.5.1 Factores raciales:

Las mujeres de raza blanca tienen mayor frecuencia de los leiomiomas 3 veces más que en mujeres de raza negra. La explicación parece que se encuentra en las diferencias en las condiciones de vida.

2.5.2 Factores hereditarios:

Revisando la literatura nos encontramos con muchos investigadores que refieren que hay cierta predisposición y en 1935 HANART habla de un gen dominante simple que provoca la aparición del tumor en la nomenclatura uterina.

Sin embargo en 1997 se afirma que no existe ningún estudio epidemiológico que demuestre la existencia de un factor hereditario.

2.5.3 Factores infecciosos:

PFIZER, en 1981, comprueba que el virus del papiloma humano tipo I es capaz de inducir miomas en animales bovinos y en ratones. Sin embargo en la especie humana esto no ha podido ser corroborado. (SCHWARCZ, 1995)

2.6 LOCALIZACIÓN UTERINA

La mayor tendencia de los miomas a aparecer en el útero, queda aún pendiente de explicación cierta, si bien se han especulado distintas interpretaciones:

a) Mayor receptividad del útero a las alteraciones endocrinas y paracrinas, los estrógenos parecen tener un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de los miomas: en algunos estudios se han comprobado su aumento de estradiol en portadoras de miomas, aunque generalmente es similar al de mujeres sin miomas. Algo semejante ocurre con los receptores estrogénicos a nivel del mioma.

Se ha descrito una menor conversión de estradiol a estrona en el tejido miomatoso que en el miometrio normal, aumentando su concentración local. Excepcionalmente se ha visto crecer en postmenopausia y cuando esto ha sucedido, en la inmensa mayoría de los casos el aumento se ha relacionado con terapia hormonal sustitutiva o degeneración sarcomatosa.

Se ha llamado la atención sobre el crecimiento rápido de miomas en mujeres que tomaban anovulatorios, no obstante, la frecuencia de miomas es menor en mujeres que han utilizado contraceptivos orales.

b) la estimulación por progesterona provoca hipertrofia e hiperplasia de fibras musculares uterinas. No hay datos experimentales que apoyen esta teoría. Por otra parte esta hormona puede prevenir la formación de tumores inducidos por los estrógenos

c) HGH encuentra niveles aumentados de esta hormona en mujeres con miomas

d) Factores de crecimiento: el IGF tipos I y II podrían, en un marco multifactorial, contribuir al crecimiento de los miomas.

Aumento de procesos reparativos ante los repetidos micros traumas que sufre el útero, lo que condicionaría una cicatrización exagerada, que sería el origen de los miomas. Por ellos suelen ser múltiples y más frecuentes en la raza negra, que es más propensa a la creación de cicatriz que loide.

SUBSEROSOS: 40% situados bajo la capa serosa. Pueden alcanzar gran tamaño siendo un poco sintomáticos. Cuando están pediculados pueden experimentar torsión lo que provoca cuadros de abdomen agudo con signos de irritación peritoneal.

Así mismo los miomas subserosos pueden crecer, algunas ocasiones hacia el ligamento ancho separando sus hojas y convirtiéndose en miomas intra ligamentarios que en algunos casos comprimen los uréteres y desplazan las trompas y los ovarios, lo que puede inducir a falsos diagnósticos de tumores anexales. Esta torsión de la anatomía puede dificultar gravemente la cirugía. En otras ocasiones se adhieren al epiplón o al intestino y desarrollan un riesgo sanguíneo auxiliar, perdiéndose incluso con su unión original del útero, son los denominados miomas parasitarios.

INTRAMURALES: son los más frecuentes 55% y proliferan en la porción central del miometrio, lo que se traduce en un aumento del tamaño del útero al que clínicamente imprimen un contorno irregular y una consistencia nodular significativa.

SUBMUCOSOS: son los menos frecuentes constituyendo únicamente del 5 10% de todos los miomas, pero también son los más sintomáticos, ya que muy a menudo producen un aumento del sangrado menstrual, en forma de hipermenorreas y poli menorreas. E incluso hemorragias importantes que exigen tratamientos de urgencia. (MACIEL, 1991)

2.7 CLASIFICACION:

Los diferentes leiomiomas pueden afectar el resultado reproductivo en diferente extensión y los resultados de las intervenciones quirúrgicas para cada tipo pueden variar. Los leiomiomas se pueden clasificar en submucosos intramurales o subserosos, infortunadamente no hay consenso en la literatura acerca de cómo definir estas categorías. (JONES, 1991)

La clasificación sugerida para los leiomiomas de acuerdo a su localización en el útero es la siguiente:

1.- Submucoso: un leiomioma submucoso es aquel que distorsiona la cavidad uterina. La sociedad europea de histeroscopia clasifica los leiomiomas submucosos: en 3 subtipos:

Tipo 0 leiomioma pediculado sin extensión intramural

Tipo I sésil con extensión intramural del leiomiomas <50%

Tipo II sésil con extensión intramural del 50% o más.

El grado de extensión intramural se puede evaluar por ultrasonido, o por histeroscopia observando el Angulo entre el leiomioma y el endometrio unido a la pared uterina.

2.- Intramural (intersticial) un leiomioma que no distorsiona la cavidad uterina y menos de un 50% del sobresale en la superficie serosa del útero.

3.- Subseroso: un leiomioma es considerado subseroso si más del 50% del leiomioma sobresale de la superficie serosa del útero. El leiomioma subseroso puede ser sésil y pedunculado.

Existen distintas clasificaciones macroscópicas, atendiendo a diferentes aspectos:

2.4.1 a) Por la topografía

Corporales: los más frecuentes

Ístmicos

Cervicales <10% de los casos

Trompas y ligamento redondo: muy raros

2.4.2 b) Localización en el miometrio:

Submucosos

Intramurales o intersticiales

Subserosos

2.4.3 c)Únicos o múltiples

2.4.4 d) Sésiles o pediculados

2.4.5 e) Microscópicos o gigantes >10kg

2.8 FACTORES DE RIESGO:

Edad y paridad: el riesgo de miomatosis uterina incrementa con la menarca temprana. En las mujeres postmenopáusicas el riesgo disminuye 70 a 90%.

En las primíparas el riesgo disminuye hasta 20 a 50% y entre más hijos hay una tenido es mucho menor.

Etnicidad: son más comunes en mujeres de raza negra en las que se encuentran entre tres y nueve veces más frecuentemente que en las de raza blanca, adicionalmente, en ellas tienen un ritmo de crecimiento más acelerado.

Terapia de reemplazo hormonal: para la mayoría de las mujeres con miomatosis uterina. La terapia hormonal no estimula el crecimiento uterino.

Si el útero crece se relaciona más bien con la dosis de la progesterona. Las mujeres con miomas preexistentes no presentan regresión de los miomas como se esperaría en la menopausia, y ocasionalmente estos miomas pueden crecer.

Factores hormonal endógenos: la menarca temprana (<10años) se ha visto que incrementa en 1.24 el riesgo relativo de desarrollar miomas.

Generalmente los miomas son poco numerosos y de menor tamaño en los especímenes de histerectomías de las mujeres postmenopáusicas cuando los niveles estrogénicos son bajos.

Peso: la obesidad incrementa la conversión de los andrógenos adrenales a estroma y disminuye la globulina fijadora de hormonas sexuales, por lo que en mujeres con índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 este riesgo es mayor.

Dieta: existe poca evidencia de la asociación con la dieta, pero se ha reportado en la literatura que las carnes rojas y el jamón incrementan la incidencia, mientras que los vegetales verdes la disminuyen.

Ejercicio: las atletas tienen 40% menos de riesgo comparado con las mujeres sedentarias. No está claro el porqué de esta diferencia, si es por los efectos del ejercicio o las bajas tasas de conversión de andrógenos a estrógenos debido al IMC

Historia familiar: los familiares de primer grado de pacientes con miomatosis tienen 2.5 veces más riesgo de presentar miomatosis uterina que aquellos que no tienen historia familiar. (RALPH C. BENSON, 1985)

2.9 EMBARAZO

Se ha sugerido que los altos niveles de esteroides sexuales asociados al embarazo comúnmente causan crecimiento de los miomas uterinos, así como su sintomatología., estos se presentan entre el 1.4 a 8.6% de los embarazos.

Lesión del tejido: es posible que la formación del mioma sea una respuesta a la lesión, parecido a una placa aterosclerótica que se forma en respuesta a la hipoxia del musculo arterial.

Los leiomiomas también se asocian a un espectro de **disfunción reproductiva** incluyendo aborto recurrente, infertilidad, trabajo de parto prematuro, mal presentaciones fetales, y complicaciones del trabajo de parto. Aunque existen pocos estudios sobre la disfunción reproductiva vinculada a los fibromas, la perspectiva clínica que prevalece es que estas complicaciones se presentan más a menudo cuando los fibromas se tuercen físicamente en la cavidad uterina. Por lo tanto, las mujeres con fibromas grandes o sintomáticos pueden elegir realizarse una evaluación de la cavidad uterina (por ejemplo por histerosalpingografía o por histeroscopia , ver abajo), antes de intentar embarazarse. Si los fibromas que se detectan en el interior del útero, se tuercen, distorsionando la mucosa uterina, son una causa significativa de problemas reproductivos y deben ser extirpados. Es menos claro si los fibromas en la pared del útero causan problemas reproductivos. Generalmente, si el útero es pequeño, los fibromas no necesitan ser extirpados en mujeres que contemplan o desean embarazarse. (JONES, 1991)

2.10 ANATOMIA PATOLOGICA

El mioma uterino se divide en:

Macroscópico

Microscópico

2.10.1 Macroscópicamente: el mioma es un tumor solido redondeado o lobulado separado del miometrio normal por una capsula de tejido laxo que hace más fácil su enucleación. El tamaño varía desde unos pocos milímetros hasta más de 25 centímetros y suelen llegar a pesar 40kilogramos. Pueden ser únicos, pero lo más común es que sean múltiples y de diversas localizaciones. Al corte muestran un tejido blanco fibrilar, compuestas de haces de fibras musculares lisas dispuestas en bandas y espirales, tienen estroma conjuntivo muy abundante posee pocos vasos y ellos explica la relativa frecuencia con la que sufren necrosis, hemorragia, hialinización y calcificación. (SCHWARCZ, 1995)

2.10.2 Microscópicamente: su aspecto histológico se presenta con paquetes o haces entrelazados de fibras musculares lisas que se mezclan frecuentemente con septos colagenosos. Las células musculares son alargadas con extremos romos y núcleos en "cigarro puro" aunque ocasionalmente pueden verse células multinucleadas, no hay pleomorfismo y la regla es que las mitosis están ausentes o extremadamente dispersas en leiomiomas de larga evolución. (SCHWARCZ, 1995)

2.11 CAMBIOS DEGENERATIVOS DEL MIOMA

En los miomas pueden producirse múltiples cambios degenerativos que hacen que varía su aspecto macroscópico y microscópico. Tales cambios son consecuencia de alteraciones vasculares, de infecciones o de una degeneración maligna. (BEGUIRISTAIN, 1998)

2.11.1 NECROSIS:

Es el resultado de una obstrucción venosa parcial y produce la separación de las fibras musculares adquiere con frecuencia aspecto de pseudoquiste., al tacto en tumor es reblandecido y húmedo, típica de la que se produce por torsión de un mioma

2.11.2 ATROFIA:

La atrofia del mioma se inicia casi siempre después de la menopausia ocasionalmente un poco antes durante la pre menopausia o bien durante la lactancia. También puede observarse atrofia después de los tratamientos con análogos de la hormona gonadotropina corionica.

2.11.3 DEGENERACION HIALINA:

Es la más frecuente 65% en este tipo de degeneración se sustituye el tejido mioma toso por material hialino a celular, ocurre con más frecuencia en los miomas subserosos.

Este tipo de degeneración puede afectar a la totalidad del humor, aunque lo más frecuente es que la afectación solo sea parcial.

2.11.4 DEGENERACION QUISTICA:

Como la degeneración hialina tiene tendencia a la licuación, cuando la afectación del mioma es completa el tumor puede transformarse en una enorme cavidad quística que clínicamente puede simular una gestación o un quiste ovárico, ocurre en aproximadamente en 4% de los miomas.

2.11.5 DEGENERACION POR CALCIFICACION:

Es más común en las mujeres menopaúsicas, al igual que la atrofia mioma tosa, representa entre un 4-10%. Los leiomiomas subserosos son los que se afectan más comúnmente por privación de la circulación, lo que causa precipitación de carbonato y fosfato de calcio dentro del tumor.

2.11.6 DEGENERACION ROJA:

Es una forma de degeneración por necrosis que ocurre cuando el mioma crece mucho en poco tiempo, produciéndose un infarto muscular agudo que provoca dolor e irritación peritoneal. Cuando la degeneración escamosa es muy común, se produce edema e hipertrofia del miometrio.

2.11.7 MIXOMATOSA: esta degeneración es poco común, suele ser asintomática y se presenta después de la generación hialina y quística

2.11.8 TRANSFORMACION MALIGNA:

El peligro de degeneración sarcomatosa es mucho mayor en los miomas submucosos que en los subserosos o intramurales, e igualmente son causa de dismenorreas más intensas y frecuentes. Se comunica que la transformación maligna (leiomiiosarcomatosa) se desarrolla con la frecuencia de 0.1 al 0.5% de los leiomiomas diagnosticados.

2.12 MANIFESTACIONES CLINICAS

SIGNOS Y SINTOMAS:

Menstruaciones prolongadas y abundantes

Menorragia

Hipermenorrea

Metrorragias

De forma general, puede afirmarse que cuanto más proximal esté el tumor a la cavidad endometrial, más intensas serán las alteraciones menstruales.

En ocasiones se acompañan de dolores menstruales, a veces intensos, tipo calambres.

Menos frecuentes, asociados a tumoraciones de gran tamaño, son los síntomas por compresión de estructuras vecinas. Se puede producir dolor pélvico con distensión abdominal, dolor de espalda, flancos o incluso de las piernas, debido a la compresión de estructuras nerviosas del suelo pélvico, y dolor durante el acto sexual (dispareunia).

Los síntomas urinarios (polaquiuria, disuria y tenesmo) son debidos a la compresión vesical.

Aunque poco frecuente, también pueden ser causa de abortos recurrentes, partos prematuros e infertilidad.

La hemorragia está presente en hasta 30% de las pacientes, por lo regular es causada por leiomioma submucosos que deforman el endometrio subyacente y dificultan los mecanismos homeostáticos normales, pero debe tenerse cuidado de descartar otras causas, ya que una lesión maligna,

puede coexistir con el leiomioma. A menudo resulta obligado para diagnóstico diferencial.

El dolor de leiomiomas pocas veces son dolorosas, a menos que haya deterioro vascular. Así, el dolor puede ser resultado de degeneración asociada con oclusión vascular.

Los tumores grandes pueden producir una sensación de pesantez en el área pélvica o quizá una molestia descrita como una sensación de pujo. Los tumores que se incrustan en la pelvis ósea pueden comprimir los nervios, lo que produce dolor que irradia a la espalda o a las extremidades inferiores. El dolor de espalda es una molestia tan frecuente que suele ser difícil el poder adjudicarlo específicamente a un mioma.

2.13 ALTERACIONES DE LA MENSTRUACION:

Hacen referencia a las alteraciones en

>la frecuencia,

>la duración

>la cantidad.

La incidencia de las alteraciones menstruales en los extremos de la vida reproductiva, la pubertad y el climaterio, se intensifica.

2.13.1 Amenorrea

Consiste en ausencia de la menstruación. Existen amenorreas fisiológicas, como son la situación prepuberal, el embarazo, la lactancia y la menopausia.

La amenorrea es primaria cuando la mujer ha cumplido 16-18 años y no ha presentado la menstruación. La amenorrea es secundaria cuando, una vez establecida la menstruación, ésta desaparece por un periodo superior a tres meses.

2.13.2 Dismenorrea

Se define la dismenorrea como el conjunto de síntomas en los que predomina el dolor, que se presenta a la vez que la menstruación (o unos días antes de su inicio) y a lo largo de ella con una intensidad decreciente. Suelen desaparecer entre las 48 y las 72 horas después de iniciada la menstruación.

Hemorragias uterinas anormales

Se distingue entre hemorragias cíclicas y acíclicas.

Hemorragias cíclicas

Son las coincidentes con la menstruación, pero se diferencian por su cantidad, frecuencia y duración.

2.13.3 Hipermenorrea

Menstruación excesiva en cantidad (más de 100 cm) o en duración (más de 8 días), o ambas situaciones, pero que conservan su frecuencia normal.

Algunos autores se refieren a menorragia cuando las reglas son intensas y duraderas.

2.13.4 Poli menorrea

Menstruación con intervalos muy frecuentes, menores de 21 días, pero normales en cantidad y duración.

2.13.5 Hipomenorrea

Regla corta (inferior a dos días) y de escasa cantidad (a veces sólo unas gotas).

2.13.6 Oligomenorrea

Ciclos menstruales superiores a 35 días (reglas normales en cantidad y duración, pero que se presentan en intervalos superiores a 35 días).

2.13.7 Hemorragias acíclicas

Son aquéllas que no guardan relación con el periodo menstrual habitual.

2.13.8 Metrorragias

Hemorragias irregulares, de intensidad variable, que no mantienen un ritmo menstrual.

2.13.9 Hemorragias intermenstruales

Pérdidas de pequeña cantidad o simples manchas de sangre rosada o marrón, que aparecen entre uno y otro periodo menstrual. Puede estar relacionado con la ovulación cuando aparece en la mitad del ciclo. Se conoce también como spotting.

2.14 GENETICA DE LOS MIOMAS:

Los miomas son monoclonales y aproximadamente el 40% tiene alteraciones cromosómicas, el 60% restante puede presentar mutaciones no detectadas. Las anomalías cromosómicas más frecuentes comprenden las translocaciones entre los cromosomas 12 y 14 y las detecciones del cromosoma 7. Los miomas grandes celulares y atípicos tienen mayor probabilidad de mostrar alteraciones cromosómicas, más de 100 genes tienen regulación por aumento o por disminución en las células miomatosas, entre ellos, los genes asociados con los esteroides sexuales, los genes de los receptores estrogénicos y, del receptor de progesterona A, del receptor de progesterona B del receptor de la hormona de crecimiento, del receptor de prolactina y de la matriz extracelular y los genes del colágeno. (GISPERT, 2009)

2.15 HORMONAS:

Sustancia química secretada por una glándula que se vierte al torrente sanguíneo y que actúa en un órgano a distancia.

Tanto los estrógenos como la progesterona parecen promover la aparición de los miomas. Estos se observan raramente antes de la pubertad, son más prevalentes durante los años reproductivos y disminuyen después de la menopausia. Los factores que aumentan la exposición a los estrógenos durante la vida, como la obesidad y la menarca precoz, aumentan la incidencia de miomas. La menor exposición a los estrógenos, como en el ejercicio o la multiparidad, son protectores. Si bien las concentraciones sanguíneas de estrógenos y progesterona son similares en las mujeres con miomas clínicamente detectables o sin ellos, los niveles de estradiol dentro de los miomas son más altos que en el endometrio sano.

Los miomas muestran un índice proliferativo más elevado que el miometrio sano durante el ciclo menstrual. Las pruebas bioquímicas, clínicas y farmacológicas confirman que la progesterona es importante en la patogénesis de los miomas. Estos tienen mayores concentraciones de receptores de progesterona A y B en comparación con el miometrio sano.

(SCHWARCZ, 1995)

Los estrógenos:

Son las hormonas femeninas por excelencia y se divide en 3:

Estrona

Estriol

Estradiol

El estradiol es el estrógeno más potente:

Los estrógenos se producen en los ovarios específicamente en el líquido folicular en un 90% y en un 10% se produce en el tejido graso periférico, mediante la síntesis de acetato y colesterol:

Efectos de estrógenos en el organismo:

Ejercen su acción prácticamente en todo el organismo tienen un efecto anabólico y contribuyen a la proliferación de los tejidos mantenidos en buen estado.

A nivel del sistema nervioso central:

Estimulan el hipotálamo y a la hipófisis mediante mecanismos de retroalimentación participando activamente en los mecanismos de ovulación

Los estrógenos favorecen el buen estado de ánimo, las buenas relaciones interpersonales la convivencia armónica, el estado de ánimo, el sueño, aumentan la libido manteniéndola constante.

A nivel del útero los estrógenos favorecen el crecimiento uterino y la elasticidad de sus paredes también ayudan a la proliferación del endometrio, favorecen el aumento de los receptores de oxitocina en las paredes del miometrio, pueden favorecer la aparición de leiomiomas y crecimientos, efectos indeseables.

A nivel ovárico los estrógenos en pequeñas cantidades ayudan a la ovulación pero en altas cantidades producen anovulación.

A nivel de las trompas de Falopio: los estrógenos favorecen los movimientos centrífugos de la trompa de Falopio

A nivel vaginal: los estrógenos estimulan y favorecen el crecimiento y la elasticidad de las paredes vaginales actuando en las células del epitelio plano escamoso estratificado simple, esta elasticidad le sirve para el momento del parto además los estrógenos favorecen la proliferación de los bacilos de Doderlein

A nivel óseo los estrógenos actúan en los huesos produciendo cierre de la epífisis con maduración del cartílago de crecimiento, lo que explica la menor estatura de la mujer con respecto al hombre, pero también los estrógenos favorecen el buen estado y funcionamiento de los huesos ayudando a prevenir la OSTEOPENIA Y LA OSTEOPOROSIS. (PEDRAZA, 2017)

2.16 PAPEL DE LAS HORMONAS

La investigación sobre lo que hace que los fibromas han arrojado resultados contradictorios. El cuerpo humano contiene 23 cromosomas, y los defectos genéticos se producen en el 40 por ciento de los fibromas. Los defectos en los cromosomas 6, 7, 12 y 14 determinan la frecuencia y la dirección con la que estos tumores crecen. Las hormonas estrógeno y progesterona también tienen efectos sobre los fibromas, que tienen ubicaciones de los receptores específicos en los cuales se activan estas hormonas. Otra prueba de la función de las hormonas en estos tumores se refiere a las condiciones que causan alto o bajo nivel de estrógeno y progesterona. Por ejemplo, la menstruación temprana y la obesidad producen altos niveles de hormonas y se asocian con mayores tasas de tumores fibroides. Por el contrario, la menopausia que es un estado bajo de la hormona, tiende a disminuir el tamaño de los fibromas. El embarazo es una condición que requiere altos niveles de progesterona, y las mujeres con embarazos precoces o múltiples y tienen menores tasas de tumores fibroides

Células: El mioma es fácilmente reconocible y no suele dar problemas diagnósticos. Está formado por células alargadas, "en huso", con abundante citoplasma,

Separadas uniformemente por cantidad variable de colágeno. Cortes transversales de dichas células les dan el aspecto de redondeadas. Tienen Tendencia a organizarse en bucles, que se entrecruzan. El citoplasma es eosinófilo con hematoxilina-eosina y rojo al tricrómico. El núcleo es elongado y uniforme. Con técnica especial pueden evidenciarse fibrillas.

Son raras o están ausentes las mitosis, al igual que núcleos agrandados, células gigantes, áreas de hiper celularidad o grados mínimos de atipia nuclear. (BEGUIRISTAIN, 1998)

Se acepta entonces como típico del mioma:

a) Menos de 5 figuras mitóticas por 10 campos de alta resolución (CAR), si hay alguna atipia, pleomorfismo o células gigantes.

b) Menos de 10 figuras mitóticas por 10 CAR, si está constituido por células musculares "en huso", bien diferenciadas y sin atipias.

Se han observado también mastocitos, que presumiblemente contienen heparina y no deben ser confundidos con células gigantes o neoplásicas.

* Fibras

Son abundantes las fibras de reticulina, que arrancan a lo largo del eje Longitudinal de las células. Muchos poseen cantidades considerables de colágena, que, si es muy abundante, puede separar entre sí los núcleos del mioma, más que los del miometrio normal.

Estas fibras características son las que hacen que el mioma sea también conocido como "fibroide" o "fibromioma".

* Límites suele tener márgenes precisos, aunque a veces puede apreciarse cierta penetración en el miometrio que lo rodea, dependiendo entonces el Diagnóstico de la distribución de los bucles musculares de la porción central de la neoplasia. El tejido que lo rodea le forma una pseudocápsula por compresión, en la que puede comprobarse un tejido areolar leve.

* Vasos la vascularización, originada por expansión de las arterias vecinas del miometrio, generalmente es pobre, por lo que son frecuentes los procesos degenerativos.

Las venas están menos desarrolladas en comparación con arterias del interior del tumor; pero, en la superficie, están frecuentemente dilatadas e ingurgitadas, quizás como consecuencia de la compresión tumoral, lo que puede causar hemorragias intraperitoneales. Abundan también los linfáticos.

* Endometrio situado sobre el mioma submucoso generalmente es atrófico, Pudiendo contener glándulas elongadas y con dilatación quística en la periferia, las glándulas pueden verse separadas por fibras de tejido muscular liso.

2.17 LEIOMIOMAS UTERINOS Y CAPACIDAD REPRODUCTIVA:

Existen muchas controversias relacionadas con la reproducción en mujeres con leiomiomas, en mujeres infértiles, en particular aquellas con infertilidad inexplicada, los leiomiomas a menudo son considerados como una causa, al afectar el transporte normal de gametos o embriones a través del tracto genital, alterando el desarrollo normal del embarazo e implantación del embrión en el útero.

Los leiomiomas submucosos e intramurales provocan distorsión de la cavidad uterina que impide la implantación del embrión con pérdida de este. (ALBA, 2009)

2.18 LEIOMIOMAS E INFERTILIDAD:

El papel de los leiomiomas como causa posible de infertilidad ha sido objeto de un debate considerable, mientras muchas mujeres se embarazan fácilmente, otras tienen problema para ello.

La localización anatómica de los leiomiomas es altamente relevante en cuanto a la posibilidad de producir infertilidad; en orden decreciente sería:

Submucoso, intramural y subseroso

Varios mecanismos se han propuesto para explicar los posibles efectos adversos de los leiomiomas en infertilidad:

>distorsión de la cavidad endometrial

>aumento de la distancia en el viaje de espermatozoides para alcanzar las trompas uterinas

>obstrucción del ostio tubárico

>alteración en transporte de los gametos

>el aumento de tamaño y contorno del útero puede alterar la implantación

>alteración en el suministro sanguíneo al endometrio

>interferencia con la función de la unión útero tubárica, comprometiendo flujo sanguíneo o causando irritabilidad miometrial

A pesar del impacto importante de los leiomiomas en salud pública, poco se sabe sobre la causa que los origina. Hasta hace poco tiempo, las hormonas esteroideas, el estrógeno y progesterona, eran consideradas las reguladoras más importantes del crecimiento del leiomioma. Hay evidencia abundante de que el estrógeno promueve el crecimiento del fibroma, incluyendo

observaciones clínicas que muestran que los fibromas crecen en presencia de altos niveles de estrógeno, por ejemplo durante los años reproductivos, y que su tamaño se reduce en presencia de niveles bajos de estrógeno, tal como ocurre después de la menopausia o durante la terapia con mujeres que fueron tratadas con la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Además, los fibromas tienen altas concentraciones de estrógeno, tienen más receptores de estrógeno, y convierten el estradiol (una forma más activa de estrógeno) a estroma (una forma menos activa de estrógeno) más lentamente que el miometrio normal. (MACIEL, 1991)

La progesterona también se piensa que desempeña un rol en el crecimiento del fibroma. Más específicamente, los estudios clínicos sugieren que la progesterona facilita el crecimiento de fibromas. Por ejemplo, el tamaño del fibroma aumenta durante el tratamiento con progesteronas sintéticas. La terapia combinada del agonista de la GnRH y de la progesterona ha demostrado no tener ningún efecto en el volumen uterino, en contraste a la terapia del agonista de GnRH la cual ha demostrado reducir el volumen uterino. La observación de que los fibromas regresionan con el agente anti progesterona, RU-486, apoya el papel de la progesterona como promotor del crecimiento del fibroma. Histológicamente, los fibromas de los pacientes tratados con progesterona muestran más crecimiento celular que aquellos de pacientes sin terapia con progesterona. Bioquímicamente los fibromas tienen concentraciones más altas del receptor de la progesterona que las del miometrio normal. Juntos, estos datos sugieren que la progesterona también incrementa el crecimiento del fibroma.

Otras hormonas tales como la hormona del crecimiento (CH) y la prolactina (PRL) también se piensan que promueven el crecimiento del fibroma, pero su papel está aún menos definido.

Más recientemente se ha mostrado que los factores de crecimiento, que son proteínas pequeñas que afectan el crecimiento celular median los efectos del estrógeno que promueven el crecimiento y desempeñan un papel importante en el desarrollo de los fibromas. Los factores potencialmente importantes en el crecimiento del fibroma incluyen el factor transformante-beta de crecimiento, factor de crecimiento básico del fibroblasto, factor de

crecimiento epidérmico, factor de crecimiento parecido a la insulina, y factor de crecimiento derivado de plaquetas.

Todos, el estrógeno, la progesterona, y los factores del crecimiento promueven probablemente el crecimiento del tumor, pero solamente después del inicio de la formación del tumor. Este acontecimiento inicial sigue siendo desconocido, aunque la evidencia reciente sugiere que hay un fuerte componente hereditario al desarrollo de los fibromas. La evidencia indirecta para esta hipótesis es como sigue. Primero, los fibromas son por lo menos dos veces más comunes en las mujeres negras que en las mujeres blancas. Aunque las diferencias raciales en status socioeconómico y en acceso al cuidado médico, así como las diferencias raciales son factores de riesgo conocidos para los fibromas, pueden contribuir a este hallazgo, dos estudios recientes sugieren que estos factores no explican en su totalidad esta discrepancia. En segundo lugar, otro estudio encontró una predisposición genética para la histerectomía según lo indicado por una correlación dos veces más alta para la histerectomía en gemelos idénticos contra gemelos fraternos. En tercer lugar, existe una forma hereditaria rara de fibromas uterinos en asociación con los fibromas de la piel llamada el síndrome de Reed's. Finalmente, estudios recientes en Rusia sugieren que las mujeres con antecedentes familiares de fibromas son dos veces más propensas a desarrollar fibromas que mujeres sin antecedentes familiares. Desafortunadamente, pocos estudios científicos examinan directamente el componente genético del desarrollo del fibroma.

2.19 EXAMENES DE LABORATORIO

La histerosalpingografía y la sonohisterografía utilizan Rayos X y ultrasonido, respectivamente, para visualizar la cavidad uterina después de que un tinte específico se inyecta en el útero. La histeroscopia permite la visualización directa de la cavidad uterina al introducir una cámara fotográfica pequeña en el extremo de un tubo largo (hysteroscopio) directamente en el útero a través de la vagina y del cérvix. La laparoscopia, por otra parte, permite la visualización directa del exterior del útero y de las estructuras pélvicas

circundantes introduciendo una cámara fotográfica pequeña en el extremo de un tubo (laparoscopio) directamente en la cavidad abdominal

- ✓ El ultrasonido abdominal o transvaginal tienen una sensibilidad hasta del 85% para detectar miomas de 3 o más centímetros
- ✓ Realizar histeroscopia si los estudios previos no son concluyentes para Se recomienda usar la resonancia magnética, en casos justificados (casos con dificultad diagnóstica o de investigación).
- ✓ A toda paciente mayor de 35 años se sugiere realizar biopsia endometrial para descartar patología maligna

2.20 TRATAMIENTO

2.2.1 FARMACOLOGICO

- ✓ Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh) reducen significativamente el tamaño de los miomas de hasta 35 al 60%. Utilizarlos en las pacientes que van a ser sometidas a miomectomía, pero no por más de 6 meses, por sus efectos secundarios
- ✓ Prescribir la medroxiprogesterona en pacientes peri menopáusicas y exclusivamente para manejo de la hemorragia.
- ✓ El uso de los AINES se recomienda en pacientes con sintomatología leve y/o en espera de tratamiento definitivo.
- ✓ La aplicación de dispositivos endo uterinos de progestágenos puede ser útil en el manejo de la hemorragia, con una reducción del 85% a los 3 meses.
- ✓ Su indicación es en pacientes con alto riesgo
- ✓ quirúrgico, peri menopáusicas o con deseo de conservar el útero.

2.2.2 QUIRURGICO:

- ✓ La miomectomía es un procedimiento que se realiza en las pacientes que desean conservar el útero o con paridad insatisfecha.

- ✓ La miomectomía se indica sobre todo en miomas de medianos y grandes elementos, reservamos la vía laparoscópica para miomas subserosos de pequeños elementos. La miomectomía vaginal se prefiere en miomas cervicales pediculados.

- ✓ La miomectomía histeroscópica puede considerarse como la primera línea para el manejo quirúrgico conservador en miomas intracavitarios sintomáticos

- ✓ La embolización de la arteria uterina es una alternativa de tratamiento que debiera realizarse en casos seleccionados

- ✓ Debe ofrecerse como tratamiento definitivo la histerectomía, en mujeres con miomatosis uterina

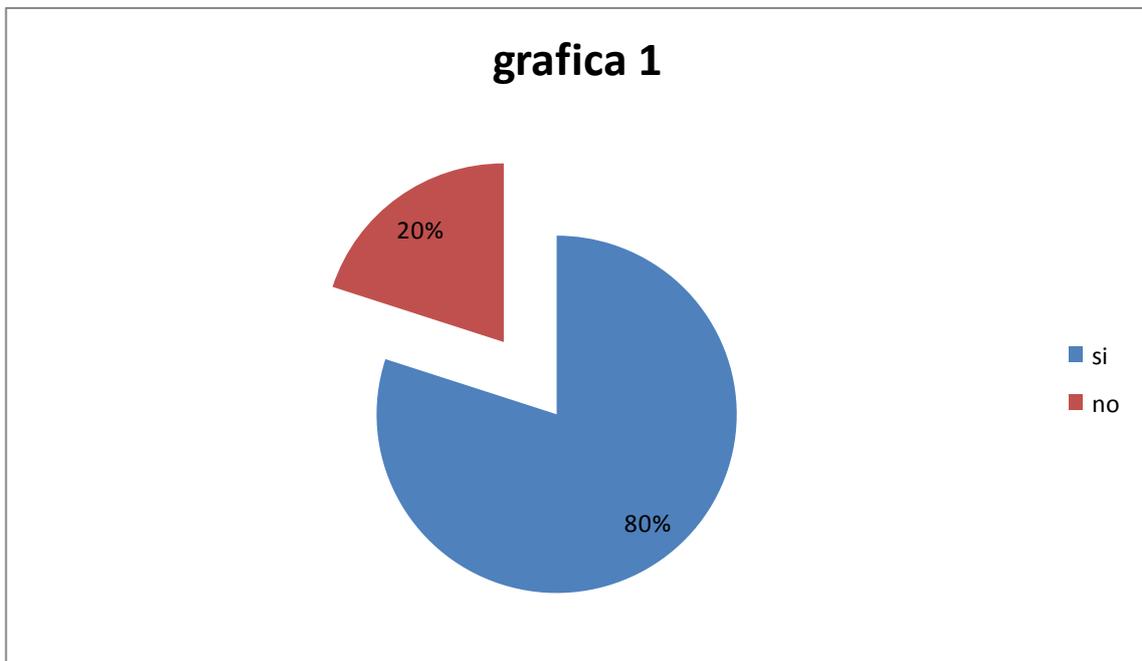
- ✓ Sintomática y paridad satisfecha, refiriendo alternativas y riesgos

- ✓ La ablación de endometrio es una opción terapéutica de bajo riesgo quirúrgico en pacientes con miomatosis uterina de pequeños elementos que presentan hemorragia uterina anormal.

CAPITULO 3: INSTRUMENTACION ESTADISTICA

1.- ¿Conoce que es una intervención de enfermería?

Respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
si	18	80%
no	2	20%



Descripción:

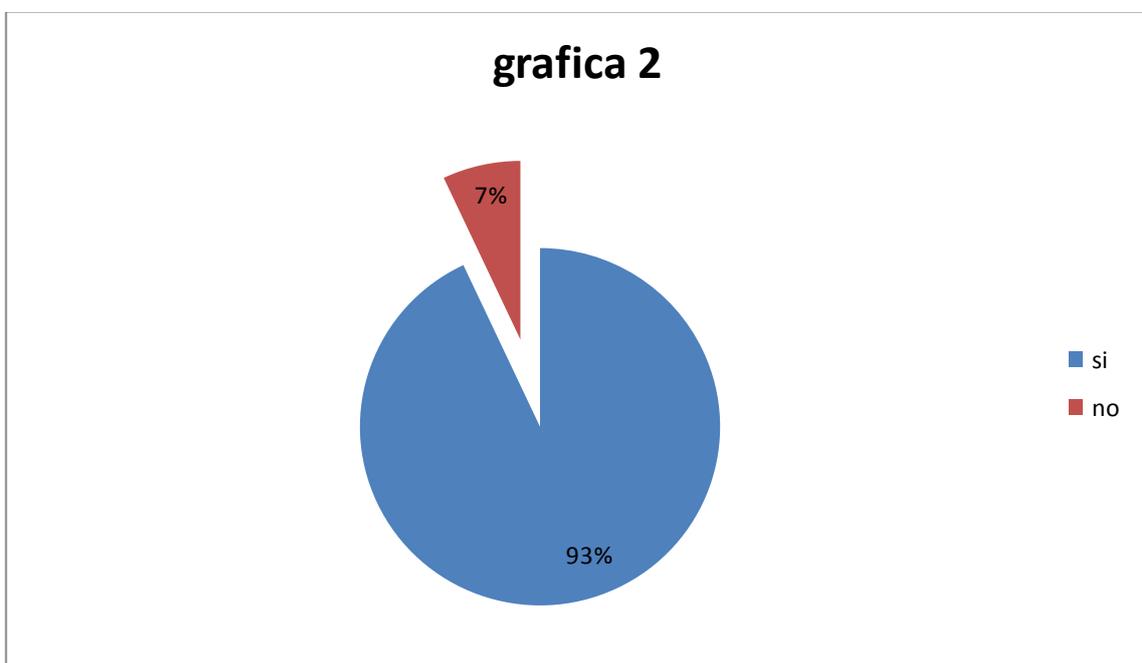
En todo el personal de salud que se encuestó refiere conocer aproximadamente un 80% que es una intervención de enfermería a lo que prácticamente un 20% no sabe bien como es una intervención de enfermería.

Interpretación:

De 20 personas encuestadas contestaron a esta encuesta que si sabía a lo que refería una intervención de enfermería.

2.- ¿Conoce a que se refiere la higiene?

Respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
si	17	70%
no	3	30%



Descripción

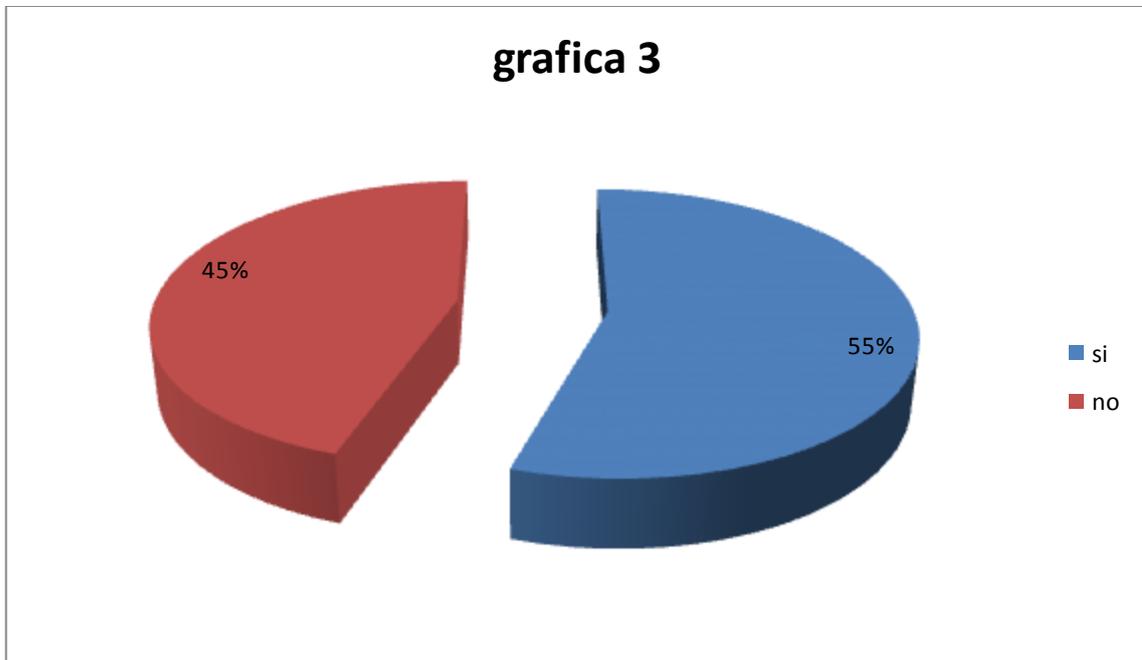
Del personal de salud encuestado sabe la mayoría a que se refiere la higiene para poder atender a un paciente

Interpretación:

Más de la tercera parte del personal de la salud sabe a qué se refiere esta palabra.

3.- ¿Sabe a qué se refiere un leiomioma uterino?

Respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
si	11	55%
no	9	45%

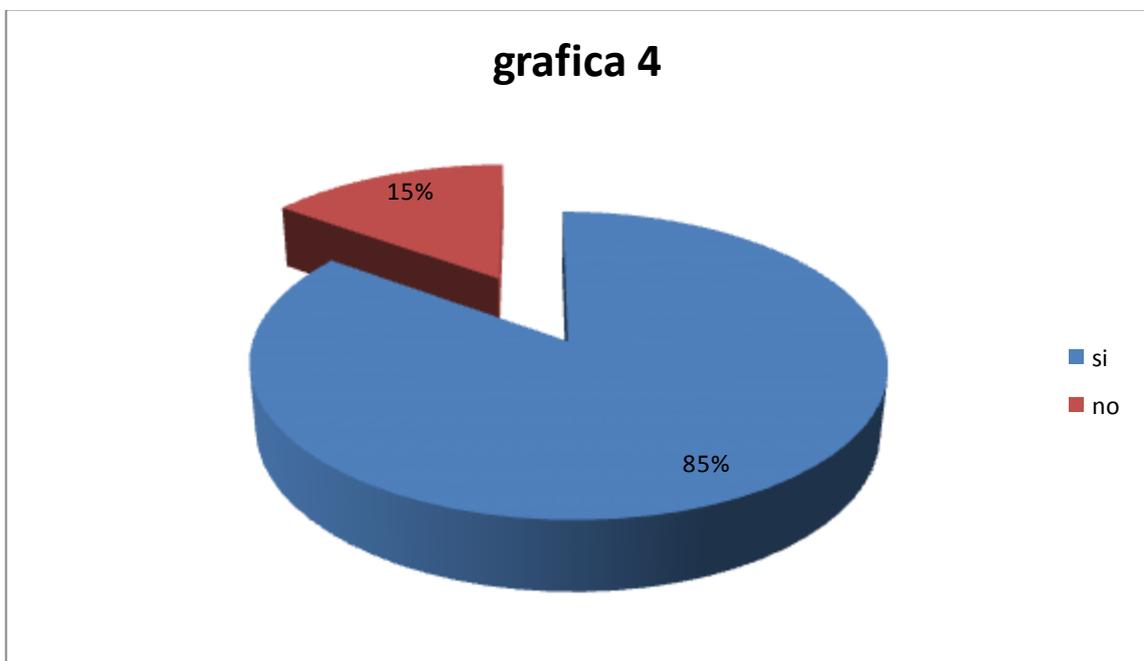


Descripción: de las enfermeras encuestadas en total más del 50% refiere conocer a que se le llamaba un leiomioma uterino

Interpretación: de 20 enfermeras encuestadas más de la mitad sabe a lo que se refiere esta patología.

4.- ¿Considera que la enfermera tiene alguna intervención en esta patología?

respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
si	17	85%
no	3	15%

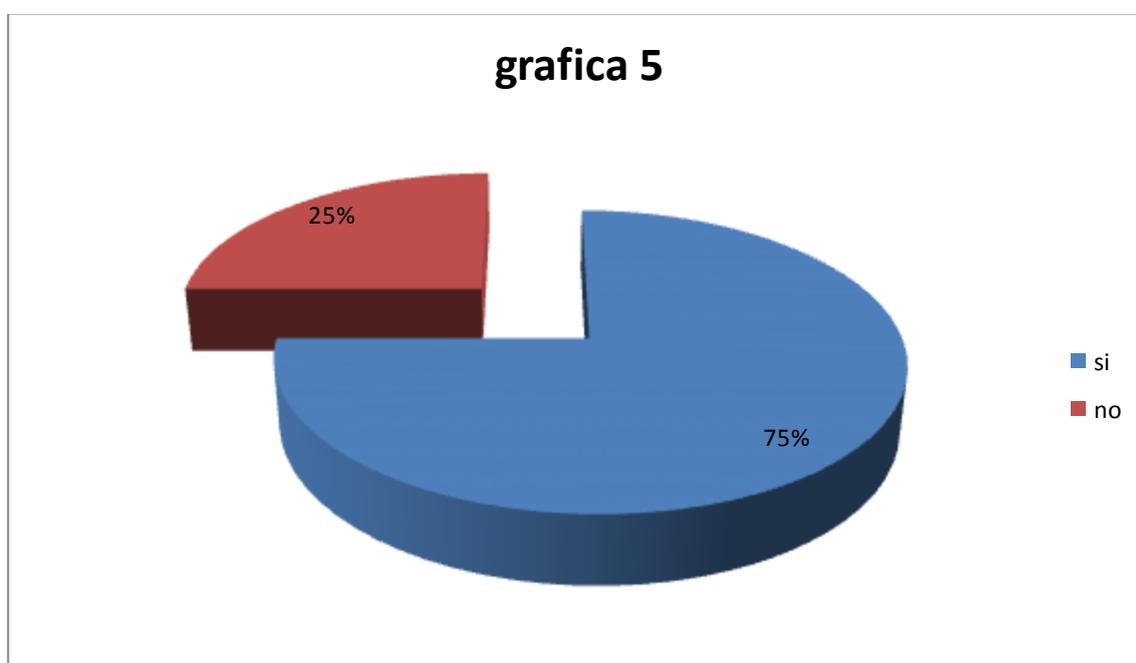


Descripción: Se puede mencionar que el 85% de enfermeras encuestadas consideran que se debe tener una intervención en esta patología

Interpretación: En esta grafica observamos la importancia que tiene la enfermera en la práctica pues puede ella intervenir.

5.- ¿Conoce algún factor que predisponga a una mujer a presentar leiomiomas?

Respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
si	15	75%
no	5	25%



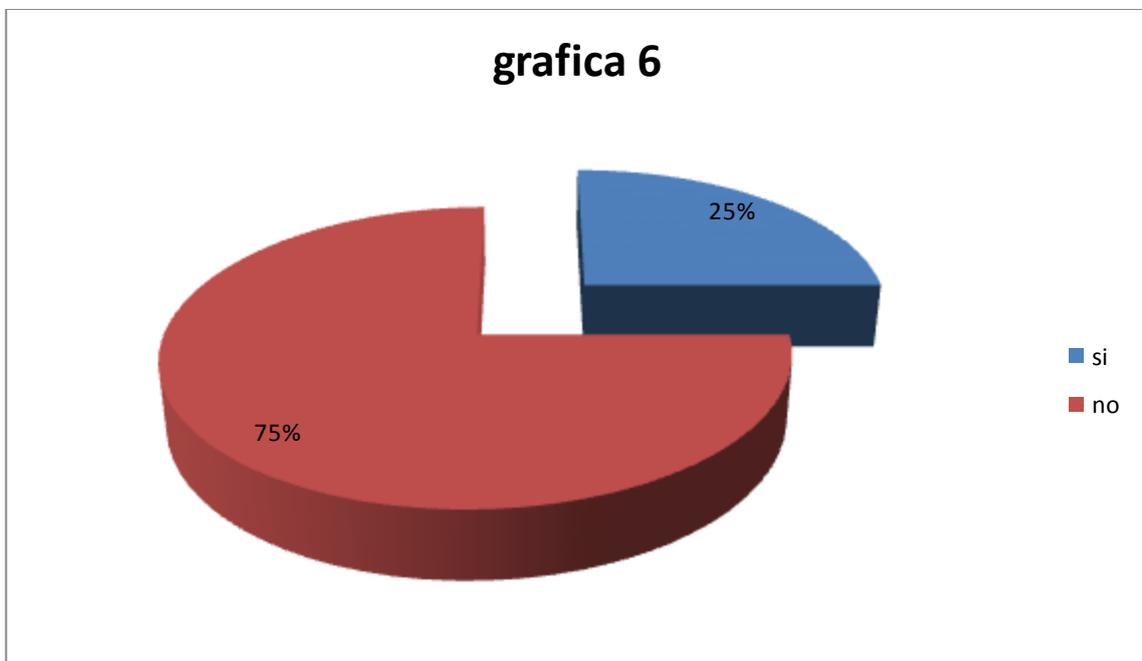
Descripción:

Entre aproximadamente un 75% de las enfermeras encuestadas saben que si se puede presentar un factor

Interpretación: aproximadamente la mayoría de las enfermeras sabe que se puede presentar esta patología y los factores que influyen.

6.- ¿Cree usted como enfermera que se debe realizar histerectomía a este tipo de pacientes en edad de 30 a 50 años?

Respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
si	6	25%
no	14	75%

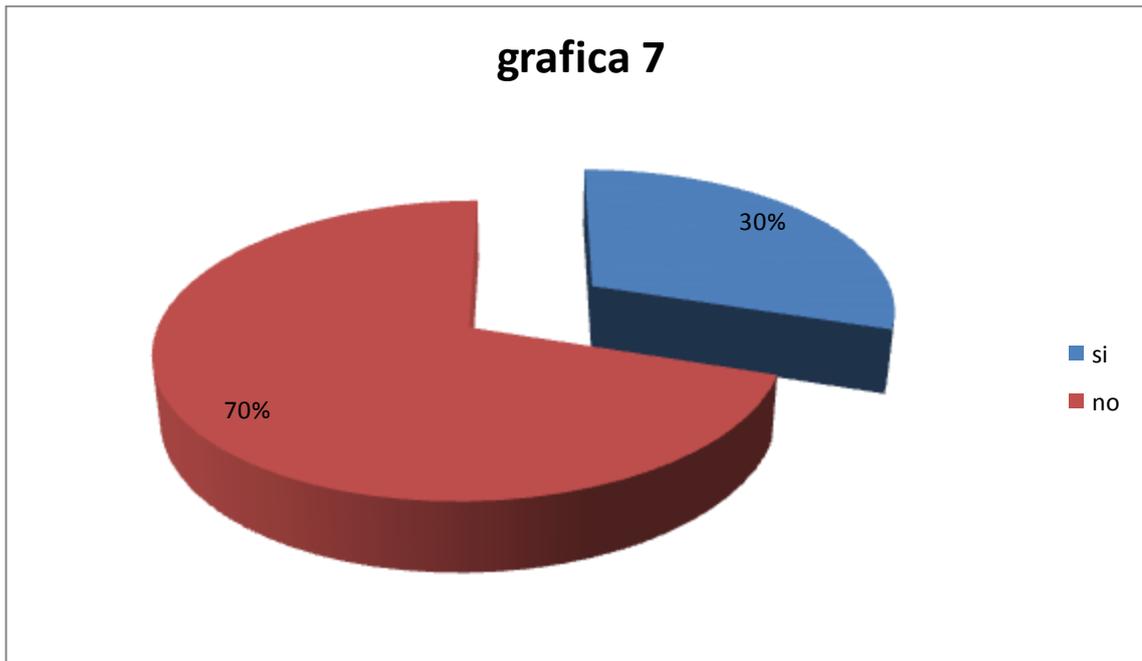


Descripción: En esta grafica se muestra que más de la totalidad de enfermeras reportaron que no realizarían histerectomía

Interpretación: puesto que la mayoría de enfermeras dijo que no, la razón por la cual se decidió es porque no se sabe cuántas mujeres serian primigestas o multigestas o núbiles.

7.- ¿Conoce usted la clasificación de leiomiomas?

respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
si	6	30%
no	14	70%

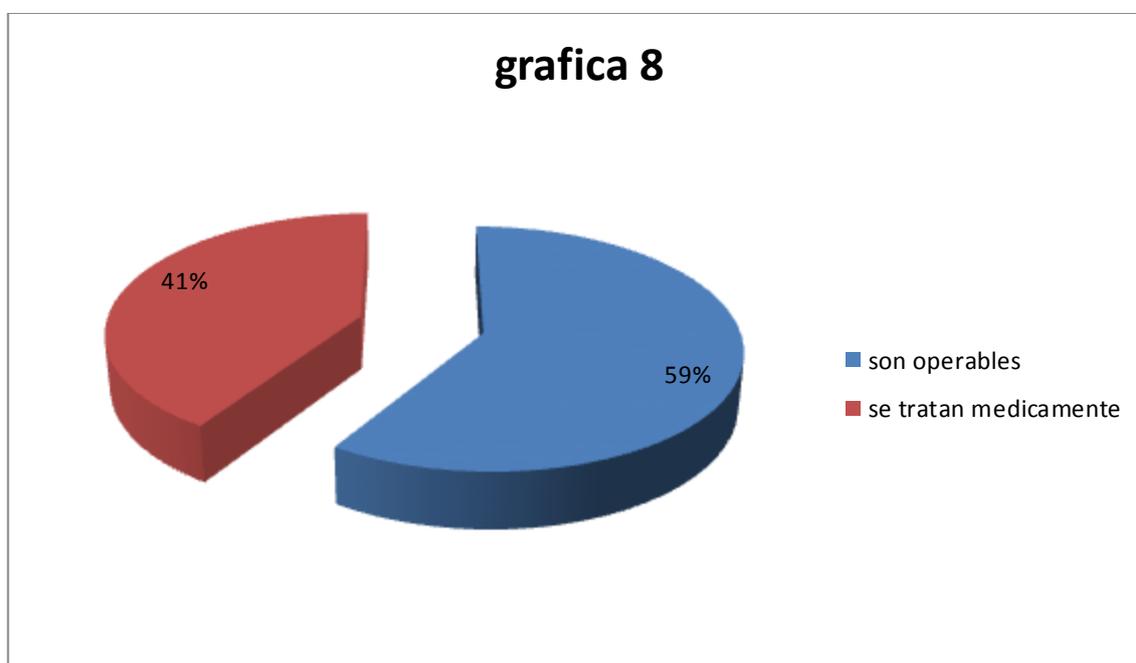


Descripción: 70% del personal de la salud no saben con exactitud la clasificación de los leiomiomas, solo saben que pueden llegar a tener un tamaño grande

Interpretación: En esta grafica se evalúa que el personal de enfermería carece de este conocimiento es por eso la pregunta para dejar un concepto claro.

8.- ¿Cree usted que los leiomiomas son operables o se pueden tratar farmacológicamente?

respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
Son operables	13	65%
Se tratan medicamento	7	45%

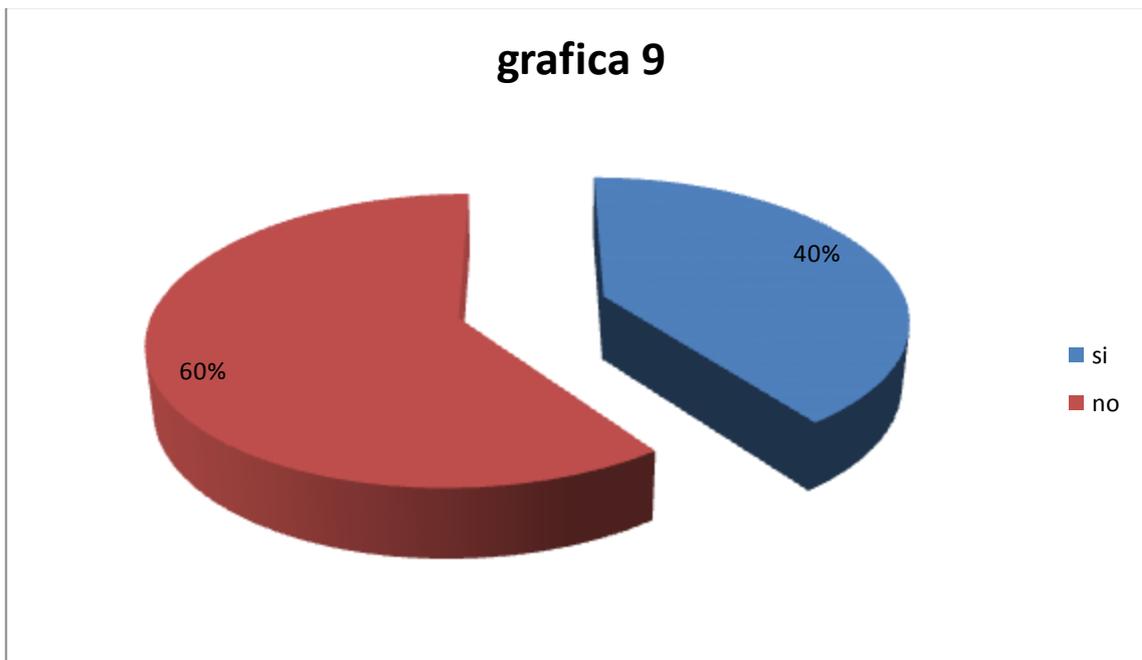


Descripción: Aproximadamente el 59% de las enfermeras dicen que son operables debido a su ubicación

Interpretación en esta grafica vemos que la mayoría de las enfermeras señalan que son operables puesto que es muy difícil eliminarlos medicamente.

9.- ¿Considera que una paciente aun teniendo esta patología pueda tener la capacidad de tener hijos?

respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
si	8	40%
no	12	60%

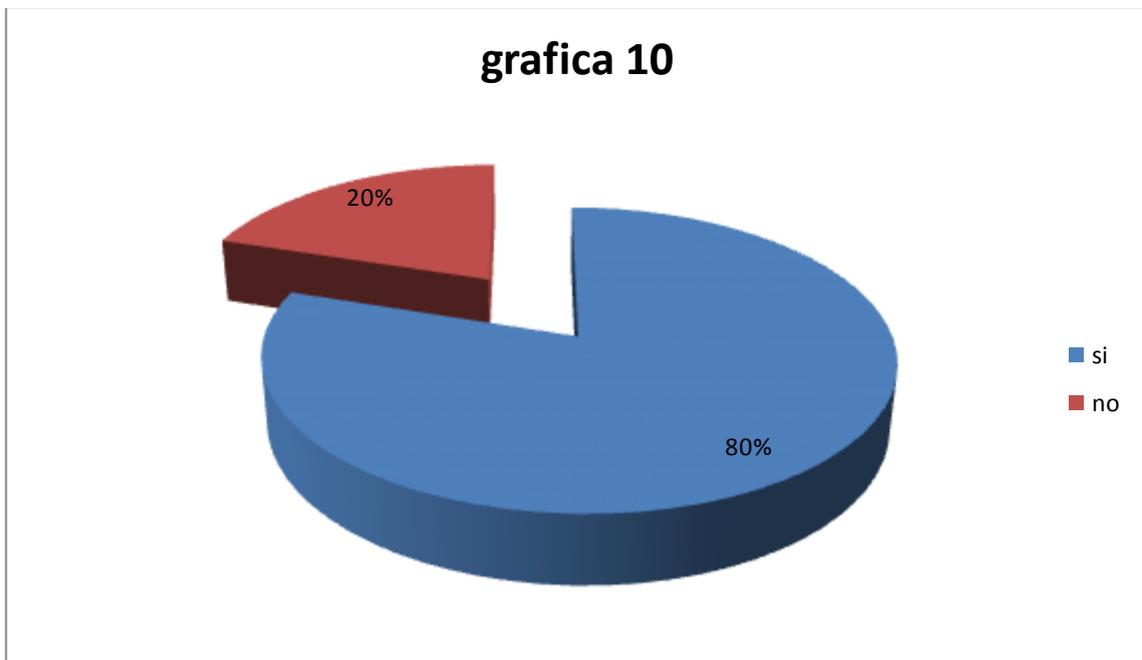


Descripción: En esta grafica se muestra que la mayoría de las encuestadas responde a un no, porque podría haber riesgo para el desarrollo de la embarazada

Interpretación: La gráfica tal como se muestra es un índice muy bajo en el que el personal de salud está de acuerdo en que si se proceda a un embarazo.

10.- ¿Cree usted que se presente una alteración menstrual por esta patología?

respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
si	16	80%
no	4	20%

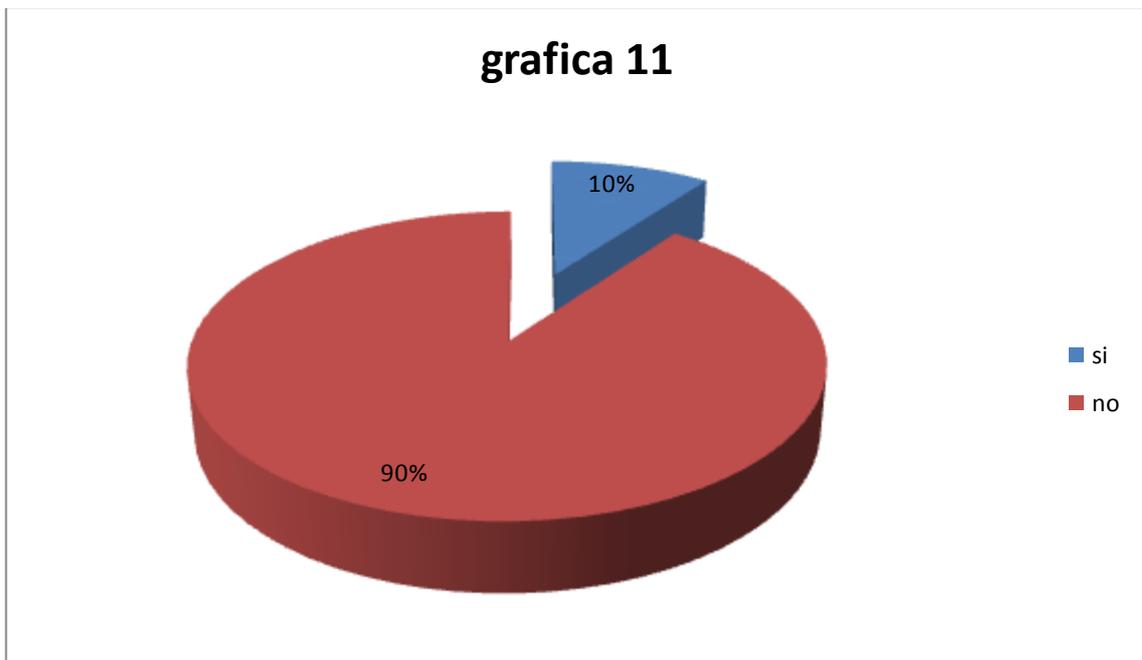


Descripción: En esta grafica nos presenta cuanto es el porcentaje de enfermeras que si saben que se presenta una alteración menstrual

Interpretación: podemos observar que la mayoría de enfermeras saben que esta patología presenta alteración de la menstruación.

11.- ¿Conoce alguna otra alternativa para tratar esta patología?

respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
Si	18	90%
no	2	10%

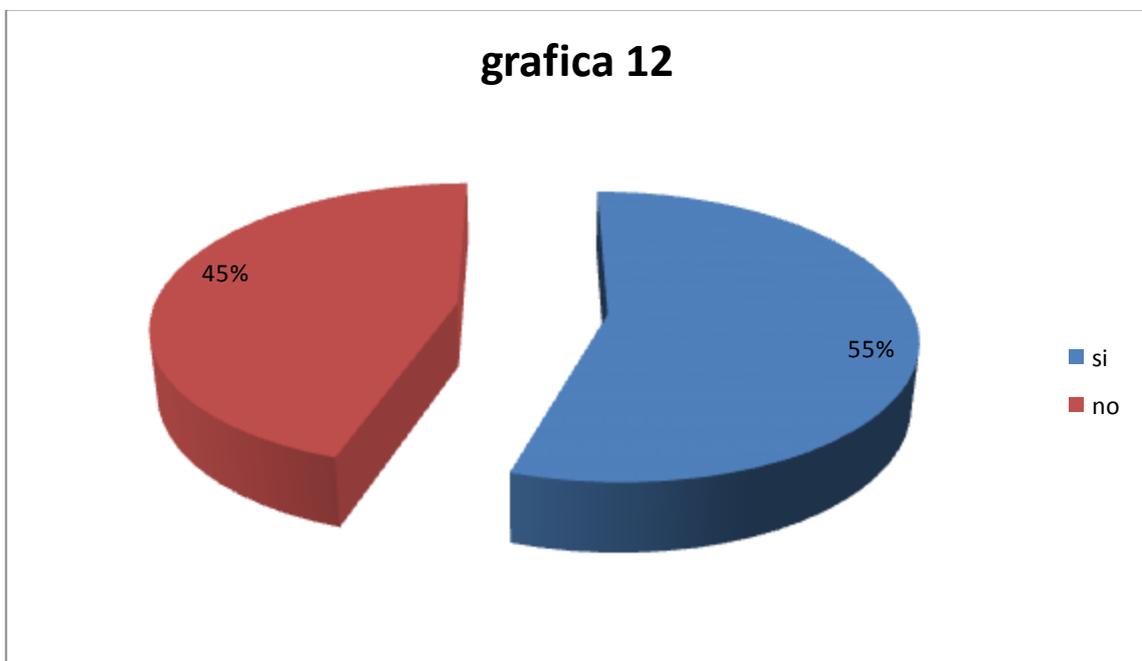


Descripción: En la gráfica nos muestra que el personal de salud no sabe con certeza que se procede a realizar con una patología de este tipo

Interpretación: podemos resaltar que lo antes mencionado en la investigación, se destacó que se puede realizar histerectomía a pacientes multíparas y que de igual manera se puede tratar con tratamiento farmacológico

12.- ¿Conoce la norma oficial mexicana para la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia en la mujer?

Respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
Si	11	55%
no	9	45%

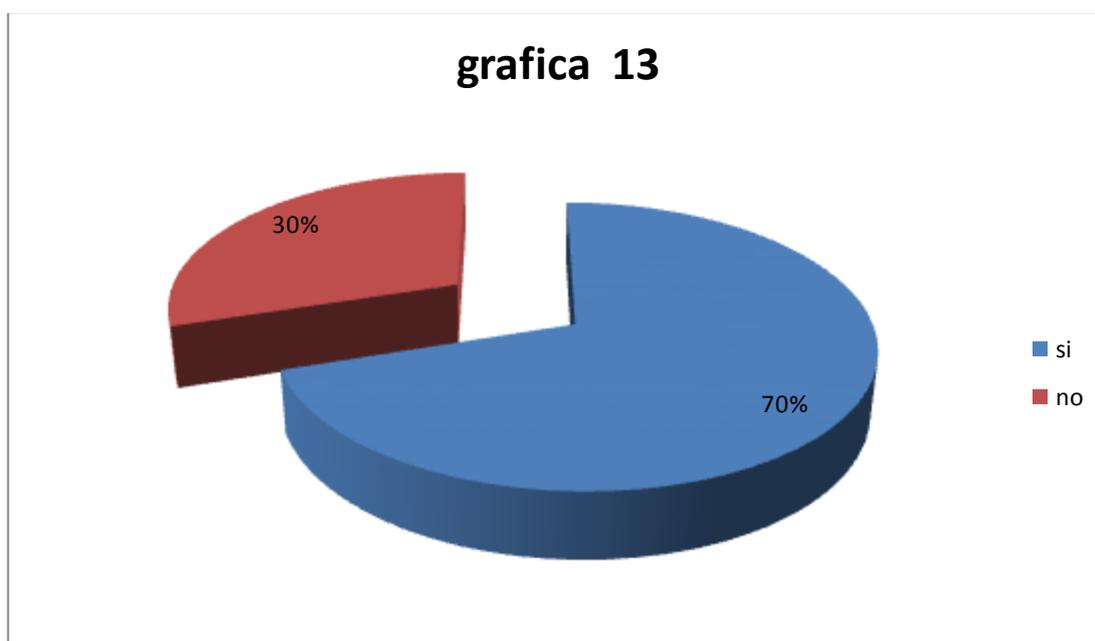


Descripción: la gráfica nos muestra que un mayor porcentaje presenta que si sabe a qué norma se refiere la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia en la mujer

Interpretación: al poder encuestar al personal de salud, pudimos observar que un porcentaje más alto si sabía a qué NORMA OFICIAL MEXICANA nos referimos.

13.- ¿Usted considera que se deben brindar cuidados de calidad a los pacientes?

respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
si	14	70%
no	6	30%

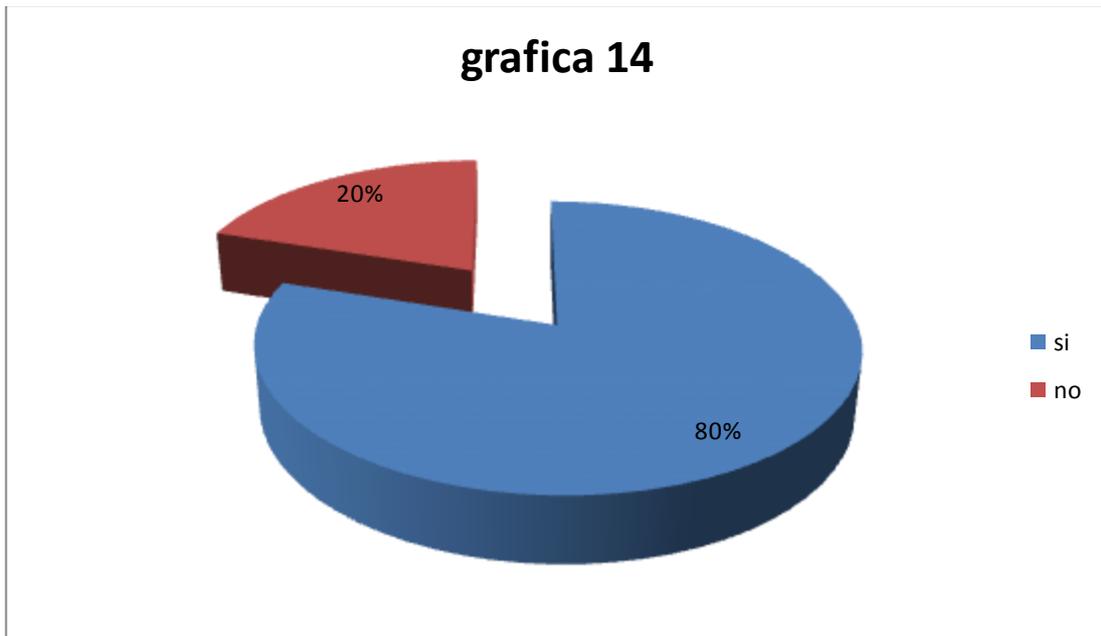


Descripción: En la gráfica podemos observar que un porcentaje más alto contestó que si a los cuidados de calidad

Interpretación: La mayoría de las enfermeras saben que se tiene que brindar un trato digno a las pacientes con calidad y calidez para su mayor comodidad.

**14.- ¿Considera usted que la alimentación en las pacientes
Influye para que presenten esta patologia?**

respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
Si	16	80%
no	4	20%

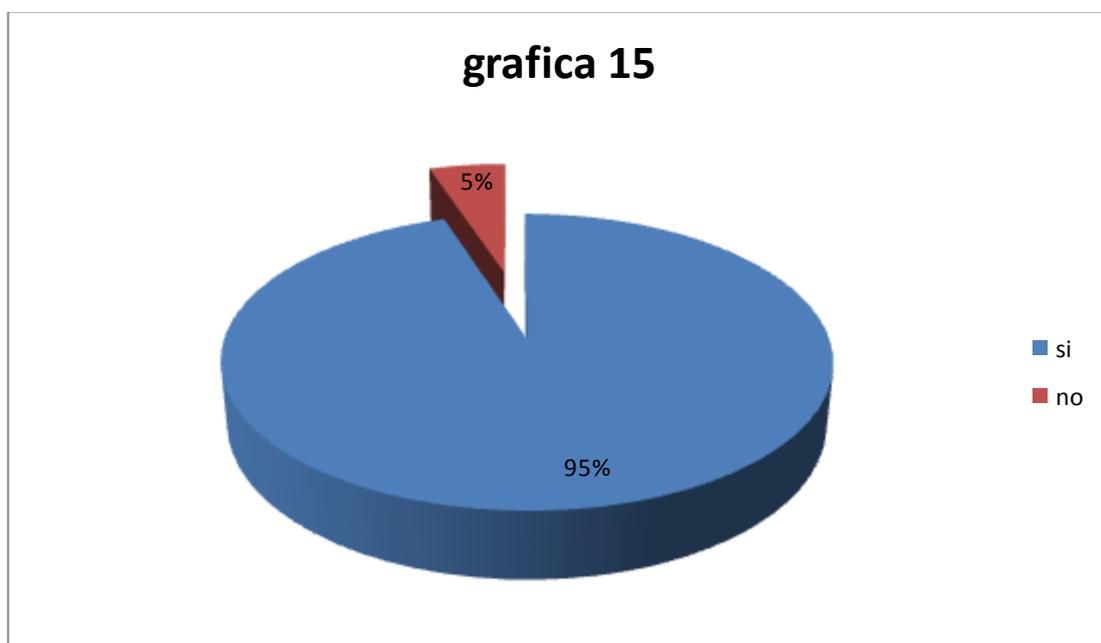


Descripción: La grafica nos muestra que el mayor porcentaje arroja que si influye la dieta y alimentación

Interpretación: al igual que en todas las patologías sabemos que influye la alimentación y la dieta en esta grafica se demuestra como el personal de salud está de acuerdo en que si tiene que tener un régimen.

15.- ¿ Usted como personal de enfermería considera que el diagnostico mediante ultrasonido, pueda ayudar a detectar esta patologia?

respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
Si	19	95%
no	1	5%

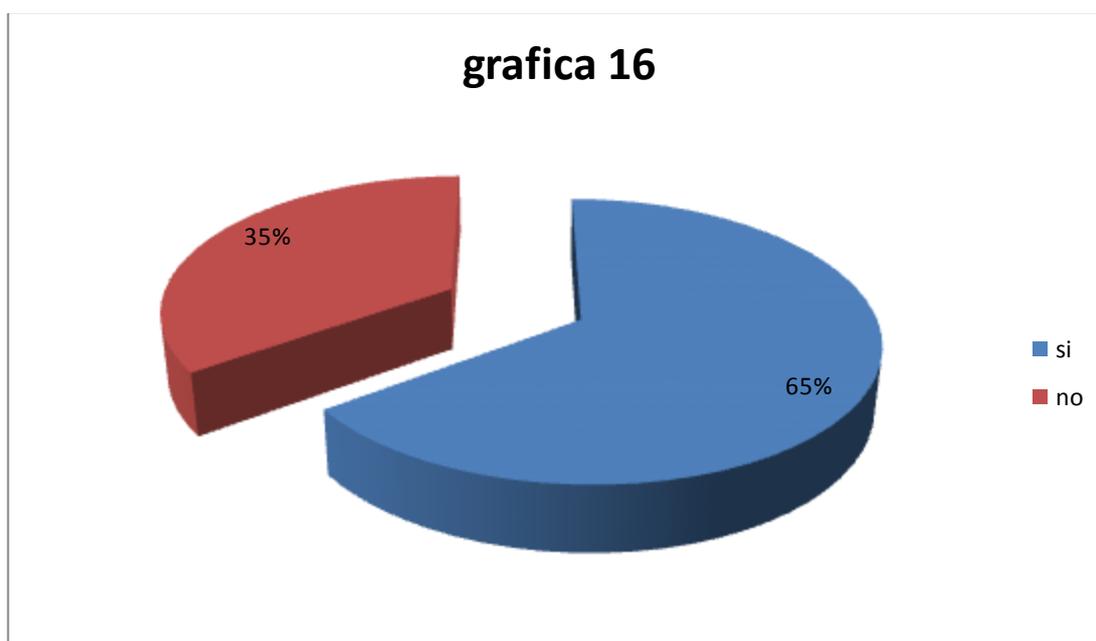


Descripción: En la gráfica como se muestra a continuación vemos que la mayoría nos acierta que si se puede diagnosticar

Interpretación: en esta grafica nos podemos dar cuenta que los leiomiomas uterinos son un poco difícil de detectar mientras que a las encuestadas, se menciona que si se puede detectar.

16.- ¿Considera que esta patología pueda causar a las pacientes esterilidad?

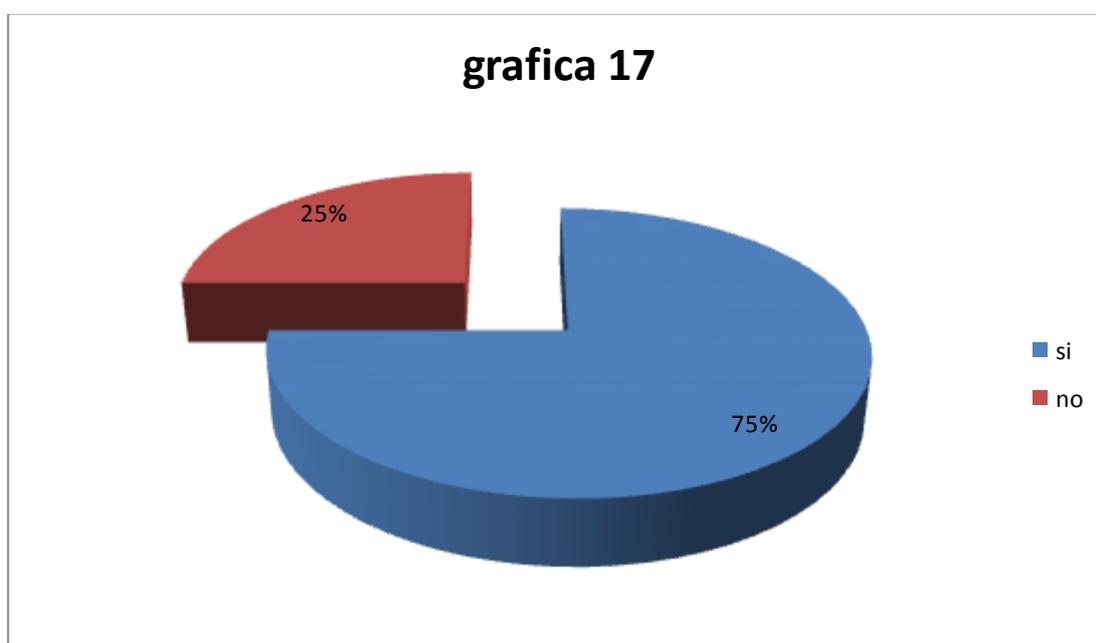
respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
Si	13	65%
No	7	35%



Descripción en la gráfica que se presenta a continuación aproximadamente el 65% de las enfermeras contestó que si
Interpretación: dado que es una patología benigna se sabe que si pudiera traer algunas consecuencias en caso de buscar un embarazo.

17.- ¿En base a sus conocimientos cree que pueda predisponer a cáncer de útero?

respuestas	Personas encuestadas	porcentaje
Si	15	75%
no	5	25%



Descripción: Más del 75% de las encuestadas contestó que si se puede presentar cáncer de útero

Interpretación: si bien es cierto que es una patología benigna, pero también no cabe descartar que pudiera desarrollar a una patología maligna, pues no se sabe su predisposición familiar.

CAPITULO 4: CODIGO DE ETICA

CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERIA

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPITULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPITULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

CAPITULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPITULO V

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPITULO VI

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA

PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales¹.

1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.
Elaboración del protocolo.	*	*								
Elaboración del marco teórico	*	*	*	*						
Elaboración de instrumentos						*	*			
Prueba del instrumento							*	*		
Recopilación de información								*		
Análisis y ordenación de datos.								*		
Elaboración del informe final									*	
Exposición de los trabajos y datos.										*
Publicación del artículo.										*

CONCLUSIONES:

La patología de leiomiomas uterinos como ya se sabe es muy frecuente, es exclusivamente de la mujer, debido a todas las indagaciones que se realizaron en la anterior investigación se dio a conocer su localización su clasificación y como se presenta, aunque su etiología no es completamente entendida, como se menciona es muy raro algún caso que se presente en la pubertad, la mayoría de estos se presentan cuando ya hay factores hormonales que alteran el organismo o por factores hereditarios siendo así pues que se puede llegar a presentar esta patología, la mayoría de las mujeres que los presenta no se dan cuenta al inicio de este padecimiento, puesto que no hay manifestaciones clínicas importantes, conforme avanza el tiempo los leiomiomas crecen y de tal manera la sintomatología se presenta, que su principal signo es sangrado irregular y su síntoma es dolor intenso en la región pélvica.

En lo anterior mencionado se consultó al personal de enfermería para ver que se podía realizar con respecto a este tipo de pacientes, en cuanto a intervenciones de enfermería son pocas las que se pueden destacar pero una de las principales es vigilar a la paciente a disminuir el dolor. Siendo así que es importante las funciones de la enfermera puesto que siempre se debe de brindar una atención a las pacientes holística de calidad y con calidez, para ayudar a su recuperación.

En relación a todo lo que se ha investigado anteriormente se puede concluir que la mayoría de personas en base a reportes documentados se presentan en edad de 35 a 55 años y la mayoría de las mujeres que presenta esta patología.

La modalidad de tratamiento de elección está basado en: tamaño y localización de un leiomioma, pues que su sintomatología asociada a edad de la paciente, paridad, preferencia de la paciente, conveniencia, deseo de conservación del útero y efectos adversos.

En respecto a la planteada hipótesis y objetivos nos pudiéramos dar cuenta que si se acertó a todo lo planteado dejando claros los objetivos.

ANEXOS 1

GUIÓN METODOLÓGICO

NOMBRE	PREGUNTA DEL PROBLEMA	HIPOTESIS	OBJETIVOS		VARIABLES	DEFINICION
			GENERAL	ESPECIFICO		
Detección oportuna e Intervención de enfermería en mujeres con LEIOMIOMAS UTERINOS en edad de 30-50 años	Que intervenciones debe realizar la enfermera y como detectar oportunamente los leiomiomas uterinos en edad de 30 50 años	La enfermera tiene un papel muy importante y amplio en el cuidado y manejo de las pacientes, se debe tener conocimiento sobre las principales enfermedades ginecológicas que afectan a la mujer, lo antes mencionado nos lleva a indicar a la paciente la necesidad de realizar revisiones periódicas para el	Conocer e identificar la detección de leiomiomas uterinos e intervenciones de enfermería en pacientes con leiomiomas uterinos en pacientes 30 a 50 años	Verificar si el personal de salud no conoce esta patología y sus principales signos Identificar si la falta de tiempo y el exceso de pacientes es un impedimento para el tratamiento de esta patología Verificar si el hospital de la salud cumple con todo tipo de materia	>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA >LEIOMIOMAS UTERINOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. LEIOMIOMAS UTERINOS: Tumores benignos de músculo liso

		<p>control del crecimiento de un mioma, si es que ya se ha presentado conocer qué tipo de sangrado tiene y así poder detectar si es por esta patología, y si requiere tratamiento quirúrgico , informar sobre los efectos secundarios y cuidados postquirúrgicos, y no olvidar que esta patología podría tener como consecuencia esterilidad, informar a la paciente</p>		<p>Indesechable para el manejo de estas pacientes Analizar si las cuestiones teóricas referidas al conocimiento de estrategias es una razón para no dar atención oportuna a este tipo de pacientes</p>	
--	--	--	--	---	--

ANEXO 2

CUESTIONARIO

1.- ¿Conoce que es una intervención de enfermería?

Sí No

2.- ¿Conoce a que se refiere la higiene?

Sí No

3.- ¿Sabe a qué se refiere un leiomioma uterino?

Sí No

4.- ¿Considera que la enfermera tiene alguna intervención en esta patología?

Sí No

5.- ¿Conoce algún factor que predisponga a una mujer a presentar leiomiomas?

Sí No

6.- ¿Cree usted como enfermera que se debe realizar histerectomía a este tipo de pacientes en edad de 30 a 50 años?

Sí No

7.- ¿Conoce usted la clasificación de leiomiomas?

Sí No

8.- ¿Cree usted que los leiomiomas son operables o se pueden tratar farmacológicamente?

Son operables se tratan medicamente

9.- ¿Considera que una paciente aun teniendo esta patología pueda tener la capacidad de tener hijos?

Sí No

10.- ¿Cree usted que se presente una alteración menstrual por esta patología?

Sí No

11.- ¿Conoce alguna otra alternativa para tratar esta patología?

Sí

No

12.-¿Conoce la norma oficial mexicana para la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia en la mujer?

Sí

No

13.- ¿Usted considera que se debe brindar cuidados de calidad a los pacientes?

Sí

No

14.-¿ Considera usted que la alimentación en los pacientes influye para que presenten esta patología?

Sí

No

15.-¿Usted como personal de enfermería considera que el diagnostico mediante ultrasonido, puede ayudar a detectar esta patología?

Sí

No

16.- ¿Considera que esta patología pueda causar a las pacientes esterilidad?

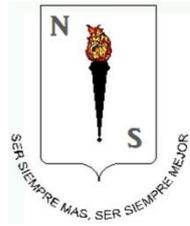
Sí

No

17.- ¿ En base a sus conocimientos cree que pueda predisponer a cáncer de útero?

Sí

No



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA: DETECCIÓN OPORTUNA E INTERVENCION DE ENFERMERIA EN MUJERES CON LEIOMIOMAS UTERINOS DE 30 A 50 AÑOS

Responsables: CONEJO MASCOTE ALICIA ITZEL

Asesora: LIC. MA DE LUZ BALDERAS PEDRERO

En la Licenciatura en Enfermería de la ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD se está realizando un estudio sobre intervenciones de enfermería en pacientes con leiomiomas uterinos, cuyo objetivo es Conocer e identificar la detección de leiomiomas uterinos e intervenciones de enfermería en pacientes con leiomiomas uterinos en pacientes 30 a 50 años

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiere alguna aclaración podrá solicitarla en el momento.

La información que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiendo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, **ACEPTO** participar en la investigación.

Morelia, Michoacán 2017

Nombre y firma de la participante

Nombre y firma de la Responsable

Testigo

Testigo

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

A QUIEN CORRESPONDA:

En virtud de que se están realizando trabajos de investigación en la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud se le solicita con toda atención el permiso para realizar la investigación de intervenciones de enfermería en pacientes mujeres con leiomiomas uterinos en edad 30 a 50 años para lo cual se requiere información sobre el número total de 20 PERSONAS Este estudio se llevará a cabo por la alumna: CONEJO MASCOTE ALICIA ITZEL del 8vo. Semestre 4to año de licenciatura en enfermería y obstetricia, asesorados por la LIC. MA DE LUZ BALDERAS PEDRERO

Sin otro particular por el momento, me es grato enviarle un cordial saludo.

Atentamente:

LEO. Martha Alcaraz Ortega
Directora Académica de Enfermería

GLOSARIO:

Leiomiomas: tumoración benigna más frecuente en ginecología. La tumoración es de origen muscular y vascularizada. Frecuentemente se forman varios tumores que pueden variar en tamaño y situación con respecto al útero

Útero: es el órgano de la gestación y el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino de la mayoría de los mamíferos, incluyendo los humanos. Es un órgano muscular, hueco, en forma de pera, infra peritoneal, situado en la pelvis menor de la mujer que, cuando adopta la posición en ante versión, se apoya sobre la vejiga urinaria por delante, estando el recto por detrás.

Patología: Enfermedad física o mental que padece una persona.

Tumor: Masa anormal de tejido que resulta cuando las células se multiplican más de lo debido o no mueren cuando debieran. Los tumores pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos). También se llama neoplasia.

Reproducción: es un proceso biológico que permite la creación de nuevos organismos, siendo una característica común de todas las formas de vida

Esteroides: son compuestos orgánicos derivados del núcleo del ciclopentanoperhidrofenantreno o esterano, que se compone de vitaminas y hormonas formando cuatro anillos fusionados, tres con seis átomos y uno con cinco; posee en total 17 átomos de carbono.

Hormona: Sustancia química producida por un órgano, o por parte de él, cuya función es la de regular la actividad de un tejido determinado.

Monoclonales: Es un anticuerpo homogéneo producido por un clon de células. Este clon está derivado de una célula híbrida, creada a partir de la fusión de una sola célula madre del sistema inmune y una célula plasmática tumoral

Histopatología: La histopatología es una rama de la patología, que estudia el diagnóstico de las enfermedades a través de estudios histológicos de los tejidos.

Estrógenos: Son hormonas sexuales esteroideas de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales.

Progestágenos: Son un grupo de hormonas en el que se incluye la progesterona. Los progestágenos son uno de las cinco clases principales de hormonas esteroideas, además de los estrógenos, andrógenos, mineral corticoides, y glucocorticoides.

Intramural: Que está situado en el espesor, separado de la superficie por una capa de tejido sano.

Subseroso: Son el tipo de miomas uterinos que se forman debajo de la capa más externa del útero y crecen hacia el exterior. Los miomas subserosos pueden derivar en miomas pediculados al desprenderse del útero y quedar solo unidos a él por una fina porción de tejido.

Endocrino: Que produce hormonas o secreciones que van a parar directamente a la sangre.

Pelvis: Cavidad del cuerpo de los vertebrados situada en la zona inferior del tronco y formada por el coxis, el sacro y los dos coxales; en ella se articulan las extremidades inferiores.

Menorragia: Menstruación excesivamente abundante o duradera.

Metrorragias: Designa cualquier hemorragia vaginal, procedente del útero, no asociada al ciclo menstrual por su ritmo o por la cantidad de flujo.

Nuliparidad: Hablamos de nuliparidad cuando una mujer no ha tenido hijos. El término nuliparidad se aplica también a una mujer que ha estado embarazada pero cuyo embarazo no ha llegado a término.

Ginecología: Parte de la medicina que se ocupa del aparato genital femenino y sus enfermedades, incluidas las glándulas mamarias.

Úlcera: Es toda lesión abierta de la piel o membrana mucosa con pérdida de sustancia. Las úlceras pueden tener origen y localización muy variada, las más frecuentes son las que afectan a la pared del estómago o duodeno que se llaman úlceras pépticas.

Sebáceas: Son glándulas que están situadas en la dermis media y formadas por células llenas de lípidos que se desarrollan embriológicamente en el cuarto mes de gestación, como una gemación epitelial del folículo piloso.

Orificio: Abertura o agujero, especialmente el que está hecho intencionadamente, es de forma regular o tiene una finalidad concreta.

Cutis: Piel de una persona, especialmente la de la cara.

Escleroma: Es un parche endurecido de tejido en la piel o las membranas mucosas. Normalmente se forma en la cabeza y cuello. El lugar más común en el que se encuentran es la nariz, pero también se pueden formar en la garganta y la parte superior de los pulmones.

Fibroide: Los fibromas uterinos son los tumores no cancerosos más comunes entre las mujeres en edad fértil. Los fibromas son formados por células musculares y otros tejidos que crecen en y alrededor de la pared del útero. Se desconoce su causa.

Miometrio: Es la capa muscular intermedia (formada por músculo liso), entre la serosa peritoneal y la mucosa glandular (endometrio), que constituye el grueso del espesor de la pared del cuerpo uterino. Fundamental en la contracción del útero en el trabajo de parto.

Miomectomia: Es la intervención quirúrgica mediante la cual se extirpan los miomas uterinos.

Pedículo: En el cuerpo, una estructura que tiene un pedúnculo (un tallo o tronco) o que está unida a otra estructura mediante un pedúnculo.

Virus del papiloma humano (VPH): Es la enfermedad de transmisión sexual (ETS) más común.

Cérvix: Parte inferior del útero, situada en el fondo de la vagina, flexible, delgada y de unos tres centímetros de longitud.

Peritoneo: Membrana que cubre la superficie interior del abdomen y forma varios pliegues que envuelven las vísceras.

Retroflexión: Es un proceso psicológico que, en Terapia Gestalt supone la inhibición de la acción dirigiéndola hacia uno mismo. El sujeto se convierte en objeto y diana de su propia acción.

Vesicouterino: Relativo a la vejiga y al útero.

Oxitocina: Es una hormona producida por los núcleos supra óptico y para ventricular del hipotálamo que es liberada a la circulación a través de la neurohipófisis.

Hipófisis: Es una glándula endocrina que segrega hormonas encargadas de regular la homeostasis incluyendo las hormonas trópicas que regulan la función de otras glándulas del sistema endocrino, dependiendo en parte del hipotálamo, el cual a su vez regula la secreción de algunas hormonas.

Arteriolas: Es un vaso sanguíneo de diámetro menor de 40 o 100 micras según la bibliografía consultada, dependiendo su diámetro del grado de contracción arteriolar, que resulta de ramificaciones de las arterias y conduce la sangre hacia los capilares.

Sarcoma: Es un grupo de cánceres que tienen su **origen en las células del tejido conjuntivo**, también conocido como conectivo o de sostén. Este tejido forma la estructura del cuerpo humano y de sus órganos y puede adoptar distintas cualidades, según el tipo de células que lo formen: grasa, músculo, vasos sanguíneos, cartílagos, tendones y huesos, entre otros.

Simpaticotonía: Alteración del sistema nervioso autonómico en favor del sistema simpático. Cursa con taquicardia, midriasis, hiperhidrosis y con un aumento de la excitabilidad vasomotora.

Parácrina: Se refiere a un tipo de comunicación celular por secreción química que afecta a una célula vecina a la célula emisora, como es el caso de muchas hormonas.

Estradiol: Es una hormona esteroide sexual femenina.

Hipertrofia: Crecimiento excesivo y anormal de un órgano o de una parte de él debido a un aumento del tamaño de sus células.

Epiplón: Es un repliegue del peritoneo situado en el abdomen. Está formado por finas láminas de tejido que unen dos órganos abdominales entre sí.

BIBLIOGRAFÍA

LIC.SUSANA ROSALES BARRERA 1995
FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
EDITORIAL INTERAMERICANA 1977

JULIO FERNANDEZ ALBA (2009)
OBSTETRICIA CLINICA DE LLACA- FERNANDEZ
SEGUNDA EDICION
MEXICO, EDITORIAL Mc GRAW- HILL INTERAMERICANA EDITORES S.A DE C.,V

DR. G EDUARDO NUÑEZ MACIEL (1991)
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
TERCERA EDICION
MEXICO, EDITOR ASOCIACION DE MEDICOS DEL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
NO 3 DEL IMSS A.C (CUELLAR EDICIONES)

RALPH C. BENSON , M.D (1985)
MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
SEPTIMA EDICION
MEXICO D.F EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A DE C.V .

RICARDO LEOPOLDO SCHWARCZ (1995)
OBSTETRICIA
QUINTA EDICION
BUENOS AIRES, EDITORIAL EL ATENEO

TUCKER, CANOBBIO, PAQUETTE, WELLS (2002)
NORMAS DE CUIDADOS DEL PACIENTE
SEXTA EDICION
BARCELONA (España), EDITORIAL HARCOURT/ MMII OCEANO S.A.

CARLOS DE GISPERT(2009)
NUEVO MANUAL DE LA ENFERMERIA
SEGUNDA EDICION
BARCELONA (España) , MMIV EDITORIAL OCEANO

BEVERLY WITTER DU GAS (1986)
TRATADO DE ENFERMERIA PRACTICA
CUARTA EDICION
MEXICO D.F., "D.R" NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V .

DR. HOWARD W. JONES III (1991)
TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVAK
DECIMOPRIMERA EDICION
MEXICO D.F. NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A DE C.V

DIVISION DE Mc GRAW HILL, INC.

BEVERLY WITTER DU GAS(1974)
TRATADO DE ENFERMERIA PRACTICA
SEGUNDA EDICION
MEXICO D.F. NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V.

TRATADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (1998)
JOSE ANTONIO USANDIZAGA BEGUIRISTAIN
SEGUNDA EDICION
MEXICO D.F. EDITORIAL Mc GRAW HILL INTERAMERICANA

F. GARY CUNNINGHAM, MO
WILLOAMS OBSTETRICIA
23º EDICION
MEXICO, D.F.
EDITORIAL Mc GRAW HILL INTERAMERICANA

Bibliografía

S.F.).

ALBA, J. F. (2009). *OBSTETRICIA CLINICA DE LLACA- FERNANDEZ*. MEXICO D.F.: MC GRAW- HILL INTERAMERICANA .

ALVAREZ, L. N. (OCTUBRE DE 2007). *PDF*. RECUPERADO EL MARZO DE 2017, DE PDF: FILE:///C:/DOCUMENTS%20AND%20SETTINGS/ITZEL%20CONEJO /MIS%20DOCUMENTOS/MICROSOCIOLOGIA%204TO/2DO%20PARCIAL/CUIDADO%20HUMANIZADO%20EN%20ENFERMER%20C3%84.PDF

BARRERA, L. S. (1995). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA*. MEXICO D.F.: EDITORIAL INTERAMERICANA.

BEGUIRISTAIN, J. A. (1998). *TRATADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*. MEXICO D.F.: MC GRAW HILL INTERAMERICANA.

G, F. C. (AGOSTO DE 2002). *PDF*. RECUPERADO EL MARZO DE 2017, DE PDF: FILE:///C:/DOCUMENTS%20AND%20SETTINGS/ITZEL%20CONEJO /MIS%20DOCUMENTOS/BALDERAS/TEORICAS%20DE%20ENFERMERIA%20PDF.PDF

GISPERT, C. D. (2009). *NUEVO MANUAL DE LA ENFERMERIA*. BARCELONA (ESPAÑA): OCEANO.

JONES, D. H. (1991). *TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVAK*. MEXICO D.F.: DIVISION DE MC GRAW HILL, INC.

MACIEL, D. G. (1991). *GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*. MEXICO D.F.: CUELLAR.

PEDRAZA, A. Z. (2017). *GINECOLOGIA*. MEXICO.

PEDRERO, M. L. (2006). *ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA*. MEXICO D.F.: INTERAMERICANA.

RALPH C. BENSON, M. (1985). *MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*. MEXICO D.F.: EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.

SCHWARCZ, R. L. (1995). *OBSTETRICIA*. BUENOS AIRES: EL ATENEO.

VERA, N. L. (JULIO DE 2006). *PDF*. RECUPERADO EL MARZO DE 2017, DE [PDF: FILE:///C:/DOCUMENTS%20AND%20SETTINGS/ITZEL%20CONEJO/MIS%20DOCUMENTOS/MICROSOCIOLOGIA%204TO/2DO%20PARCIAL/CUIDADO%20ENFERMERO.PDF](FILE:///C:/DOCUMENTS%20AND%20SETTINGS/ITZEL%20CONEJO/MIS%20DOCUMENTOS/MICROSOCIOLOGIA%204TO/2DO%20PARCIAL/CUIDADO%20ENFERMERO.PDF)

GRIGORIEVA V, CHEN-MOK M, TARASOVA M, MIKHAILOV A.

USE OF A LEVONORGESTREL-RELEASING INTRAUTERINE SYSTEM TO TREAT BLEEDING RELATED TO UTERINE LEIOMYOMAS. *FERTIL STERIL* 2003;79:1194-8.

ZAPATA LB, WHITEMAN MK, TEPPER NK, JAMIESON DJ, MARCHBANKS PA, CURTIS KM. INTRAUTERINE DEVICE USE MONG WOMEN WITH UTERINE FIBROIDS: A SYSTEMATIC REVIEW. *CONTRACEPTION* 2010;82:41-55

REENBERG MD, KAZAMEL T. MEDICAL AND SOCIOECONOMIC IMPACT OF UTERINE FIBROIDS. IN: HUTCHINS FL, GREENBERG MDEDITORS. *UTERINE FIBROIDS*.

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY CLINICS OF NORTH AMERICA 1995; 22: 625-36

BUTTRAM VC, REITER RC. UTERINE LEIOMYOMATA: ETIOLOGY, SYMPTOMATOLOGY,

AND MANAGEMENT. *FERTIL STERIL* 198 1;36: 433-45.

STEWARTEA. *UTERINEFIBROIDSLANCET*2001;3572

