



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**

---

---

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-62**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA:  
MIOATOSIS UTERINA CON ENFOQUE TRANSCULTURAL**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**LUIS FORTINO BLANCO HERNÁNDEZ**

**ASESOR:**

**M.E. ALICIA SÁNCHEZ ORTIZ**

**ORIZABA, VER.**

**2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

*Primeramente, le agradezco a Dios por ser el motor principal en mi vida, por acompañarme y permitirme confiarle mis anhelos con la certeza de que estos se materializarán.*

*Les agradezco a mis padres porque desde muy pequeño me enseñaron el significado de perseverar y luchar por nuestros sueños, ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mis mejores guías de vida. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro, amados padres, como una meta más conquistada. Honrado de tan dicha fortuna de tenerlos como padres y que estén a mi lado en este momento tan importante.*

*A mi hermana porque fue mi primera compañera de vida y quien me enseñó desde el momento que nació lo esencial que es un equipo. Por llenarme de alegría día tras día, por todos los consejos brindados, por compartir horas y horas de películas, series, por las peleas, los gritos y herir mi cuerpo de puro amor.*

*De igual manera mis agradecimientos a la Universidad de Sotavento, campus Orizaba, a toda la Facultad de Enfermería, a mis profesores en especial a L.E Olivia Vázquez Galarza, L.E Yazmín Villano Castañeda, L.E Julia Gabriela Castellanos Trujeque y L.E Enriqueta Córdoba González, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.*

*Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento al Prof. José Antonio Reyes Gutiérrez, principal colaborador durante todo este proceso, quien, con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo*

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	8
<b>OBJETIVOS</b> .....	12
Objetivo general .....	12
Objetivos específicos .....	12
<b>METODOLOGÍA</b> .....	13
A) Enfoque de la investigación: Cualitativo.....	13
B) Alcance la investigación: Descriptivo. ....	13
C) Tipo de investigación: aplicada. ....	14
D) Diseño de la investigación: No experimental. ....	14
<b>CAPÍTULO I</b> .....	16
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	16
1.1 Enfermería como profesión disciplinaria.....	19
1.2 El cuidado como objeto de estudio.....	21
1.3 Proceso atención de enfermería.....	22
1.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE .....	24
1.5 Etapas del proceso de atención de enfermería.....	26
A) valoración. ....	26
B) Diagnóstico.....	27
C) Planeación. ....	27
D) Implementación.....	28
E) Evaluación. ....	28
1.6 Problemática de salud de la persona: Miomatosis Uterina.....	29
<b>CAPÍTULO II RESUMEN DEL CASO CLINICO</b> .....	43
2.1 Antecedentes del caso clínico. ....	43
2.2 Descripción del caso clínico. ....	47
<b>CAPÍTULO III</b> .....	49
<b>DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b> .....	49
3.1 valoración clínica del sujeto de cuidado.....	49
3.2 Diagnóstico de enfermería según el caso.....	52
3.3 Planificación de intervenciones.....	58
3.4 Ejecución de intervenciones .....	59
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	61

**PLAN DE ALTA ..... 61**  
**4.1 Descripción del plan de alta. .... 61**  
**CONCLUSIONES..... 62**  
**REFERENCIAS..... 66**  
**GLOSARIO ..... 69**  
**ANEXOS. .... 72**

## INTRODUCCIÓN

Los miomas son tumores benignos del músculo liso del útero (miometrio), los cuales pueden ser únicos o múltiples. El origen de este problema es desconocido, aunque se sabe que cada mioma crece de una célula de músculo liso. Su aparición responde a hormonas (estrógeno y progesterona) y a factores de crecimiento y genéticos. El manejo habitual de los miomas es la observación, pudiéndose agregar antiinflamatorios o terapia hormonal para disminuir su tamaño.

El primer capítulo trata sobre el marco teórico en el cual se hace mención el tipo de investigación a presentar en este caso el proceso de atención de Enfermería, diseñado en el tratamiento de fibromas uterinos, enfocados en un tratamiento transcultural, basándonos en las aportaciones de Sor Callista Roy a la formación de enfermería, con su modelo de adaptación. Así mismo se alude el reconocimiento de enfermería como una disciplina profesional, constituida primordialmente en dos componentes: disciplinar y profesional. Teniendo como objetivo de estudio el cuidado, estando éste relacionado al saber y el que hacer de enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado que nos permite administrar cuidados de enfermería integrales; brindando facilidad en la identificación de diagnósticos y la necesidad de tratamiento a las respuestas en necesidad de salud. Desde la perspectiva transcultural el PAE permite tener una relación enfermera-paciente más íntima y sólida, permitiendo al personal de Enfermería impulsarse en la investigación construyendo un avance en el sistema de excelencia profesional y en la mejora de cuidados asistenciales.

El segundo capítulo está especialmente dedicado a la búsqueda y recolección de información base sobre el sujeto a ser estudiado, dicho capítulo se encuentra seccionado en dos partes: Secc.1 antecedentes del caso clínico, consta del conjunto de datos recolectados durante la historia clínica del paciente, los datos deben ser claros y

concisos. Secc.2 Descripción del caso, es un breve resumen sobre los datos obtenidos en la historia clínica del sujeto de estudio, dando pauta al plan de estudio.

El tercer capítulo, centrado en el desarrollo del PAE. En él se desglosa cada una de las etapas del Proceso, teniendo inicio con la valoración, la cual nos permite reunir información relevante que ayude en el caso, al ser recabada la información concisa conseguida del sujeto de estudio de manera indirecta mediante la familia, dicha información será concentrada con prioridad, basados en los patrones funcionales de Marjory Gordon teórica y profesora estadounidense, creadora de la teoría de valoración de enfermería antes mencionada. fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Después de haber priorizados las necesidades del paciente, continuamos con la realización de diagnósticos enfermeros, los cuales consisten en el análisis de la información, permitiendo dar un juicio clínico sobre el estado de salud del paciente, los diagnósticos están clasificados en Diagnósticos de Reales, de Riesgo y de Promoción a la Salud. Están constituidos por: una Etiqueta, una o varias características definitorias, uno o varios factores etiológicos o relacionales, tomados del NANDA.

Los diagnósticos enfermeros son utilizados para la identificación de los resultados apropiados obtenidos de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), estos deben ser identificados antes que los resultados, pues en ellos se prioriza la necesidad del paciente, posteriormente incluiremos las intervenciones que fueron determinadas por los resultados, las intervenciones están constituidas por 7 campos, con 30 clases las cuales están organizadas alfabéticamente, divididos en 2 niveles. Las intervenciones están basadas en evidencias y son de carácter dependiente e interdisciplinarias.

El cuarto capítulo, hace referencia al plan de alta, su planificación corresponde al proceso de identificar y prepararse de forma anticipada para las necesidades de cuidado de la salud del paciente al egreso de un establecimiento, involucra a pacientes, sus familias, el equipo del hospital y el del destino de alta. Este proceso debe ser dinámico y

estar centrado en las necesidades y prioridades de la persona, enfocándose en el cuidado actual del paciente, el nivel asistencial adecuado y las barreras a las que se encuentre sometido, algunas de ellas a considerar son: funcionalidad, lugar de vivienda, soporte familiar, directrices anticipadas, bienestar psicosocial y necesidades médicas actuales y futuras es clave para optimizar la transición de cuidados.

Por ello importante comprender y conocer los recursos que tiene el paciente en casa, así como la habilidad para comprender indicaciones y la posibilidad de poder adquirir los medicamentos e insumos necesarios, el alta dependerá de la combinación apropiada entre lo que el paciente requiere funcionalidad y cuidados.



## JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integral y progresiva; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. *El proceso de atención de enfermería le da a la disciplina la categoría de ciencia.* (Santiago, 2018, s/p)

El PAE consta de 5 etapas, las cuales deben ir en un cierto orden riguroso sin alternarse, el paso inicial de este comienza con la valoración la cual incluye la recolección y organización de los datos que son base para las decisiones y actuaciones posteriores.

El paso siguiente es la formulación de diagnóstico enfermero o el cual también podemos definir como juicio o conclusión el cual es el producto de la valoración de Enfermería, el cual abrirá paso a la planeación o el desarrollo de estrategias este es el

tercer paso del proceso su finalidad es prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud, ambos deben estar íntimamente relacionados para que nos permita otorgar una atención de calidad y eficiente. El cuarto paso es la ejecución, este es la realización práctica de los cuidados programados. El proceso concluye con la evaluación, esta etapa determina si se han conseguido los objetivos establecidos. (Rodríguez, 2015, p.32)

La realización de este PAE está fundamentada en Sor Callista Roy con su aportación a la formación de enfermería. <<Modelo de Adaptación >> La base de este modelo es la consideración del ser humano como un conjunto, influido también por su entorno y circunstancias.

Roy menciona que: “El modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno. Ayuda a una prioridad, a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación” (Raile, 2011, pp. 336-337)

El modelo de adaptación, se centra en el concepto de adaptación de la persona, pues la persona busca continuamente estímulos en su entorno, siendo la reacción el último paso para la adaptación, dicha reacción podría ser eficaz, la cual fomenta la integridad y apoyan a conseguir el objetivo de adaptación ineficaz, o ineficaz aquella que no consiguen el objetivo o amenazan el mismo.

La persona es un sistema vital abierto, recibiendo estímulos ambientales y de sí mismos, por lo tanto, la enfermera deberá contar con un único propósito, el ayudar a las personas en sus esfuerzos por adaptarse y lograr tener bajo control el entorno. El modelo de adaptación de Roy cuenta con dos subsistemas relacionados entre sí. El subsistema de procesos primarios o de control compuesto por el regulador y el relacionado. Y el subsistema secundario o de efectos, compuesto por cuatro modos de adaptación: a) Necesidades Fisiológicas, b) Autoestima, c) Función de roles y d) Interdependencia.

Roy unió los supuestos del humanismo y de la verdad en un mismo conjunto de supuestos filosóficos. Donde el humanismo afirma que las experiencias individuales y de raza humana, son vitales para conocer y valorar, participes de un poder creador. Y la verdad afirma su creencia en la finalidad, el valor y el significado de la vida humana en totalidad.

Según Roy, la adaptación se refiere «al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno» (Raile, 2011, p. 298)

Roy ofrece una descripción amplia de la enfermería al constatar que es «una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general».

Según Roy, las personas son sistemas holísticos y adaptables. «Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general» (Raile, 2011, pp. 299-300)

Para Roy, «La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno», extrajo esta definición de la creencia de que la adaptación es un proceso en el que se fomenta la integración fisiológica, psicológica y social, y de que la integridad implica un estado perfecto que lleva a completarla.

Según Roy, el entorno es el conjunto de «todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la Tierra, donde

se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales», por lo tanto «Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse» (Raile, 2011, p. 300).

Al justificar el trabajo con el modelo de adaptación de Sor Callista Roy entendemos que la enfermera emprende un plan de acción que tendrá como objetivo mejorar su modo de actuación en dependencia del trastorno de salud o de la necesidad afectada del individuo, apoyando y protegiendo al mismo.

Así mismo la enfermera cumple un rol importante de educadora orientadora para lograr un mejor afrontamiento temprano y recuperación de su estado físico, psicológico, emocional y familiar ayudando a que la mujer logre superar los problemas de adaptación. El profesional de enfermería para desarrollar su función ya sea en el ámbito hospitalario o comunitario necesita basarse en modelos de enfermería que guíen su cuidado.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Elaborar e implementar una propuesta de educación y apoyo, con un enfoque intercultural, para una mejora del mantenimiento de salud.

### Objetivos específicos

Identificar precozmente las problemáticas potenciales o reales, así como las necesidades del paciente, para posteriormente formular un diagnóstico.

Priorizar problemáticas y necesidades, para formular un diagnóstico de enfermería eficiente.

Planear y ejecutar cuidados, con actividades estratégicas enfocadas a un tratamiento holístico, humanista y de calidad.

Recomendar actividades que involucren cuidados médicos y tradicionales a la par, permitiendo mejorar el mantenimiento de la salud.

Lograr personalizar el cuidado de tal manera que se respeten las decisiones elegidas por el paciente, otorgando información y educación holística.

## METODOLOGÍA

### **A) Enfoque de la investigación: Cualitativo.**

La investigación cualitativa, a diferencia de la anterior, no toma como punto central para probar sus aseveraciones la medición cuantitativa, sino que parte de hechos documentados, del análisis de fuentes bibliográficas o hemerográficas, o si acaso hace observaciones sobre los hechos o las costumbres, los interpreta y emite de manera argumentada sus conclusiones. Es importante señalar que los tipos de investigación descritos no son excluyentes, pues no hay investigación que sea pura y exclusivamente inductiva, deductiva, cuantitativa o cualitativa; todas son complementarias. (Muñoz, 2015, p. 86)

Los investigadores emplean las técnicas y los instrumentos para la recolección y el tratamiento de la información que tienen a su alcance. Sería muy limitado para ellos estar condenados a seguir uno u otro método, técnica o instrumento, y llevar a cabo solo un tipo de investigación; en cualquiera se tiene la libertad de emplear el instrumento que nos sirva para demostrar lo que decimos. Ninguna ciencia tiene métodos, técnicas o instrumentos de recolección de información exclusivos; el investigador debe allegarse de todo aquello que le sea útil y le permita probar sus aseveraciones, verificar sus hipótesis y conjeturas, así como recoger y exponer las evidencias que ha encontrado y externar conclusiones con base en ellas. (Muñoz, 2015, p. 87)

### **B) Alcance la investigación: Descriptivo.**

Con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se

refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. Sin embargo, el investigador no pretende analizar por medio de su estudio si las empresas con tecnología más automatizada son las más complejas (relacionar tecnología con complejidad) ni decimos si la capacidad de innovación es mayor en las empresas menos centralizadas (correlacionar capacidad de innovación con centralización).

Así como los estudios exploratorios sirven fundamentalmente para descubrir y prefigurar, los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos). (Hernández et al, 2014, p.92)

### **C) Tipo de investigación: aplicada.**

A diferencia de la investigación teórica, la práctica o aplicada busca o tiene como fin la aplicación inmediata de los conocimientos obtenidos, lo cual no significa que sea menos meritoria. Opino que ambas son necesarias, una no puede existir sin la otra, pues se retroalimentan y se autocorrigien. La investigación aplicada no se contrapone a la teórica, ni está en oposición o desligada de ella. Somos los seres humanos quienes oponemos nuestros puntos de vista. Al final, tarde o temprano, gracias a la aplicación de los conocimientos obtenidos por la ciencia pura o teórica, apreciamos el valor de la ciencia práctica. Más aún, gracias a la aplicación de los conocimientos científicos es que construimos la ciencia. La ciencia práctica sin la ciencia pura o teórica no sería posible; de igual manera, la ciencia pura o teórica sin la ciencia práctica carecería de sentido. (Muñoz, 2015, p.86)

#### **D) Diseño de la investigación: No experimental.**

Son los estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. En un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos. La investigación no experimental es un parteaguas de varios estudios cuantitativos, como las encuestas de opinión (surveys), los estudios ex post-facto retrospectivos y prospectivos, etc. La investigación no experimental es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. (Hernández et al, 2014, pp. 152-153)



## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

La presentación de esta PAE está basada desde un enfoque transcultural, tomando en cuenta y respetando las decisiones del paciente, sin apartar la importancia de ejercer un cuidado integral, desde la perspectiva médica. El paciente en el cual nos hemos basado, hizo utilización de la medicina tradicional, bajo la vigilancia de curanderos, santeros practicantes del espiritismo, como primordial tratamiento ante una miomatosis uterina.

El mioma uterino es una de las patologías con mayor relevancia acompañado de pólipos endometriales en el aparato genital femenino, la prevalencia de esta patología en países del mundo entero es del 20% al 40% en mujeres mayores de 30 años, A pesar de que se reconocen como los tumores más comunes y probablemente el tumor benigno más frecuente, no se ha podido establecer con exactitud la incidencia real porque es una enfermedad asintomática en la mayoría de los casos (Zambrano, 2018, pp. 8-9)

Para la organización mundial de la salud, la medicina tradicional es definida como “La suma total de los conocimientos, habilidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, sean explicables o no, utilizadas tanto en el mantener la salud como en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades físicas y mentales” (Zhang, 2019, s/p).

Así mismo es catalogada como un componente esencial del patrimonio tangible e intangible de las culturas del mundo, un acervo de información, recursos y prácticas para el desarrollo, el bienestar y un factor de identidad de numerosos pueblos del planeta. (INCMNSZ, 2017, s/p,)

Son varios los motivos que hacen que la medicina tradicional sea el tipo de medicina más común en gran parte de los países del tercer mundo. Históricamente, la medicina tradicional ha acompañado la evolución de los pueblos y se presenta no sólo

como producto de siglos de experiencia, empirismo, magia y superstición, sino también como una estructura de conocimientos.

La medicina tradicional está influenciada por factores culturales, religiosos y sociales, lo que la convierte en específica a cada comunidad e inherente a la identidad de los individuos que la componen. No obstante, es probable que la causa primordial de que más de un 80% de la población mundial siga acudiendo ante un problema de salud a este tipo de cuidados médicos, se debe a la falta de acceso a los servicios sanitarios modernos y a los productos farmacéuticos. La medicina tradicional engloba una gran variedad de métodos de cuidados de salud y de creencias sobre las enfermedades. A grandes rasgos éstos pueden ser divididos en cuatro categorías: (Rapaport, 2005, s/p)

- a) Medicina tradicional formal: como por ejemplo disciplinas médicas hindúes o chinas como ayurved, siddha, unani, homeopatía y acupuntura, que en general cuentan con material y tradición escrita, y una formación sistemática para el ejercicio de profesionales.

Hay varios aspectos o especialidades de la profesión: el curandero o yerbatero también puede adivinar, sobar y fungir como h-men en varios rituales, entre ellos el chachaak, para llamar a la lluvia, el waji kol, en acción de gracias y para asegurar la continuada protección de viviendas, tierras y parcialidades por los espíritus de la tierra, entre otros. La curandera puede ser partera y sobadora, pero muy raramente oficia como equivalente del h-men.

- b) Medicina y curación popular: el término medicina popular cubre una enorme variedad de remedios y tratamientos que pasan de generación en generación, a veces particulares de un distrito, pueblo o familia. Sus prácticas generalmente no están escritas, ya que son parte de la tradición oral, tanto en áreas rurales como urbanas. Esta medicina se presenta como una forma de tratamiento sobre la que las personas tienen control; ellas mismas pueden hacer los remedios, frecuentemente en su propia casa, prescribirlos y auto medicarse.

La figura clave de este tipo de medicina tradicional es el curandero, que a su vez puede especializarse en un campo específico como los herbolarios, adivinos, curanderos espirituales, parteras tradicionales, chamanes, ensalmadores o algebristas (reparadores de huesos), etc.

- c) Medicina del mercado ecléctico: se trata de comerciantes que venden desde antibióticos y botellas de tónico hasta hierbas medicinales y amuletos. Estos productos pueden ser útiles, inofensivos, o peligrosos, particularmente cuando venden medicamentos modernos caducados, inapropiados, en dosis inadecuadas, etc.
- d) Finalmente, los tratamientos y los métodos internacionalizados: también conocidos como medicina alternativa o complementaria, como la homeopatía, la acupuntura, las hierbas medicinales, el shiatsu, y cualquier otro tipo de práctica médica que se convierte en internacionalmente profesionalizada. (Rapaport, 2006, s/p)

La palabra espíritu viene del latín spiritus que significa soplo vital, respiro, exhalación, espíritu. Espiritismo sería la doctrina sobre el espíritu. Remotamente el espiritismo ya se habría dado desde el pecado de nuestros primeros padres. Para que este fenómeno suceda se requiere que existan los demonios o guías, los mediums y los asistentes.

El espiritismo representa la máxima superstición de los tiempos actuales, que procura hacer adeptos adivinando el porvenir y curando las enfermedades. Pretende descubrir lo referente a otra vida, interrogando a los espíritus de los difuntos por medio de un intermediario (medium) en trance. No se presenta como religión sino como ciencia. Su lema es: El espiritismo no impone dogmas, sino que invita al estudio.

El espiritismo es al mismo tiempo una ciencia de observación y una doctrina filosófica. Como ciencia práctica, consiste en las relaciones que se pueden establecer con los Espíritus; como filosofía, comprende todas las consecuencias morales que se desprenden de esas relaciones. Podemos definirlo del siguiente modo: El espiritismo es una ciencia que trata de la naturaleza, el origen y el destino de los espíritus, así como de sus relaciones con el mundo corporal.

El espiritismo es una organización que cree que, mediante personas dotadas de una naturaleza particularmente sensible, nosotros podemos comunicarnos con los muertos. está basado en la ley: nacer, morir, renacer de nuevo y progresar sin cesar. (CLERUS, 2019, s/p)

### **1.1 Enfermería como profesión disciplinaria.**

Por definición una disciplina no enfoca el conocimiento desde un punto de vista global. tiene un enfoque único de percibir los fenómenos de su interés y es éste en última instancia. el que define los límites de la naturaleza de la disciplina y del proceso investigativo respectivo.

La clasificación de las disciplinas tiene que ver con las consideraciones filosóficas del conocimiento. No hay acuerdo total y no existe manera única de enfocar el asunto. Con relación a enfermería se puede afirmar que ésta tiene en sus partes componentes tanto aspectos científicos como aspectos relacionados con el arte y la tecnología. (Duran, 2001, p. 20)

La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión. Para comprender esto, debemos hacer una breve revisión histórica del desarrollo de los cuidados en la sociedad, tan antiguos como el hombre mismo, y su asociación con el desarrollo de la enfermería.

Los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos. Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. (Burgos, 2009, s/p)

Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al espíritu, aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. Después de la edad media, los cuidados serán ejercidos por mujeres de clase baja y de dudosa reputación. En este período todas las labores relacionadas al cuidado eran consideradas una ocupación inferior e indeseable.

Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora- auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto a las indicaciones médicas. Los conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas. El estilo de pensamiento se acercaba al religioso, en un intento de recuperar la imagen cristiana de los cuidados de antaño, reforzando un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer (Burgos, 2009, s/p).

Es en este contexto donde surge la enfermería como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras. Esta se realizaba en hospitales con instrucción entregada por médicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral. Con este sistema Florence eleva la condición de cuidadora tan deteriorada hace algunos años. Sin embargo, éstas limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidenciar autonomía en este desempeño.

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta.

Se reconoce que enfermería es una disciplina profesional porque está constituida esencialmente de dos partes: un componente disciplinar y un componente profesional. El componente disciplinar se refiere al terreno del conocimiento, a que posee un cuerpo propio de conocimientos y otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades que le dan soporte como ciencia de enfermería y guía su práctica.

La ciencia de enfermería representa el entendimiento que se tiene en la actualidad, sobre el cuidado de los aspectos del comportamiento del ser humano frente a la experiencia de la salud y el contexto; incluye aquellos procesos responsables de los cambios en el estado de salud, los patrones de comportamiento asociados a los eventos normales y críticos del proceso vital y los principios y leyes que gobiernan las etapas y los procesos de vida (Burgos, 2009, s/p).

## **1.2 El cuidado como objeto de estudio.**

El cuidado como materia en la historia de enfermería, está relacionada al saber y el que hacer de las actividades de las practicas cuidadoras. El cuidado en enfermería desde un perfil histórico afirma que ha sido y es en función de la sociedad, es decir cada cultura, asume un conjunto de reglas, roles, prácticas y relaciones, condicionando una acción y una imagen en la sociedad.

El cuidado de los pacientes es la esencia de enfermería, pudiendo definirse como una actividad con requerimiento de valor personal y profesional con la finalidad de conservar, restablecer y auto cuidar la vida fundamental en la relación enfermera-paciente (Juárez, 2009, p.113)

Es por ello que surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, pues éste repercute en la producción de los servicios sanitarios, imprescindibles que consiguen resultados en calidad y eficiencia del profesional.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, prestar importancia e interés por quien exige un esfuerzo de atención o una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. Por tal motivo el valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) que sea creativa(o) cuyo ser es trascendente.

El cuidado otorgado a todo paciente tiene como primordial fin la recuperación, la mejora de condiciones de salud y/o supervivencia, y, por ende, se debe respetar su vida y su integridad, esencialmente evitando no ser expuesto a riesgos. Dicho cuidado otorgado merece una actitud cuidado, la cual será transmitida mediante la cultura de la profesión (Juárez, 2009, p.114).

Así mismo tomando una manera exclusiva de enfrentarse al entorno, las aportaciones, avances tecnológicos en el cuidado resaltan la necesidad de mejorar el modo de servir con un enfoque global y ético para superar las expectativas y la normatividad en su conjunto. Se debe tener en cuenta que es importante conceptualizar el cuidado para la aclaración de ideas y diversas formas de pensamiento, unificando criterios profesionales mejorando el ejercicio de la profesión.

### **1.3 Proceso atención de enfermería.**

Dentro del proceso de enfermería la valoración podría definirse como uno de los pasos más importantes, puesto que al no realizarse de la manera lo más central posible, podría perderse el control restante del proceso. En la realización de un proceso de enfermería es importante mencionar que, sin una adecuada valoración, el diagnóstico no podría ser centralizado en el paciente, por lo tanto, las intervenciones no estarían basadas en evidencias y no serían cuidados independientes.

Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones menciona que el proceso de enfermería incluye la valoración, el diagnóstico enfermero, la planificación, el resultado de objetivos, las intervenciones y la evaluación. Las enfermeras usan la valoración y el juicio clínico para la formulación de hipótesis, o explicaciones, sobre la presencia de problemas reales o potenciales, riesgo y/u oportunidades de promoción para la salud (Heather, 2015, p. 23).

La valoración implica la recogida de información subjetiva y objetiva (p. ej.) los signos vitales, entrevista (con el paciente, familiar y/o examen físico) y la revisión de la historia clínica. El personal de enfermería se encarga de reunir, asimismo, la información sobre las fortalezas (donde se puede identificar para realizar promoción a la salud) y riesgos (para prevenir o posponer riesgos potenciales) (Heather, 2015, p. 24).

Se puede basar en una teoría de enfermería como la de Sor Callista Roy, Wanda Horta o Dorothea Orem, o en un marco de patrones funcionales de Marjory Gordon, con el fin de clasificar datos. Como fundamento de los diagnósticos enfermeros se tiene el razonamiento clínico, requerido para distinguir los datos que son normales de los que lo son, agrupar datos relacionados, reconocer datos que faltan, identificar inconsistencias en los datos y realizar inferencias (Heather, 2015, p. 25).

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad. contiene típicamente dos partes: 1) descriptor o modificador y 2) foco del diagnóstico o concepto clave del diagnóstico. Cada diagnóstico posee una etiqueta y una definición clara. Un diagnóstico enfermero necesita de los indicadores diagnósticos para diagnosticar y diferenciar uno de otro, los cuales son:

Características definitorias, las cuales son pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico. Factores relacionados componente integral de todos los diagnósticos enfermeros focalizados en el problema. Factores de



riesgo factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable. No necesariamente debe contener todos los indicadores diagnósticos.

Una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades de cuidados, con la finalidad de que los cuidados puedan ser dirigidos a la resolución de dichos problemas, o a la disminución de la gravedad o riesgo de su aparición.

Los diagnósticos son utilizados para identificar resultados apropiados de cuidado y planificar las intervenciones específicas de enfermería de manera secuencial. Las enfermeras llevan a cabo las intervenciones tanto interdependientes como interdisciplinarias, en estas últimas, el trabajo de las enfermeras se superpone a los cuidados proporcionados por otros profesionales de la salud.

La eficiencia de las intervenciones y la consecución de los resultados identificados se evalúan de manera continua cuando se valora el estado del paciente. La evaluación debe realizarse, finalmente, en cada paso del proceso masi como una vez que el plan de cuidados ha sido implementado. (Heather, 2015, pp. 25- 28)

#### **1.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE**

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero.

Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales. Los

Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, de los pacientes (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. (Heather, 2015, p. 2)

El modelo de Roy, es útil para la práctica de enfermería, pues hace notar las características de la disciplina, la práctica, la formación y la investigación. El modelo toma en consideración los objetivos, valores, intervenciones profesionales y al paciente. El objetivo del modelo de adaptación en los cuatro modos de adaptación en salud – enfermedad de una persona. Las intervenciones o prescriptores significan el hecho de controlar los estímulos, ya sea para eliminarlos, aumentarlos, disminuirlos o alterarlos.

Al usar el proceso de enfermería de Roy, la enfermera debe realizar 6 funciones: Evaluar conductas manifestadas en los 4 modos de adaptación, Evaluar estímulos conductuales y clasificarlos en focales, contextuales o residuales, Exponer su juicio o establecer su diagnóstico sobre el estado de adaptación, fijar objetivos para el fomento de la adaptación, Establecer intervenciones dirigidas al control de los estímulos, y evaluar los objetivos alcanzados.

El modelo de adaptación define el propósito inequívoco de enfermería, el cual fomentar la adaptación de personas, en cada uno de los modos adaptativos en situaciones de salud – enfermedad. Roy menciona que el objetivo principal de la enfermera es ayudar al paciente a aplicar su energía en sentirse bien, es por ello que el modelo es considerado una herramienta valiosa. (Raile, 2011, pp.344 - 347)

## **1.5 Etapas del proceso de atención de enfermería.**

### **A) valoración.**

La importancia de ejecutar una adecuada valoración es el detectar el factor de riesgo o en todo caso valor la clasificación en la que se encuentre avanzada la miomatosis uterina, verificando profundamente la exposición a estrógenos a la que se haya sometido el durante la edad reproductiva. Se debe prestar mucha atención a los datos subjetivos y objetivos mencionados durante el interrogatorio. (Rodríguez, 2015, pp.35-45)

Así mismo es importante recordar e informar al paciente/cliente, que el 50% de los miomas son asintomáticos, por ello es significativo al averiguar si su ciclo menstrual es regular o irregular, con abundante sangrado, la intensidad del dolor presente durante el periodo menstrual. Se realizará una exploración bimanual a todo paciente son probable sospecha, la explicación ginecológica es de gran ayuda para obtener un diagnóstico diferencial.

Para una adecuada valoración es necesaria la realización de un ultrasonido pélvico o transvaginal, que permita observar si hay presencia de miomas, la ubicación de estos y las dimensiones con las que cuente. En caso de no presenciar nada en los estudios previos, pero aún se continúa con la sintomatología es necesario realizar una histeroscopia.

Si los estudios previamente solicitados, reflejan presencia de miomatosis, valorar el número, el tamaño y la locación de estos, logrando proporcionar el tipo de miomatosis que se presenta. Se dan a conocer los tratamientos existentes al paciente/cliente. Es de suma importancia recalcar que para la (el) enfermera (o), la valoración es la principal fuente de obtención de información sobre las necesidades que presente el paciente/cliente, ya sean propias de la patología o no. (Santiago, 2018, s/p)

## **B) Diagnóstico.**

El diagnóstico debe ser claro, prudente, específico y preciso, ya que, un adecuado diagnóstico nos permitirá proporcionar las actividades correctas que favorezcan a la pronta recuperación de la paciente/cliente, dicho Diagnóstico será obtenido por mediante la priorización de las necesidades obtenidas durante la valoración. (Rodríguez, 2015, pp.51-59)

Para un adecuado diagnóstico es necesario apoyarse de un ultrasonido, ya sea pélvico o transvaginal (sensibilidad de 95-100%) facilitando la detección de miomas. el médico al realizar su diagnóstico se basará meramente en la patología excluyendo algunas de la necesidad de mayor interés para la paciente, es allí donde la enferma deberá priorizar las necesidades y basarse en las que tengan mayor afectación.

Se debe tomar en cuenta que la paciente es un ser holístico y por tal manera no se deben excluir los patrones de seguridad y religión, y en caso de ser los más afectados, se deberá participar en ellos con la paciente, favoreciendo a la solución del problema.

## **C) Planeación.**

Durante la planeación se deben realizar las actividades y cuidados que se enfoquen primordialmente en la patología principal, en ese caso Miomas uterinos, y consecutivamente con las demás necesidades localizadas durante la valoración, brindando un cuidado de calidad y calidez.

Se Deberá comenzar con la priorización de las necesidades con mayor afectación, dentro de una priorización global, fisiológicamente se encuentra Hipermenorrea y hemorragias intermenstruales, hidronefrosis, dolor abdominal intenso. Psicológicamente se encuentra: miedo de muerte, miedo a posible infertilidad (según sea el caso) sensación no ser una mujer completa. Socialmente, se puede llegar a encontrar a un paciente con aislamiento, ira, temor/miedo, incertidumbre y depresión.

Se debe tomar en cuenta que la ser un ser espiritual y no se debe deja de lado el sufrimiento o la necesidad que esté requiera, las actividades a utilizar deben favorecer el cumplimiento de los objetivos y la rehabilitación pronta del paciente. Ejecutadas desde un enfoque holístico, garantizando un trato digno (Rodríguez, 2015, pp.73-75).

#### **D) Implementación.**

Se usó utilización del modelo adaptación de Roy, ya que en esta modelo la principal actividad a realizar es el apoyar a que el paciente tenga un buen curso en su adaptación, en el cual se hizo utilización de conocimientos residuales o anteriores, para proporcionar un nuevo aprendizaje de cuidado.

Roy, menciona que el nivel de adaptación está compuesto por el combinatorio de tres tipos de estímulos: 1. Estímulos focales. 2. Estímulos contextuales. 3. Estímulos residuales. Al implementar la teoría de Roy descubrimos que la paciente a pesar de ya contar con los conocimientos propios de la patología y de su tratamiento. (Raile, 2011, p. 336)

Por tal motivo la adaptación empleada, en el caso clínico está enfocada a el cuidado transcultural, el cual tuvo comienzo por estímulos residuales, pues ella misma expresa ya haber pasado por situaciones de enfermedad en las cuales la medicina no fue de mucho ayuda.

#### **E) Evaluación.**

La consideración de los factores presentes ante la situación del paciente, mostraron ciertas incertidumbres ante la utilización de un tratamiento médico/científico, dando inclinación a la utilización de un tratamiento transcultural. Dicho tratamiento, tuvo enfoque en el espiritismo, dando iniciación con despojo energético, trance espiritual y convivencia armónica.

Durante todo el tratamiento, se brindó la información necesaria sobre no abandonar o descartar los cuidados e indicaciones médicas, para evitar complicaciones. Con la finalidad de que la paciente cambiara el tratamiento elegido y tomara como elección primordial el procedimiento médico quirúrgico. Cabe mencionar que, desde un previo inicio, la paciente estaba completamente segura que había seleccionada la mejor opción para su pronta recuperación.

En el lapso utilizado para el tratamiento, tuvo cambios algo persistentes de los cuales, medicamente se denominaron complicaciones propias de la patología, siendo erradicadas de manera, rápida, por la pareja de médiums/espiritistas, todo el tratamiento estuvo basado de la herbolaria y curaciones. Con la utilización de materiales como: Piedra de alumbre, polvo de azufre, brebajes o compuestos a base de miel, aloe, vino jerez, suelda consuelta, flor de piedra, haba de san Ignacio, nuez moscada, entre algunas hierbas, las cuales proporcionaron la mejora de la paciente.

### **1.6 Problemática de salud de la persona: Miomatosis Uterina.**

Los fibromas uterinos, también conocidos como leiomiomas o miomas, son los tumores uterinos benignos más comunes. Están constituidos de matriz extracelular, colágeno, fibronectina y proteoglicanos. Aparecen en 60% de las mujeres antes de los 40 años de edad, y en 80% de las mujeres antes de los 50 años de edad, y pueden ocasionar infertilidad en 2-3%.

En 30% de los casos causan hemorragia uterina anormal, dolor pélvico y otros síntomas que pueden afectar la calidad de vida de las pacientes. Los miomas también son causa de anemia, infertilidad, subfertilidad, alteración en la implantación embrionaria, pérdida gestacional recurrente, parto pretérmino e incontinencia urinaria. (Hernández et al, 2017, s/p)

La miomatosis uterina es la anormalidad benigna más frecuente de las enfermedades del útero y su transformación en maligna es excepcional. La prevalencia

depende de la edad y la raza; va de 5 a 65%, de ahí que sea una de las principales causas de consulta ginecológica. Los miomas son tumores sólidos que derivan del miometrio, en su estudio histológico puede apreciarse una abundante matriz extracelular rodeada de una fina pseudocápsula de tejido conectivo y fibras musculares comprimidas de fibronectina y proteoglicanos.

Pueden ser únicos o múltiples y el mecanismo de su crecimiento no está del todo entendido; sin embargo, están descritos los componentes cromosómicos XX normales, con traslocaciones de los cromosomas 12 y 14, con afectación del gen HMA2 y HMGA1, con origen en el cromosoma 6. Lo que está claro es que se consideran hormono-dependientes.

Epidemiológicamente se estima que 60% de las mujeres llegan a tener miomatosis a lo largo de la vida, con mayor incidencia en la quinta década de la vida, incluso en 70% de la población femenina. Las mujeres con síntomas atribuidos a los miomas uterinos pueden tener manifestaciones clínicas que abarcan tres aspectos importantes: Sangrado uterino en 60%, que en muchos casos no tiene relación con el tamaño o número de miomas. Puede ser muy abundante y afectar la calidad de vida como consecuencia de la necesidad de cambios frecuentes de toallas, incluso puede llevar a la anemia severa que amerite hospitalización para transfusión sanguínea.

Dolor pélvico puede ser por efecto de compresión en 25% de los casos; la masa del mioma puede ejercer presión sobre los órganos adyacentes, y el crecimiento acelerado hace que no reaccionen a medidas habituales y analgésicos, por esto en muchas ocasiones la mujer ve limitadas sus actividades diarias y laborales. Los estudios de seguimiento mediante resonancia magnética han demostrado un crecimiento de 9% en relación con su tamaño inicial por cada seis meses de evolución, sobre todo en pacientes alrededor de los 35 años de edad versus las mujeres de 45 años en quienes el crecimiento es menor. (Hernández et al, 2017, s/p)

Dificultades para la concepción en 15%, con incremento en la tasa de abortos por la distorsión que causan a la cavidad uterina. Cuando se consigue el embarazo, la miomatosis uterina se asocia con efectos adversos, como: sangrados en el primer trimestre de la gestación, rotura prematura de membranas, presentación anormal, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, restricción del crecimiento fetal, parto pretérmino y mayor índice de cesáreas. En 30% de los casos el crecimiento de los miomas en el primer trimestre también es concurrente con lo descrito.

Factores de riesgo: Uno de los principales factores de riesgo son los antecedentes familiares. El riesgo se incrementa 2.5 veces cuando se tiene un familiar de primer grado con este trastorno y 5.7 veces cuando un familiar los tuvo antes de los 45 años. Los antecedentes gineco obstétricos también tienen una relación directa; cuando la menarquia sobreviene antes de los 10 años de edad y cuando se tiene contacto con el dietilestilbestrol en la vida intrauterina. También está descrita la influencia de los embarazos: a mayor número menor frecuencia de miomatosis. Con igual influencia la maternidad temprana y los periodos intergenésicos cortos. Las hormonas, como los estrógenos y la progesterona, se han asociado con la aparición y crecimiento de los miomas, con relación entre la dosis y el tiempo de administración.

En la fisiopatología de los fibromas uterinos se han identificado factores genéticos, epigenéticos, de crecimiento, citocinas y componentes de la membrana extracelular que participan en la patogénesis de los leiomiomas. En el desarrollo de éstos se han identificado muchos factores de crecimiento, como la activina y miostatina y, por supuesto, los estrógenos y progesterona con sus respectivos receptores que juegan un papel decisivo en su crecimiento y desarrollo. (Hernández et al, 2017, s/p)

Hace poco se demostró que la testosterona participa en el crecimiento de los fibromas uterinos. Éstos son tumores monoclonales que surgen de las capas musculares del útero (miometrio) de un solo miocito; desde el punto de vista histológico los fibromas son neoplasias benignas compuestas de tejido muscular, mezcladas con abundante



cantidad de matriz extracelular. Por lo tanto, se ha establecido que los fibromas son casi siempre benignos.

Una cantidad ilimitada de defectos genéticos, transmitidos por las células germinales, se ha asociado con síndromes familiares de miomatosis uterina. La mutación más relevante es en la línea germinal, que causa deficiencia de fumarato hidratasa, que predispone a las mujeres a la aparición de múltiples fibromas uterinos. En 40% de los fibromas uterinos se han descrito varios reordenamientos de cromosomas somáticos, todos ellos muy complejos.

Desde el punto de vista histórico, la leiomiomatosis uterina se considera una enfermedad genética, hecho confirmado mediante estudios de citogenética que han encontrado que 40% de los fibromas uterinos están cromosómicamente alterados; por ejemplo, se ha encontrado translocación entre los cromosomas 12 y 14, trisomía 12, translocación entre cromosomas 6 y 10, y pérdida de los cromosomas 3 y 7.

La influencia genética en la evolución de estos tumores ha quedado demostrada en estudios con gemelos; al menos un gen, HMGIC, parece sufrir una desregulación en el subgrupo de miomas caracterizados por la translocación 12:14. Los estudios efectuados en familias sugieren que hay una predisposición hereditaria. El riesgo de aparición de miomas es 2.2 veces superior cuando en la familia de primer grado hay mujeres con dos o más miomas.

Los estudios recientes describen que 70% de los fibromas contienen una serie de mutaciones en un gen regulador transcripcional subunidad 12 (MED12). Este gen se encontró mutado en leiomiomas típicos en 66.6% de las pacientes. (Hernández et al, 2017, s/p)

La localización y el tamaño de los fibromas en el útero son determinantes para las manifestaciones clínicas; por ejemplo, los miomas submucosos se localizan en la cavidad uterina en donde alteran la integridad endometrial, la implantación y la capacidad

contráctil del miometrio; todo esto se asocia con hemorragia uterina anormal excesiva, infertilidad y pérdida gestacional recurrente. En contraste, los fibromas subserosos crecen hacia la cavidad peritoneal en donde, dependiendo del tamaño, pueden comprimir los órganos pélvicos y originar dolor.

Los fibromas intramurales que se encuentran en la capa miometrial representan un grupo intermedio que, dependiendo de su tamaño y localización, puede tener efectos moleculares paracrinos en el endometrio adyacente y ocasionar hemorragia uterina excesiva o alteraciones en la implantación.

Si bien su causa permanece sin conocerse existe una evidencia considerable de que son tumores dependientes de estrógenos y progesterona, pues raramente aparecen antes de la menarquia y retornan en la posmenopausia.

En la aparición del mioma existen, al menos, dos componentes distintos: la transformación de miocitos normales en anormales y su crecimiento hasta convertirse en tumores clínicamente aparentes. El primer proceso es muy común, demostrado por la elevada prevalencia de miomas microscópicos. El crecimiento subsiguiente se produce por la expansión clonal. La evolución entre una dotación genética de riesgo y su expresión clínica precisa de factores del entorno que la favorezcan.

La función ovárica es decisiva para el crecimiento e involución de los fibromas después de la menopausia. El origen celular de los fibromas uterinos sigue sin conocerse; sin embargo, varias observaciones sugieren que se originan por la transformación de una sola célula madre del miometrio influida por las hormonas ováricas, de ahí que los estudios genéticos más recientes de los fibromas hagan pensar que se trata de tumores monoclonales. El tejido miometrial contiene células madre somáticas multipotenciales. (Hernández et al, 2017, s/p)

Una comparación entre las células de los fibromas y las células miometriales normales encontró que las células madre de los fibromas expresan, marcadamente, baja

cantidad de receptores de estrógenos y progesterona. El crecimiento de las células madre de los fibromas requiere la coexistencia de células miometriales con abundante cantidad de receptores de estrógenos y progesterona y sus ligandos. Además, la acción de las hormonas esteroides en las células madre de los fibromas está mediada por las células miometriales con acción paracrina.

En la formación de los leiomiomas participan cambios epigenéticos que identifican su hipometilación, su crecimiento está estrechamente relacionado con los estrógenos y sus receptores. De acuerdo con esta hipótesis, los estrógenos pueden ejercer la acción de crecimiento de los leiomiomas estimulando la acción de las citocinas, factores de crecimiento y apoptóticos (factor de crecimiento derivado de plaquetas PDGF, factor de crecimiento epidermoide, EGF).

Los estrógenos son el principal agente inductor del crecimiento de los fibromas porque durante la vida reproductiva de la mujer aumentan de tamaño y disminuyen después de la menopausia. El embarazo favorece su evolución y, en cambio, el hipoestrogenismo inducido por el tratamiento con agonistas o antagonistas de la GNRH, provoca su reducción.

Existen varios argumentos a favor del papel del mitógeno de la progesterona en los miomas. En el tejido miomatoso los receptores de progesterona son más abundantes que los de los estrógenos. Desde el punto de vista molecular, las dos formas de receptores de progesterona: corta (RP-A) y larga (RP-B) se encuentran en hiperexpresión en los fibromas, con respecto al miometrio.

Durante la fase luteínica, con respecto a la fase folicular, el índice mitótico de los miomas es más elevado y aumenta de forma significativa cuando las mujeres toman progesterona y no estrógenos solos. Varios estudios han demostrado que la progesterona ejerce un papel decisivo en el mantenimiento y crecimiento de los miomas uterinos. (Hernández et al, 2017, s/p)

El factor de crecimiento epidérmico (EGF) sintetizado por las células miometriales aumenta la cantidad de mitosis en el endometrio, ovarios y miometrio. La producción de este factor puede corresponder a una de las vías utilizadas por la progesterona para estimular la actividad mitótica del fibroma.

En los fenómenos de apoptosis celular en los fibromas se ha observado una alteración. Al parecer, el aumento del volumen de los miomas podría deberse, en parte, a la disminución de la apoptosis por una hiperexpresión de la proteína BCL-2 (inhibidora de la muerte celular programada).

En los fibromas, la matriz extracelular desorganizada tiene características especiales, sobre todo formada por subtipos de colágena, fibronectina y proteoglicanos. Los leiomiomas y el miometrio se caracterizan por la expresión variable de glucosaminoglucanos y sus ligandos, proteoglicanos, metaloproteinasas de matriz, todas ellas implicadas en la remodelación de los leiomiomas.

Los avances en el conocimiento de la patogénesis de los fibromas y la introducción de la imagen por resonancia magnética han permitido el estudio de la unión Endo miometrial. En la interfase entre el endometrio y miometrio es donde se visualizan los fenómenos vasculares y fisicoquímicos.

Algunos estudios indican que el tejido uterino es susceptible a la fibrinogenesis, en respuesta al daño mecánico en mujeres con ablación endometrial, cesáreas y aquellas afectadas por el síndrome de Asherman. En todos esos casos hay alteración en el miometrio, subendometrio y en la microvasculatura endometrial, con la consiguiente activación de citocinas y quimiocinas que desempeñan una función importante en la patogénesis de la leiomiomatosis y los síntomas relacionados. (Hernández et al, 2017, s/p)

Las anomalías en los vasos uterinos y en los factores de crecimiento angiogénicos también están relacionadas con el proceso patobiológico de la formación

de miomas. El útero miomatoso tiene mayor cantidad de arteriolas y vénulas. Si bien en un principio se pensó que las anomalías venosas eran secundarias a la compresión física de las estructuras vasculares por los miomas, todo indica que, en realidad, se producen cambios moleculares que incrementan el número de vasos y una función anómala de estos.

La vascularización de los fibromas uterinos tiene sus particularidades. No suele haber un pedículo arterial que asegure, de forma específica, la vascularización del mioma. La arteria uterina, que suele tener un calibre aumentado, da lugar a una red periférica que rodea el fibroma: plexo arterial perimiomatoso. (Hernández; et al, 2017, s/p)

De esta red periférica nacen pequeñas ramas centrípetas que vascularizan el centro del tumor, relativamente hipovascularizado. Este aspecto es relevante en la explicación del sangrado relacionado con algunas localizaciones y de las estrategias quirúrgicas indicadas para su tratamiento. Los miomas se clasifican de acuerdo con su localización en el útero:

**Submucosos.** Son los que distorsionan la cavidad uterina. La Sociedad Europea de Endoscopia Ginecológica (ESGE) adopta la clasificación de Wamsteker de 1993 que clasifica los miomas submucosos en tres subtipos: Tipo 0: mioma pediculado sin extensión intramural. Tipo I: sésil con extensión intramural del mioma menor de 50%. Tipo II: sésil con extensión intramural de 50% o más.

El grado de extensión intramural puede evaluarse con ultrasonido, o mediante histeroscopia para observar el ángulo entre el mioma y el endometrio unido a la pared uterina.

**Intramurales (intersticial).** Son los que no distorsionan la cavidad uterina y menos de 50% sobresale a la superficie serosa del útero.

**Subserosos.** Son los que sobresalen más de 50% de la superficie serosa del útero. El mioma subseroso puede ser sésil o pedunculado. (Hernández et al, 2017, s/p)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propuso un esquema de clasificación de acuerdo con la ubicación del mioma. Submucosos (FIGO tipo 0, 1, 2): derivan de las células del miometrio exactamente debajo del endometrio. Estas neoplasias sobresalen en la cavidad uterina. Intramurales (FIGO tipos 3, 4, 5): crecen dentro de la pared uterina y pueden ampliarse lo suficiente como para distorsionar la cavidad o la superficie serosa.

Algunos fibromas pueden ser transmurales y extenderse desde la serosa hasta la superficie mucosa.

Subserosos (FIGO tipo 6, 7): se originan en la superficie serosa del útero y pueden tener una base amplia o pediculada o ser intraligamentarios. Cervicales (FIGO tipo 8): se localizan en el cuello uterino, en lugar del cuerpo.

La clasificación STEPW tiene en cuenta los siguientes factores. Size (tamaño): el diámetro más grande por cualquier método de imagen. Cuando el mioma mide  $\leq 2$  cm: puntaje 0. Si mide 2.1-5 cm: puntaje 1. Si mide más de 5 cm, el puntaje es 2. Topografía: se refiere al lugar donde está situado el mioma en el útero. En el tercio inferior el puntaje es 0. Si está en el tercio medio, el puntaje es 1. Si está en el tercio superior, el puntaje es 2. Extensión de la base del mioma: cuando el mioma cubre una tercera parte o menos de la pared, el puntaje es 0. Si la base ocupa entre un tercio y dos tercios de la pared, el puntaje es 1. Cuando afecta a más de dos tercios de la pared, el puntaje es 2.

Penetración del mioma dentro del miometrio: si el mioma está completamente dentro de la cavidad uterina, el puntaje es 0. Si tiene la mayor parte dentro de la cavidad uterina el puntaje es 1. Si la mayor parte del mioma está en el miometrio el puntaje es 2. Wall (pared): cuando el mioma está en la pared se añade un punto extra al puntaje. (Hernández et al, 2017, s/p)

## 1.7 Diagnóstico y tratamiento.

El diagnóstico se establece con base en el hallazgo del aumento de tamaño del útero, movilidad, contornos irregulares a la exploración bimanual o como un hallazgo en el ultrasonido. La valoración de lo anterior y la asociación de dolor a la palpación son datos importantes que pueden orientar con respecto a la severidad del caso. Si se sospechan miomas en una paciente con menstruaciones abundantes, la evaluación de la hemoglobina sérica permitirá la identificación de la deficiencia de hierro.

- Ultrasonografía. El ultrasonido abdominal o transvaginal es el patrón de referencia para despejar la sospecha de miomatosis uterina.
- Histerosonografía. Permite identificar miomas submucosos y la proximidad de los intramurales a la cavidad endometrial.
- Histerosalpingografía. Sirve para estudiar la cavidad uterina y la integridad de las trompas en pacientes con infertilidad, pero no para diagnosticar miomatosis uterina. Dado que no existe ninguna evidencia que sustente el uso.
- Histeroscopia. Es un método auxiliar que permite diagnosticar y diferenciar un mioma submucoso de un pólipo endometrial. Se recomienda realizar histeroscopia si los estudios previos no son concluyentes para miomatosis uterina y persiste la sintomatología.
- Resonancia magnética nuclear. Es la mejor técnica para visualizar la totalidad de los miomas y obtener información de su cantidad, tamaño y localización. Se recomienda usar la resonancia magnética, en casos justificados (casos con dificultad diagnóstica o de investigación).
- Tomografía axial computada. Tiene poca utilidad para delimitar la posición de los miomas en relación con el miometrio o endometrio. A pesar de la prevalencia y

posibles complicaciones de los miomas uterinos existen pocos estudios que analicen la eficacia de las estrategias terapéuticas existentes.

El objetivo del tratamiento farmacológico de los leiomiomas es aliviar los síntomas y evitar las complicaciones de la intervención quirúrgica y permitir la conservación del útero. Estas opciones siempre deben considerarse como la primera línea de tratamiento. Éste, debe individualizarse conforme a varios factores: síntomas, edad, expectativa de reproducción, contraindicaciones quirúrgicas, tiempo esperado para el inicio de la menopausia, experiencia del médico, entre otros.

Existen varios medicamentos con indicación siempre previa a la decisión quirúrgica: estrógenos y progestinas, moduladores selectivos de los receptores de progesterona, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (análogos de GnRH) reducen significativamente el tamaño de los miomas de hasta 35 al 60%, Los análogos de GnRh tienen importantes efectos secundarios como hipoestrogenismo. Moduladores de los receptores esteroides (SERMs) y terapia androgénica. (Hernández et la, 2017). La cirugía es el pilar terapéutico de los miomas uterinos. La histerectomía es el procedimiento definitivo, aunque existen tratamientos alternativos, como la miomectomía por diversos accesos: ablación endometrial, embolización de las arterias uterinas, cirugía con ultrasonido dirigido por resonancia magnética y la miólisis. (Guía de practica clínica, 2006, pp. 16)

Las siguientes son las principales indicaciones para el tratamiento quirúrgico: sangrado uterino anormal o síntomas relacionados con el tamaño de los miomas, infertilidad o pérdida gestacional recurrente. Miomectomía abierta es el tratamiento actual de elección para el tratamiento de miomas intramurales en mujeres que desean preservar la fertilidad o mejorarla es la remoción quirúrgica por laparotomía, laparoscopia o histeroscopia.

La miomectomía abierta por laparotomía o minilaparotomía es la técnica de elección para mujeres con múltiples miomas o úteros significativamente aumentados de



tamaño (más de 14 SDG o miomas mayores a 8-10 cm) Se han reportado incidencias extremadamente altas de adherencias en la miomectomía abierta, fundamentalmente cuando esta se realiza en miomas de la pared posterior uterina (hasta 94%), y estas pueden comprometer la fertilidad al alterar la anatomía normal del tracto genital.

Es por lo anterior que se sugiere valorar adecuadamente la posibilidad de intervención o tratamiento expectante en pacientes con miomas intramurales que deseen conservar la fertilidad. En esta técnica se debe prestar especial atención en prevenir la entrada a la cavidad endometrial y asegurar que no se coloque material de sutura en la misma, que pudiera impedir la restitución del endometrio normal.

Las barreras postquirúrgicas antiadherencias han demostrado ser efectivas en disminuir la formación de adherencias postoperatorias; sin embargo, no hay evidencia suficiente de que su uso mejore la fertilidad a largo plazo, siendo este el desenlace de mayor interés para nuestro estudio. Se reportan tasas de embarazo posterior a miomectomía abdominal de hasta 57% en algunos estudios; sin embargo, hay pocos aleatorizados prospectivos y la mayor parte de esta experiencia se tiene en estudios retrospectivos.

Miomectomía laparoscópica: el abordaje laparoscópico se asocia con menores dolor, estancia intrahospitalaria y tiempo de recuperación postquirúrgica. A pesar de estas ventajas, al momento no se han podido demostrar diferencias significativas en tasas de embarazos o abortos en las pacientes en quienes se aplica esta técnica. Se ha observado una disminución de 51% de las adherencias postquirúrgicas al compararla con la técnica abierta.

Un argumento común en contra de la miomectomía laparoscópica es la posibilidad de ruptura uterina dada la dificultad técnica para la reparación de la incisión miometrial; sin embargo, no existen al momento datos confiables comparando de manera directa las incidencias de este evento posterior a miomectomía abierta y laparoscópica.

Miomectomía histeroscópica: La miomectomía histeroscópica se encuentra indicada para pacientes con miomas submucosos, con mínimo 50% del volumen en la cavidad uterina. Se reporta resección de 100% de los miomas de tipo 0, 98% de los tipo I y 91% de los tipo II, con tasas de reintervención de 26% para tipo 0 y I, y 50% para tipo II. Pueden utilizarse para esta técnica diversos instrumentos como tijeras, técnicas de electrocirugía mono o bipolar, morceladores, láser y otros.

En el tratamiento con esta técnica es decisivo prevenir la morbilidad a largo plazo, evitando la hiponatremia dilucional, como punto crítico del procedimiento. Para esto hay que considerar que la presión de infusión de líquido nunca debe superar la presión arterial media de la paciente, que se debe evitar la resección profunda dentro del miometrio y que el procedimiento debe darse por terminado si el déficit es mayor a 1000 ml.

El riesgo postoperatorio de sinequias se incrementa en relación con el número y tamaño de los miomas y el grado de lesión endometrial resultante del procedimiento. Se han utilizado diversos métodos para intentar disminuir la formación de sinequias postquirúrgicas en estos casos, como el uso de balones, altas dosis de estrógenos e histeroscopia de segunda mirada; sin embargo, ninguna ha confirmado su beneficio de manera convincente. (Hernández et-al, 2017, pp 714-715)

La única indicación de histerectomía en pacientes asintomáticas son los leiomiomas que incrementan sus dimensiones después de la menopausia y sin terapia hormonal. Está indicada en aquellas mujeres mayores de 40 de edad o que tengan paridad satisfecha. Puede realizarse de manera total, extirpando el cuello del útero y el cérvix, o subtotal en la que se conserva el cuello. La justificación de la histerectomía total está basada en la potencial cancerización del muñón cervical que ocurre con una frecuencia de hasta 2-4% de los casos.

En aquellos casos donde se opta por la histerectomía supracervical se basan en que la persistencia del cérvix facilita las relaciones sexuales de la mujer, disminuye la tasa de prolapso y disminuye la morbilidad de la técnica. Puede realizarse por vía

abdominal, laparoscópica o vaginal. La elección de cada una de ellas dependerá de las características de la mujer, cirugías previas, morbilidad asociada y las características del útero, tamaño y movilidad (Cerino, 2018, pp. 43-44)



al día con ingesta semanal de huevo 3/7, legumbres 7/7, carne blanca 4/7, carne roja 4/7, cereales 5/7, frutas 7/7, verduras 6/7. Toma 1.5l a 3l de agua al día. Baño diario con cepillado dental 3 veces al día.

Antecedentes gineco obstétricos:

Menarca: 11 años Ciclos: Irregulares 28x5x22, dolorosos. IVSA: 20 años

Parejas Sexuales: 2 MPF: OTB. DOCMA: ninguno. ETS: ninguna.

FUM:

Padecimiento actual:

Miomatosis uterina de medianos elementos

Síntomas generales:

Dolor pélvico con irradiaciones de dolor 7 en escala de EVA

Interrogatorios por aparatos y sistemas:

- Sistema nervioso: niega cefalea, síncope, convulsiones, déficit transitorio, vértigo, confusión, obnubilación, vigilia, sueño, parálisis y problemas en la marcha y equilibrio. Sensibilidad.
- Sistema tegumentario: niega lesiones dérmicas tales como maculas, pápulas, ronchas. Niega datos de prurito.
- Sistema cardiovascular: niega disnea, tos, hemoptisis, dolor precordial, palpitaciones, cianosis, edema y manifestaciones periféricas, como lo son acufenos, fosfenos síncope, lipotimia y cefalea.
- Sistema respiratorio: niega tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis cianosis, vómica y alteraciones de la voz.
- Sistema gastrointestinal: niega vómitos y náusea, niega halitosis, boca seca, disfagia, pirosis, dolor abdominal, meteorismo, constipación, diarrea, rectorragia, melena, pujo y tenesmo. No datos de ictericia, coluria y acolia.

- Sistema urinario: niega alteraciones de la micción como lo son poliuria, anuria, polaquiuria, oliguria, nicturia, disuria, tenesmo vesical, urgencia, chorro, enuresis, así como niega dolor lumbar.
- Sistema genital: sangrado transvaginal abundantes, flujo, leucorrea o prurito vulvar negados. Refiere dolor ginecológico.
- Sistema osteomuscular: niega presencia de ganglios, xeroftalmia, niega artralgias, mialgias o fenómeno de raynaud.
- Sistema endocrino: niega bocio, letargia, bradipsiquia, intolerancia al calor o frío, hiperquinesia, galactorrea, ginecomastia, obesidad o ruborización.
- Sistema sensorial: alteración visual presente (Miopía y Astigmatismo), niega fosfenos, fotofobia, xerosftalmia, amaurosis, otalgia, otorrea, otorragia, hipoacusia, tinitus.

Exploración física:

Peso: 64 kg talla: 150 m ta 90/70 mmhg, fc 74 lpm, temperatura 37°C, fr 20 rpm

Paciente femenino de edad aparente a la cronológica, sin fascie característica, en actitud libremente escogida, de constitución media, sin trastornos de la marcha aparentes, quien se encuentra alerta, orientada, en tiempo, lugar y persona, cooperadora con adecuado estado de hidratación y buena coloración de tegumentos y mucosas.

Cabeza: paciente normocefalo, con adecuada implantación de cabello y pabellones auriculares. Pupilas isocóricas y normorreflécticas, narinas permeables observando cornetes sin datos de hipertrofia, exploración de cavidad bucal sin aparente patología, cadenas ganglionares sin datos de inflamación.

Cuello: cilíndrico con tráquea central móvil, sin datos de ingurgitación yugular. Pulso carotideo presente, no se palpa tiroides.

Tórax: de aspecto normolíneo con mamas simétricas, cardiopulmonar a la inspección con mecánica ventilatoria adecuada, no asimetrías de movimientos respiratorios, a la palpación amplexión y amplexación conservadas, a la auscultación con murmullo vesicular presente, no se integra síndrome pleuropulmonar. Ruidos cardiacos rítmicos y de intensidad adecuada, sin agregados.

Abdomen: se visualiza sin datos de hematomas o red vascular colateral, se ausculta con peristalsis normoactiva, blando, abdomen globos a expensas de utero gestante de 19cm de fondo uterino, sin datos de irritación peritoneal, no palpo visceromegalias, giordanos negativos sin puntos ureterales.

Genitales: fenotípicamente femeninos con alteración aparente (Miomas uterinos de medianos elementos. Sin leucorrea.

Extremidades: integras, eutérmicas no edema, llenado capilar inmediato, pulsos distales presentes. Fuerza muscular global 5/5. Sensibilidad conservada. Sin datos de focalización neurológica.

Columna: no se observan datos de lordosis o cifosis.

Resultados de exámenes paraclínicos:

Laboratorios

Biometría hemática: pendiente

Química sanguínea: pendiente

Vdrl en suero: negativo

Antígeno hepatitis b: pendiente

Grupo sanguíneo: O factor rh: positivo

Examen general de orina: pendiente

Impresión diagnóstica: Miomatosis uterina de medianos elementos + Anemia + DM 2

1. Se recomienda dieta normal y balanceada, con abundantes líquidos, y baja en irritantes, lácteos y derivados, café, azúcares y harinas refinadas.
2. Se explican importancia en el consumo de alimentos ricos en fibras, vit, C y B, hierro y depuradores
3. Saneamiento básico familiar
4. Se orienta e informa sobre enfermedades de transmisión sexual.
5. Se orienta e informa sobre tratamiento quirúrgico, complicaciones y beneficios.
6. Higiene diaria.
7. Se recomienda la realización de ejercicio 30 min al día.
8. Se informa sobre la importancia en la realización de DOC y DOCMA

Estado de salud: estable. Pronóstico: reservado para la vida y la función.

## **2.2 Descripción del caso clínico.**

Se trata de femenina de 47 años de edad con edad aparente a la cronológica, constitución media, miembros íntegros sin alteración aparentes; Padres finados, Padre con antecedentes de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Madre con antecedentes de Artritis Reumatoidea y posibles antecedentes de CaCu.

Antecedentes ginecológicos menarca a 11 años. IVSA de 20 años, OTB como uso de MPF, ciclos menstruales irregulares, con sangrados transvaginales abundantes y dolorosos. Dos gestas de productos únicos, nacidos mediante Cesarea Keer, con lapso de 6 años. Sin presencia de ETS y alteraciones patológicas en mamas.

Expresa la paciente que a partir de octubre de 2019 comienzo a experimentar sensación de peso a nivel de pélvico, y que, al palpase sentía una masa dura, con crecimiento descomunal y repentinamente, posteriormente tal tumoración continuó creciendo, hasta tomar dimensiones palpables cerca del ombligo.



El crecimiento de la masa implicó alteraciones acumulativas como: perístasis intestinal disminuida, polaquiuria, nicturia, dolor lumbar por la compresión que ejercía en los órganos vecinos, además del aumento de peso corporal, también refirió que dichas molestias solo se presenciaron repentinamente, expresando ser raro e incoherente su sintomatología.

En noviembre de 2019, se realiza de manera particular ultrasonido pélvico el cual, en representación de datos se obtiene el diagnóstico: Miomatosis uterina de medianos elementos. A dicho diagnóstico el médico encargado oferta tratamiento quirúrgico, como primordial, a lo cual la paciente decide inclinarse a tratamiento transcultural.

Al acudir a recibir atención con los espiritistas, el tratamiento da inicio con 1 brebaje, de 1lt de vino jerez con 3 hojas de suelda consuelta, 1 haba de san Ignacio y 2 nueces moscadas, el cual tomaba 1 tequilero por las mañanas y  $\frac{1}{2}$  tequilero por las noches hasta terminar y 2 compuestos de miel con sábila, tomando 2 cucharadas soperas por la mañana y por las noches.

La miel con la sábila, son las encargadas de remover, destruir y desaparecer los miomas. Por otra parte, el brebaje de vino jerez se encarga de la cicatrización, disminución de sangrado y desinflamación, del útero. Expresa la paciente que en la misma noche del día en que inicio el tratamiento, comenzó a sentir como los miomas, disminuían y la sensación de como alaban de ellas, dando sentido de expulsión.

## **CAPÍTULO III**

### **DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

#### **3.1 valoración clínica del sujeto de cuidado.**

Y.H.S, femenino de 47 años de edad, casada, con escolaridad nivel universitario, peso: 64 kg, Talla: 150 cm, TA: 90/70, Fc: 74x1, Fr: 20x1. acude a consulta con su médico general por presentar dolor pélvico abdominal, con sensaciones de prolapso vaginal y rectal. Es analizada con el ginecólogo y se le solicita ultrasonido.

Entre los antecedentes personales de importancia, se obtiene el ser una paciente con diabetes mellitus tipo 2. Así mismo el presentar menstruaciones con ciclos de 22 días, refiere la paciente haber tenido un ciclo menstrual con abundante sangrado 4 años antes de detectarse los miomas.

A la indagación de antecedentes familiares se obtiene: (padre) enfermedad hipertensiva y con Diabetes Mellitus, finado a causa de un paro fulminante, (madre) con artritis reumatoide fallecida de un Pb CaCu. Dos de sus hermanos son diabéticos.

El diagnostico medico actual es miomatosis de medianos elementos, y el tratamiento médico consiste en histerectomía radical, como opción principal por parte del profesional de salud. Tratamiento que fue negado por el cliente, buscando alternativas espiritistas y naturalistas.

Dentro del patrón percepción/mantenimiento de salud, se obtuvo: casa propia con todo servicio básico, hábitos higiénicos personales aceptables, percepción de salud “regular”. Tabaquismo y alcoholismo “positivos”, realización de auto exploración mamaria cada 2 meses y citologías vaginales cada 6 meses, las cuales hasta el momento no han presentado alteraciones.

En el patrón nutricional / metabólico, se presenta piel rosa, humectada, flexible, sin presencia de edemas, alimentación habitual a base de carnes y vegetales abundantes en hierro, dos ocasiones al día, consume abundantes frutas, con una ingesta de líquidos buena.

El patrón de eliminación se ve ligeramente alterado, por la presencia de estreñimiento, reflejado por peristaltismo lento con 1 a 2 evacuaciones al día, orina de 4 a 6 veces al día, las micciones se presentan concentradas, es algo recurrente que sufra de IVU. Ha evitado el uso de laxantes, aumentando la ingesta de fibras y líquidos.

Patrón actividad / ejercicio presenta limitaciones nocturnas para el movimiento ocasionadas por dolor, sin embargo realiza actividades de auto cuidado, presenta tensión arterial de 90/60 mmHg, Fc 72 ppm, así mismo expresa sentirse débil después de cada menstruación. El patrón reposo / sueño se presenta insomnio, generado por dolor, ocasionando sueños de 2 a 4 hrs, refiere haber 2 ocasiones en las que se pasó en vela y siestas diurna de 1 a 3 hrs.

Patrón cognitivo/perceptual: presenta dolor focalizado el útero lateral izquierdo, expresa que dicho dolor se intensificaba con el movimiento, además de ser mar recurrente por las noches. De igual manera expresa no haber experimentado algún síntoma de su enfermedad, puesto que el sangrado exagerado ya era algo normal en su periodo

Patrón autoimagen/auto concepto, este patrón no se encuentra alterado, la paciente expresa estar completamente satisfecha con su cuerpo, su imagen. Expresa no haber decidido tomar en cuenta la operación porque el miedo al dolor y por la marca psicológica y física le pudiese quedar.

Patrón rol/relaciones, expresa tener un poco de miedo, ya que a pesar de ser de salud sabe cuáles podrían llegar a ser las posibles complicaciones, pero que agradece a su familiar a apoyo emocional que le ofrecen, maneja una agradable relación familiar.

Sexualidad y reproducción, expresar tener un periodo irregular con retraso y adelanto de 8 días, sangrado de máximo 5 días, de igual manera expresa que un periodo antes de comenzar el dolor por miomas, comenzó con menstruaciones cada 15 o 20 días, en abundancia, se realiza auto exploraciones mamarias, y acude a realizarse citologías vaginales, con favorables resultados, menciona: “considero que mi enfermedad, no es de cuestión médica, ya que todo para mí fue de la noche a la mañana”

Afrontamiento/estrés, expresa la paciente presentar temor a que el pronóstico fuese Cáncer, por el procedimiento quirúrgico, afirmando que por tal motivo tomo la decisión de hacer uso a medios más naturales

Patrón valores/creencias, expresa que al estar acudiendo con los señores que le atienden espiritualmente, le han ayudado mucho, ya no presenta dolor, y menciona ya no sentir los miomas

### 3.2 Diagnóstico de enfermería según el caso

Signos y síntomas	Dominio alterado	Etiqueta	Caract. Que lo definen (Princ. secund.)	Factor etiológico o relacional (fisiopat, en relac. Al tx. Situac. O maduración	Dx de enfermería real, riesgo posible o bienestar o síndrome
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 47 años</li> <li>• Escolaridad universitaria</li> <li>• Sangrado abundante</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Alergia a levofloxacin</li> <li>• Dx. Miomatosis medianas elementos</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Alcoholismo</li> <li>• Estreñimiento</li> <li>• Miopía</li> <li>• Sueño interrumpido por dolor</li> <li>• Cambios repentinos de estado de animo</li> <li>• Peristaltismo intestinal disminuido</li> <li>• Temor</li> </ul>	Dom. 1 Promoción de la salud Clase. 2 Gestión de la salud	Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)	Ausencia de conductas adaptativas	Estrategias de afrontamiento	Mantenimiento ineficaz de la salud r/c estrategias de afrontamiento m/p ausencia de conductas adaptativas
	Dom. 3 Eliminación/intercambio Clase. 2 Función G.I	Riesgo de estreñimiento		Disminución de la motilidad GI	Riesgo de estreñimiento r/c disminución de la motilidad GI
	Dom. 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase. 2 Respues de afrontamiento	Temor (00148)	Identifica el objeto del temor	Barreras lingüísticas	Temor r/c barreras lingüísticas m/p identifica el objetivo del temor
	Dom. 12 Confort Clase. 1 Confort físico	Dolor agudo (00132)	Expresión facial de dolor, postura de evitación de dolor	Agentes lesivos físicos (miomas)	Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (miomas) m/p expresión facial de dolor, postura de evitación de dolor.

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA										
			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)										
<p style="text-align: center;"><i>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA (ED.FR.CD)</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Mantenimiento ineficaz de la salud R/C estrategias de afrontamiento M/P ausencia de conductas adaptativas</b></p>			<p>Indicadores:</p> <p>160209.- Utilizar recursos físicos y económicos para fomentar la salud</p>	<p>Escala de medición: Puntuación Diana:</p> <p style="text-align: center;">Mantener Aumentar</p>									
			<p>Resultado:</p> <p>Dominio: conocimiento y conducta en salud (IV)</p> <p>Clase: conducta en salud (Q)</p> <p><b>01602 conductas de fomento de la salud</b></p>	<table border="0"> <tr> <td>160209</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>160210</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>160207</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>160206</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </table>	160209	3	5	160210	3	4	160207	3	4
160209	3	5											
160210	3	4											
160207	3	4											
160206	2	4											

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)			
Intervención: <b>5510</b>	<b>EDUCACION</b>	Intervención: <b>5820</b>	<b>DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</b>
<b>SANITARIA</b>			
<p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo objetivo.</li> <li>Identificar las características de la población objetivo que afectan la selección de las estrategias de enseñanza.</li> <li>Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.</li> </ol>		<p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativa a las soluciones.</li> <li>Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.</li> <li>Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.</li> <li>Respetar el derecho del paciente a recibir, o no, información.</li> <li>Remitir a grupos de apoyo, si procede.</li> </ol>	

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA		
			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
<p style="text-align: center;"><i>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA (ED.FR.CD)</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Mantenimiento ineficaz de la salud R/C estrategias de afrontamiento M/P ausencia de conductas adaptativas</b></p>			<p>Indicadores:</p> <p>160209.- Utilizar recursos físicos y económicos para fomentar la salud</p>	<p>Escala de medición: Puntuación Diana:</p> <p style="text-align: center;">Man      Aum</p>	
			<p>Resultado:</p> <p>Dominio: conocimiento y conducta en salud (IV)</p> <p>Clase: conducta en salud (Q)</p> <p><b>01602 conductas de fomento de la salud</b></p>	<p>160209    3      5</p> <p>160210    3      4</p> <p>160207    3      4</p> <p>160206    2      4</p>	<p>160210.- Utilizar el apoyo social para fomentar la salud</p> <p>160207.- Realizar hábitos sanitarios correctamente</p> <p>160206.- Conservar relaciones sociales satisfactorias</p>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
<p>Intervención: <b>5240 ASESORAMIENTO</b></p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>b. Demostrar empatía, calidez y sinceridad.</li> <li>c. Favorecer la expresión de sentimientos.</li> <li>d. Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el equipo de cuidadores acerca de la situación</li> <li>e. Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia</li> <li>f. Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, según corresponda.</li> <li>g. Reforzar nuevas habilidades</li> </ol>	<p>Intervención: <b>5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES</b></p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar si ay diferencias entre el punto de vista del paciente y los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.</li> <li>2. Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a la toma de decisiones vitales fundamentales</li> <li>3. Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alteración.</li> <li>4. Facilitar la toma de decisiones en colaboración</li> <li>5. Utilizar programas informáticos interactivos o ayudas para la decisión basadas en internet como complemento al apoyo profesional</li> </ol>

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA</b>
-------	--------------	----------	---------------------------------------

			<i>CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</i>
--	--	--	--

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA</b> <i>(ED.FR.CO)</i>  Riesgo de estreñimiento <b>R/C</b> disminución de la motilidad gastrointestinal	Escala de medición: Puntuación Diana:																	
	Resultado: Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: eliminación (F) <b>00501</b> <b>eliminación intestinal</b>	Indicadores: 050102.- control de mov intestinales 050124.- ingesta de líquidos adecuada 050125.- ingesta de fibra adecuada 050117.- ruidos intestinales	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Man</th> <th>Aum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>050102</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>050124</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>050125</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>050117</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Man	Aum	050102	3	5	050124	4	5	050125	4	5	050117	4	5
	Man	Aum																
050102	3	5																
050124	4	5																
050125	4	5																
050117	4	5																

<i>CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)</i>
--

Intervención: <b>450 Manejo del estreñimiento / impactación</b>	
Actividades: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento</li> <li>2. Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede</li> <li>3. Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que este contraindicado</li> <li>4. Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento</li> <li>5. Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueda ser causa del estreñimiento</li> </ol>	

--



NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA							
			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)							
<p style="text-align: center;"><b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA</b> (ED.FR.CD)</p> <p>(00132) Dolor agudo <b>R/C</b> agentes lesivos biológicos (miomatosis) <b>M/P</b> expresión fácil de dolor (Mov. fijos o escasos; Muecas).</p>			<p>Indicadores: <b>(160503)</b> Utilizar medidas preventivas. <b>(160505)</b> Utilizar analgésicos de forma correcta. <b>(160504)</b> Utilizar medias de alivio no analgésicas</p>	<p>Escala de medición: Puntuación Diana:  Mantener aumentar</p> <table border="0"> <tr> <td><b>(160503)</b><sub>4</sub></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><b>(160505)</b><sub>4</sub></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><b>(160504)</b><sub>3</sub></td> <td>5</td> </tr> </table>	<b>(160503)</b> <sub>4</sub>	5	<b>(160505)</b> <sub>4</sub>	5	<b>(160504)</b> <sub>3</sub>	5
			<b>(160503)</b> <sub>4</sub>	5						
<b>(160505)</b> <sub>4</sub>	5									
<b>(160504)</b> <sub>3</sub>	5									
<p>Resultado: Dominio 04: conocimiento y conducta de salud; Clase Q: Conducta para la salud. <b>(1605)</b> <b>Control del dolor</b></p>										

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
<p><b>(1400) MANEJO DEL DOLOR.</b></p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar signos no verbales de molestia, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>2. Asegurar que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</li> <li>3. Disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten la experiencia del sueño.</li> </ol>	<p><b>(2300) ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS</b></p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.</li> <li>2. Seguir las 5 reglas de la ministración.</li> <li>3. Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos si es adecuado.</li> <li>4. Observar si proceden efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.</li> </ol>

--

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
<p style="text-align: center;"><i>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA (ED.FR.CO)</i></p> <p><b>Temor R/C barreras lingüísticas M/P identifica el objetivo del temor</b></p>			<p>Indicadores: 5380.- Potenciación de la seguridad</p>	<p>5380</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
			<p>Resultado: Dominio: Salud psicológica (III) Clase: Adaptación psicosocial (N) <b>1302 afrontamiento de problemas</b></p>	<p>5820.- Disminución de la ansiedad</p>	<p>5820</p>	<p>2</p>
			<p>5230.- Aumentar el afrontamiento</p>	<p>5610</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
			<p>5610.- Enseñanza pre quirúrgica</p>		<p>2</p>	<p>3</p>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
<p><b>Intervención: 5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO</b></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ii) Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>iii) Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.</li> <li>iv) Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>v) Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente.</li> </ul>	<p><b>Intervención: 5820 DISMINUCION DE LA ANSIEDAD</b></p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad</li> <li>2. Crear un ambiente que facilite la confianza</li> <li>3. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos</li> <li>4. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad</li> <li>5. Instruir al paciente sobre técnicas de relajación</li> </ul>

--

### 3.3 Planificación de intervenciones.

Dominio	Intervención
<p><b>Dominio: conocimiento y conducta en salud (IV)</b>  <b>Clase: conducta en salud (Q)</b>            01602 conductas de fomento de la salud</p>	<p><b>160209.-</b> Utilizar recursos físicos y económicos para fomentar la salud  <b>160210.-</b> Utilizar el apoyo social para fomentar la salud  <b>160207.-</b> Realizar hábitos sanitarios correctamente  <b>160206.-</b> Conservar relaciones sociales satisfactorias</p>
<p><b>Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)</b>  <b>Clase Q: Conducta para la salud.</b>            1605 control del dolor</p>	<p><b>160503.-</b> Utilizar medidas preventivas.  <b>160505.-</b> Utilizar analgésicos de forma correcta.  <b>160504.-</b> Utilizar medias de alivio no analgésicas</p>
<p><b>Dominio: Salud fisiológica (II)</b>  <b>Clase: eliminación (F)</b>            00501 eliminación intestinal</p>	<p><b>050102.-</b> control de movimientos intestinales  <b>050124.-</b> ingesta de líquidos adecuada  <b>050125.-</b> ingesta de fibra adecuada  <b>050117.-</b> ruidos intestinales</p>
<p><b>Dominio: Salud psicológica (III)</b>  <b>Clase: Adaptación psicosocial (N)</b>            1302 afrontamiento de problemas</p>	<p><b>5380.-</b> Potenciación de la seguridad  <b>5820.-</b> Disminución de la ansiedad  <b>5230.-</b> Aumentar el afrontamiento  <b>5610.-</b> Enseñanza pre quirúrgica</p>

### 3.4 Ejecución de intervenciones

<p>Intervención: <b>5510 EDUCACION SANITARIA</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo objetivo.</li> <li>2. Identificar las características de la población objetivo que afectan la selección de las estrategias de enseñanza.</li> <li>3. Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.</li> </ol>	<p>Intervención: <b>5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativa a las soluciones.</li> <li>2. Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.</li> <li>3. Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.</li> <li>4. Respetar el derecho del paciente a recibir, o no, información.</li> <li>5. Remitir a grupos de apoyo, si procede.</li> </ol>
<p>Intervención: <b>5240 ASESORAMIENTO</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>b. Demostrar empatía, calidez y sinceridad.</li> <li>c. Favorecer la expresión de sentimientos.</li> <li>d. Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el equipo de cuidadores acerca de la situación</li> <li>e. Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia</li> <li>f. Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, según corresponda.</li> <li>g. Reforzar nuevas habilidades</li> </ol>	<p>Intervención: <b>5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.</li> <li>2. Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a la toma de decisiones vitales fundamentales</li> <li>3. Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alteración.</li> <li>4. Facilitar la toma de decisiones en colaboración</li> <li>5. Utilizar programas informáticos interactivos o ayudas para la decisión basadas en internet como complemento al apoyo profesional</li> </ol>
<p>Intervención: <b>(1400) MANEJO DEL DOLOR.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar signos no verbales de molestia, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>2. Asegurar que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</li> </ol>	<p>Intervención: <b>(2300) ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.</li> <li>2. Seguir las 5 reglas de la ministración.</li> </ol>

<p>3. Disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten la experiencia del sueño.</p>	<p>3. Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos si es adecuado.</p> <p>4. Observar si proceden efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.</p>
<p><b>Intervención: 450 Manejo del estreñimiento / impactación</b></p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento</li> <li>2. Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede</li> <li>3. Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que este contraindicado</li> <li>4. Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento</li> <li>5. Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueda ser causa del estreñimiento</li> </ol>	<p><b>Intervención: 5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO</b></p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>2. Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.</li> <li>3. Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>4. Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente.</li> </ol>
<p><b>Intervención: 5820 DISMINUCION DE LA ANSIEDAD</b></p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad</li> <li>2. Crear un ambiente que facilite la confianza</li> <li>3. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos</li> <li>4. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad</li> <li>5. Instruir al paciente sobre técnicas de relajación</li> </ol>	

## CAPÍTULO IV

### PLAN DE ALTA

#### 4.1 Descripción del plan de alta.

El plan de alta se define como "La continuidad de cuidados en su domicilio". El plan de alta proporciona información importante e individualizada al paciente hospitalizado y/o su cuidador principal; además contempla cuidados en: medicamentos, tratamientos no farmacológicos, dieta entre otros; permite reforzar y amplia cuidados que debe tener la persona en el hogar, proporcionados por ella misma o por su cuidador principal, favoreciendo su pronta recuperación.

Nombre: <u>Yolanda Hernández Sánchez</u>	Sexo: <u>Fem</u>	Edad: <u>47 a</u>
--	------------------	-------------------

- ≈ Se recomienda **dieta normal** especialmente:
  - ⊗ Alimentos ricos en fibra.
  - ⊗ Alimentos ricos en Vit C y B
  - ⊗ Alimentos ricos en hierro (Carnes magras, frutos secos, hojas verdes)
  - ⊗ Alimentos depurativos (Alcachofas, rábanos, cebollas)
  - ⊗ Optar por cocinar con aceites de semillas.
  - ⊗ Evitar consumir lácteos y derivado, café, tabaco, azúcares y harinas refinadas.
  - ⊗ Reducir consumo de grasas saturadas.
- ≈ Se recomienda realizar mínimo 30 min de ejercicio al día.
  - ⊗ Practica de ejercicios de baja intensidad como el yogo o el pilates.
- ≈ Aseo y baño diario.
- ≈ Realizar DOC cada 3 o 5 años

## CONCLUSIONES

Tomemos en cuenta que los miomas uterinos son tumores benignos, de alta incidencia de mujeres en edad reproductiva, se presenta como una patología sin comprensión etiológicamente en su totalidad, por tal motivo el hacer utilización de profilácticos terapéuticos preventivos no es tan recomendable. Es por ello que para una sospecha clínica debe tener una confirmación mediante un ultrasonido o mediante el agregado de una resonancia magnética.

Todo ser humano tiende a sufrir, especialmente durante el desequilibrio que aqueja la enfermedad. Es por ello la importancia de dar a conocer qué es el sufrimiento espiritual y la salud espiritual debe tomarse como un objetivo a alcanzar dentro de las intervenciones enfermeras. Se debe tener en consideración que, la práctica de enfermería evitar que la persona en su unidad bio-psico-social-espiritual, no esté siendo respetada, no se esté reconociendo su dignidad, se deshumanice la salud y no otorgando unos cuidados enfermeros globales de calidad.

No hay que olvidar la repercusión que tiene este problema de salud en el resto de esferas del hombre, siendo la espiritualidad uno de los factores que puede influir en el bienestar de la persona o en el tiempo de recuperación. Así mismo para el profesional de enfermería, es importante prestar atención especializada ante las necesidades que pongan en riesgo la integridad física y emocional del paciente; pues el cuidado integral a brindar deberá consolidarse en conocimientos y habilidades.

Con base a los datos recabados durante la investigación, se obtuvieron resultados meramente sorprendentes, la paciente por decisión propia hizo utilización de alternativas transculturales como principal opción. Requiriendo de la utilización del espiritismo, haciendo de este tratamiento el primordial, a pesar de ser un tratamiento no garantizado, expreso una recuperación con un porcentaje gradual del 90%, la cuestión es... ¿En qué momento, enfermería perdió sentido el sentido de la palabra interculturalidad?, ¿Acaso el humanismo fue devorado por los aspectos científicos? O realmente, ¿anteponemos un buen salario a la pasión por lo que hemos estudiado? Sin duda alguna, como



profesionales de salud, pero especialmente como enfermeros o enfermeras, hemos perdido la visión espiritual y en algunos casos muy extremos la visión humanística, por lo tanto, asumir una actitud intercultural sigue representando un reto, y desafortunadamente continuamos fallando en las pruebas.

Lo primordial de la Interculturalidad es mantener presente un diálogo entre el enfermero y el enfermo, que nos permita respetar su autonomía, su forma de pensar y ver el mundo, brindándonos la posibilidad de apoyarles a contextualizar la salud, no solo desde los aspectos médicos, siendo esta la pequeña brecha donde el enfermero deberá buscar las herramientas que le permitan reconocer y valorar verdaderamente los aspectos esenciales de sus culturas involucrándonos en el proceso salud-enfermedad, así como las maneras terapéuticas con las que nos enfrentaremos a la enfermedad, guiados por un tratamiento favoreciendo el alcance a la pronta curación.

Verdaderamente, para que como profesionales contemos con humildad cultural y actitud intercultural, es necesaria una educación reflexiva y práctica transcultural efectiva, compartiendo con lo diverso y recapacitando sobre lo propio, fortaleciendo la escucha activa, mostrando la clave para una educación intercultural en salud efectiva, evitando generar los cambios desde las personas y la formación, hacia la universidad, la profesión y la sociedad.

Desde la perspectiva realística el promover, prevenir y recuperar la salud en contextos interculturales tiende a ser un gran desafío para los profesionales de la salud, especialmente para Enfermería, puesto a que nos hemos arraigado en ser seres metodológicos, sin recordar que la medicina tradicional fue, es y será la master de la medicina científica y debe de respetarse la coexistencia de ambas. Tengamos en cuenta que la Interculturalidad y la transculturalidad deben tener presente una coexistencia entre ambas precisando estar presente en el diálogo entre el enfermero y el sujeto individual o colectivo a ser cuidado, para respetar su autonomía, su visión del mundo y de la salud, investigando herramientas que los auxilien a reconocer y valorar efectivamente los aspectos esenciales de sus culturas e involucrarlos en el proceso salud-enfermedad, así

como las maneras terapéuticas de enfrentar la enfermedad, seguir un tratamiento y alcanzar la curación.

Así como hacer hincapié en el reforzamiento de la capacidad profesional, como creadora de posibles intervenciones en pro de la salud, valorando y respetando las identidades de los actores y situaciones presentes en el proceso salud-enfermedad.

## REFERENCIAS

Burgos Morenol Mónica; Paravic Klijnll Tatiana, 2009 [artículo de opinión], Enfermería como profesión (Nursing assessed as a profession), [Consultado Noviembre, 2019] disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192009000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010)

Cerino Méndez Ricardo, Proceso Atención Enfermería para paciente sometida a histerectomía abdominal abierta en el postoperatorio inmediato, Universidad Autónoma de San Luis Potosí "Facultad de enfermería y nutrición", [trabajo para obtención nivel especialista], Marzo 2018, [Consultado Noviembre, 2019] Disponible en: <http://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4607/proceso%20de%20atención%20de%20enfermer%C3%Ada%20paciente%20sometida%20%20histerectom%C3%ADa%20a%20abdominal%20abierta%20en%20el%20postoperatorio%20inmediato.pdf?sequence=1&jsAllowed=y>

CLERUS, Historia del espiritismo, [periódico en la Internet]. disponible en: <http://www.clerus.org/clerus/dati/2000-04/18-7/ESPIRIT.html>

Duran de Villalobos M. Mercedes. Enfermería Desarrollo Teórico y práctico. Facultad de enfermería Nacional de Colombia. Santafé de Bogota: Proyecto Innovar; 2001. Disponible en: <http://www.uneditorial.net/uflip/Enfermeria-Desarrollo-Teorico-e-Investigativo/pubData/source/Enfermeria-desarrollo-teorico-e-investigativo.pdf>

Guía Práctica Clínica diagnósticos y tratamiento de miomatosis uterina, Gobierno de Federal, [periódico en la Internet], 2006, [Consultado Noviembre, 2019] Disponible en [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogoMaestro/082\\_GPC\\_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogoMaestro/082_GPC_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS_EVR_CENETEC.pdf)

Heather T, Kamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier; 2015

Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. (2014) Metodología de la Investigación. Sexta edición. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. México, Df. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Hernández Valencia M, Valerio Castro E, Valdez Zúñiga CL Tercero, Barrón Vallejo J, Luna Rojas RM, 2017[artículo de opinión], Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva, disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332014000100009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000100009)

INCMNSZ Generalidades y aspectos éticos, [periódico en la Internet], diciembre 2017, [Consultado Noviembre, 2019] Disponible en <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/medicinaTradicional.html>

Juárez Rodríguez Paula Alina, García Campos María de Lourdes, 2009, [Revista electrónica] Rev. Elect. Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social, [ Consultado noviembre 2019]. Disponibles en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>

Muñoz Rocha Carlos I. (2015). Metodología de la Investigación, Ciencias Sociales. México D, F. Editorial Progreso S.A de C.V. Disponible en: <https://corladancash.com/wp-content/uploads/2019/08/56-Metodologia-de-la-investigacion-Carlos-I.-Munoz-Rocha.pdf>

Raile Alligood Martha; Marriner Tomey Ann. (2011). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona (España): Elsevier.

Rapaport Jonatan, Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo, Universidad del país vasco, Definición medicina tradicional, [periódico en la Internet], disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/137>

Rodríguez Sánchez Bertha Alicia, (2015), Proceso Enfermería Aplicación Actual, Guadalajara, Jal. México, Ediciones Cuéllar Aguirre.

Santiago Alexander, [Sitio Web], 2018, Yo Amo Enfermería, [ Consultado noviembre 2019]. Disponible en: <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/03/31/proceso-de-atencion-de-enfermeria/>

Zambrano Burgos José Luis, Proceso Atención Enfermería Mioma de uterino, Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabi, [trabajo titulación], Manta 2018, [Consultado Noviembre, 2019] Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18826/1/CD%20963-%20RODRIGUEZ%20LEON%20ROGER%20GUILLERMO.pdf>

Zhang Xiaorui, Organización Mundial de la Salud (OMS), sitio web, [Consultado 2019], Disponible en: [https://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/es/](https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/)

## GLOSARIO

**Cicatriz:** curación de una herida o lesión dejando una marca en la piel o los órganos internos.

**Cicatrización:** curación a través de una cicatriz.

**Diagnóstico diferencial:** comparación de enfermedades que tienen una presencia similar.

**Diagnóstico:** término utilizado para denotar el nombre de una enfermedad o proceso de enfermedad usando métodos y habilidades científicas.

**Dietilestilbestrol:** Es una forma sintética de la hormona femenina estrógeno.

**Fibronectina:** Glucoproteína dimérica con un peso molecular de 2.220 KD, que migra en la fracción de las beta-globulinas plasmáticas. Está presente en el plasma y en la superficie de células epiteliales y endoteliales, de los hepatocitos y los macrófagos, y es un componente importante de la sustancia fundamental intercelular.

**Hemorragia:** sangrado ya sea interno o externo.

**Hidronefrosis:** es la inflamación de uno o ambos riñones. La inflamación renal ocurre cuando la orina no puede drenar del riñón y, como consecuencia, se acumula en él. Esto puede ocurrir debido a una obstrucción en los conductos que drenan la orina del riñón (uréteres) o por un defecto anatómico que no permite drenar la orina de manera adecuada.

**Hipermenorrea:** incremento anormal en la duración o cantidad en la pérdida menstrual de sangre.

**Histerectomía vaginal:** Extirpación del útero a través de la vagina.

**Histeroscopia:** examen para revisar la cavidad uterina.

**H-men:** persona que realiza las ceremonias del ciclo agrícola y la curación de las enfermedades debido a su conocimiento botánico para curaciones que han recibido de generaciones pasadas.

**Laxante:** agente que promueve o estimula los movimientos intestinales.

**Leiomiomas:** Tumor benigno del músculo liso, generalmente en el útero o el aparato digestivo. También se llama fibroide.

**Miometrio:** capa muscular intermedia del útero.

**Patrones Funcionales:** son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

**Proteoglicano:** Es una molécula compuesta por la unión covalente entre una cadena de aminoácidos y uno o varios glicosaminoglicanos sulfatados.

**Razonamiento clínico:** es la médula espinal de la práctica médica, en él confluyen los tres saberes: conocer, hacer y saber ser. Es la capacidad de observación, reflexión, inferencia, juicio integral de los problemas clínicos del paciente.

**Síndrome de Asherman:** El síndrome de Asherman es una alteración de la cavidad uterina que se caracteriza por la presencia de cicatrices. Estas lesiones provocan la formación de adherencias o sinequias entre las paredes del útero, generando que este se deforme y pueda, incluso, verse reducido en tamaño.

**Sinequias:** f. Cualquier tipo de adherencia, pero se utiliza fundamentalmente este término para referirse a las adherencias del iris con las estructuras vecinas.

**Ultrasonido:** Son ondas mecánicas que tienen una frecuencia superior a los 16000 Herz Hz, aunque los utilizados en rehabilitación tienen una frecuencia superior a 0,5 megahercios MHz. Suelen oscilar entre 0,5 a 3 MHz para su uso terapéutico y entre 1 a 10 MHz en ecografía.

**Wahil Col:** Ceremonia dedicada a Yamil Ka'xel, señor del monte, es el pan o tortilla de la milpa.



## ANEXOS.

la Guía De Valoración (Adultos) de Enfermería, por patrones funcionales de Gordon es un instrumento que contiene preguntas necesarias para integrar la valoración al usuario adulto. La guía se presenta organizada en cuatro secciones que al conjuntarse permiten obtener una visión completa del usuario, esta guía es conformada por las siguientes secciones: I. Historia de Enfermería (Datos Subjetivos), II, Examen Físico (Datos Objetivos) III. Resultados de Exámenes de Laboratorio y Gabinete (Datos Objetivos de

Fuentes Secundarias) y IV Documentación.

[24] Guía de Metodología y Diagnósticos de Enfermería

### 2.5. VALORACIÓN INICIAL POR PATRONES FUNCIÓN DE M. GORDON

#### PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON

Fecha:.....  
 Nombre y apellidos: .....  
 Fecha de nacimiento: ..... N.º H.º: .....

#### PERCEPCIÓN DE SALUD. CONTROL DE SALUD. CÓMO SE CUIDA. FECHA:

Antecedentes personales.....  
 Antecedentes familiares.....  
 Motivo de consulta/programas de salud.....  
 Vacunas.....  
 Medicación/automedicación/T tos (O<sub>2</sub>).....  
 Revisiones periódicas de salud.....  
 Alergias..... Tabaco..... Alcohol..... Drogas.....  
 Cómo valora su salud: Excelente  Buena  Normal  Regular  Mala   
 Conocimientos de su enfermedad.....  
 Conocimientos de los cuidados.....  
 Conducta ante su salud (adherencia medidas higiénico dietéticas, estilos de vida, actividades de promoción y prevención).....  
 Accidentes/caídas: No  Sí   
 Ingresos hospitalarios: No  Sí   
 Imagen personal: Adecuado  Descuidado  Extravagante  Meticuloso  Sucio   
 Higiene/Seguridad vivienda.....  
 ¿Qué es importante para usted y en qué cree que podemos ayudarle?.....  
 Test de Barber (<75 años)..... Escala de remisión al trabajador social..... Test de Cage.....

#### PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO. CÓMO COME. FECHA:

T.º..... Peso..... Talla..... IMC.....  
 Horario: Desayuno  Media mañana  Comida  Merienda  Cena  Resopón   
 ¿Pica entre horas? No  Sí  ¿Dónde?.....  
 Grupos de alimentos (veces por semana)

Leche y derivados	Verduras y hortalizas	Grasas	Suplementos
Pan, arroz, patatas, pasta, cereales	Carne y huevos	Frutas	Restricciones
Legumbres	Pescados	Dulces	Intolerancias/ Alergias

Preferencias/gustos.....  
 Ingesta de líquidos/día:.....



**Dr. Luis E. Méndez Casarín**  
Médico Radiólogo

Certificado por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen, Folio No. 496  
Autorizado para ejercer la Especialidad de Radiología y Métodos de Imagen No. AECM-17199  
Miembro del Colegio Veracruzano de Radiología e Imagen.

Huatusco, Ver. a 14 de Octubre del 2019

MEDICO : DR. ARTURO JACOME BAYOLO.

PACIENTE : YOLANDA HERNANDEZ SANCHEZ (47 A).

ESTUDIO : ULTRASONIDO PÉLVICO.

Con equipo de Ultrasonido de tiempo real, digital Doppler color con transductor convexo de banda ancha (3.0-8MHz), se efectuaron barridos de la pelvis por vía transvaginal, observándose:

Útero central, anterovversión aumentado de tamaño (97x78x89mm y un volumen de 352cc), contornos irregulares, miométrio con ecogenicidad isoecoica con dos imágenes hipocogénicas de 50x40mm y 37x32mm, de localización intramural a nivel del cuerpo y fondo. Cavidad endometrial sin saco gestacional con endometrio engrosado (15mm) isoecogénico, por Doppler color existe flujo vascular en su interior. Cérvix normal. FUR: 18 Sep 2019 (día 26 ciclo menstrual).

Ovario derecho no doloroso al rastreo de situación y tamaño normal (30x15x23mm y un volumen de 5.79cc) estroma normal con folículos. Ovario izquierdo no doloroso al rastreo de situación y tamaño normal (33x20x31mm y un volumen de 11.48cc) estroma normal con folículos. Por Doppler color la vascularidad útero-ovárica es normal.

**CONCLUSIÓN: MIOMATOSIS UTERINA DE MEDIANOS ELEMENTOS. PATOLOGÍA ENDOMETRIAL DE ORIGEN ADETERMINAR (ENDOMETRITIS, POLIPO, HIPERPLASIA, ETC.).**

Atentamente,

Calle 5 Norte No. 512  
C. P. 94100

DGP 528408  
SS66413

Huatusco, Ver.  
Tel. (273) 734 35 80

Imagen de ultrasonografía, solicitado por el médico que atendió el caso, para realizar un diagnóstico diferencial, interpretación de ultrasonido e informe Citopatológico del caso



**DR. MARIO RAMÍREZ PARRALES**  
ANATOMOPATOLOGO



PATOLOGÍA QUIRÚRGICA Y CITOLOGÍA ESPOLITANA  
REGISTRADO DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI UNAM

CERTIFICADO POR EL CONSEJO MEXICANO DE MÉDICOS ANATOMOPATOLOGOS (No. 555)  
CÉDULA PROFESIONAL 739272 PERMISO PARA EJERCER LA ESPECIALIDAD ADESSA 28737

MÉDICO TRATANTE : DR. ARTURO JACOME BAYOLO  
PACIENTE : YOLANDA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ  
EDAD : 47 AÑOS  
FECHA DE SOLICITUD : 11/OCTUBRE/2019  
FECHA DE ENTREGA : 18/OCTUBRE/2019  
ESTUDIO : CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL  
DIAGNÓSTICO CLÍNICO : --  
DATOS CLÍNICOS : --  
G: II C: II FUM: 18/09/19 DRU: NO OTB: SI HACE 17 AÑOS CAMBIOS INFLAMATORIOS

**INFORME CITOPATOLÓGICO CERVICAL (SISTEMA BETHESDA)**

Se recibe una citología cervical convencional la cual se tife con la técnica de Papanicolaou para su estudio microscópico del que se obtiene los siguientes datos:

- 1.- CALIDAD DE LA MUESTRA: SATISFACTORIA.  
Con presencia de elementos celulares de la zona escamocolumnar; Endocervicales).
- 2.- CATEGORIZACIÓN GENERAL: ALTERACIONES CELULARES INFLAMATORIAS

**DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:**

R.L. (LEUCOCITOS) : ++  
MICROBIOTA VAGINAL : ++ (BACILAR)  
L.M. : 00/70/30  
V.E. : 65  
L.H. : BUENO  
ESTADO CELULAR : CÉLULAS EPITELIALES ESCAMOSAS DE LOS ESTRATOS INTERMEDIO Y SUPERFICIAL QUE PRESENTAN ALTERACIONES INFLAMATORIAS Y ATROFIA.

**3.- INTERPRETACIÓN/RESULTADO:**

- CAMBIOS CELULARES REACTIVOS ASOCIADOS A INFLAMACIÓN Y ATROFIA.
- NEGATIVO PARA LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL Y/O MALIGNIDAD.

ATENTAMENTE  
Dr. Mario Ramírez Parrales

CP-0CT64-19

XALAPA, VER.

Naturalmente saludable  
18-Oct-19

Yolanda  
- Del preparado de miel  
Tomar 2 cucharadas 3 veces al día. Hasta terminar las 2 botellas.

- 1 litro de vino jerez  
2 Nuez moscadas ralladas y tostadas  
2 abas de San Ignacio tostadas y molidas  
3 hojas de suelda consuelo tostadas y molidas.  
1 vasito de tequila por la mañana y 1/2 vasito por la noche.

Así mismo como la Receta entregada por los Espiritista que dieron comienzo al tratamiento