

25
Zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

*Miomatosis uterina
y quiste de ovario izquierdo*

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE INVESTIGACION
U. N. A. M.

Estudio clínico en proceso de atención
de enfermería que para obtener el título de:

Licenciada en Enfermería y Obstetricia

presenta:

Elsa Cueva Hernández

México, D.F., 1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
1.- MARCO TEORICO	
1.1 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	4
1.2 MIOMATOSIS UTERINA	
1.2.1 EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA	17
1.2.2 TIPOS DE TUMORES POR SU LOCALIZACIÓN	19
1.2.3 DIAGNÓSTICO (MÉTODOS ES- PECÍFICOS)	26
1.2.4 TRATAMIENTO, COMPLICACIONES Y SECUELAS	28
2.- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	33
3.- HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA	37
3.1 DETECCIÓN DE NECESIDADES	37
3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	44

4.- PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	45
4.1 PROBLEMA		
4.2 RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA		
4.3 ACCIONES DE ENFERMERÍA		
4.4 RAZÓN CIENTÍFICA		
4.5 EVALUACIÓN		
CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFIA	77
GLOSARIO DE TERMINOS	82

INTRODUCCION

EL ESTUDIO DE LOS SERES HUMANOS PUEDE HACERSE CON TRES DISTINTOS ENFOQUES: EL BIOLÓGICO, QUE HACE ÉNFASIS EN EL ESTUDIO DE LA ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL ORGANISMO, EL PSICOLÓGICO QUE ESTUDIA LA PERSONALIDAD Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y EL DE LAS CIENCIAS SOCIALES QUE ESTUDIA LAS SOCIEDADES Y LAS CULTURAS. LOS TRES ENFOQUES REPRESENTAN DISTINTOS NIVELES DE ABSTRACCIÓN Y AUNQUE UTILIZAN DISTINTOS CONCEPTOS Y MÉTODOS TIENEN EL MISMO CONCEPTO DE ESTUDIO: EL HOMBRE.

EN LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS A TRAVÉS DEL MAYOR INTERCAMBIO ENTRE LAS DISTINTAS DISCIPLINAS, SE HA LLEGADO A LA CONCLUSIÓN DE QUE EL HOMBRE SOLO PUEDE SER ENTENDIDO COMO UNA UNIDAD BIOPSIOSOCIAL Y ES ACEPTADO, QUE LA COMPRESIÓN DE LOS FENÓMENOS RELATIVOS A LOS SERES HUMANOS, REQUIERE LA UTILIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS QUE PROVIENEN DE ESAS TRES ESFERAS.

SE CONSIDERA IMPORTANTE HACER MENCIÓN A LO ANTERIOR YA QUE ENFERMERÍA TIENE COMO META LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD POR MEDIO DE LA ENSEÑANZA, ORIENTACIÓN, CONTROL DE LA ENFERMEDAD, ASISTENCIA, SOSTÉN, REHABILITACIÓN DE PERSONAS SOMETIDAS A REGÍMENES DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS. TAMBIÉN ENFERMERÍA DEBE ESTIMULAR, CONSERVAR O RESTAURAR LA SALUD POR LO QUE EXIGE EL CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES BIOPSIOSOCIALES DE LAS PERSONAS SANAS Y ENFERMAS.

TOMANDO LO ANTERIOR COMO REFERENCIA, SE HA PLANTEADO EL PRESENTE ESTUDIO "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE QUE PRESENTA MIOMATOSIS UTERINA Y QUISTE DE OVARIO IZQUIERDO", EN VIRTUD DE QUE PARA SU ATENCIÓN TAMBIÉN SE REQUIERE CONSIDERAR LAS DIVERSAS ÁREAS EN QUE LA PACIENTE SE ENCUENTRA.

ESTABLECE ASÍ, COMO OBJETIVOS DE ESTUDIO CLÍNICO LOS SI-

GUIENTES:

1. IDENTIFICAR EL MEDIO AMBIENTE EN QUE SE DESENVUELVE LA PACIENTE DETECTANDO LAS NECESIDADES DE ÉSTA Y LAS POSIBLES SECUELAS QUE PODRÍA TENER A CONSECUENCIA DEL PADECIMIENTO.
2. DETERMINAR CUÁL PODRÍA SER LA PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA, CON RESPECTO A LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL POR MIOMATOSIS.
3. IMPLEMENTAR EL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, ESTABLECIDO DE ACUERDO A LA PROBLEMÁTICA PRESENTADA POR LA PACIENTE.

EL ESTUDIO SE LLEVÓ A CABO EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL FERNANDO QUIROZ DEL ISSSTE, EN EL CUAL FUE PROGRAMADA LA PACIENTE PARA REALIZAR LA INTERVENCIÓN DE HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL POR MIOMATOSIS.

LA METODOLOGÍA QUE SE SIGUIÓ FUE LA SIGUIENTE:

1. DESGLOSE DEL MARCO TEÓRICO, EL CUAL SE DESARROLLÓ EN EL PUNTO 1.1 LA ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO, DONDE SE DESCRIBE EN FORMA GENERAL LOS GENITALES EXTERNOS, GENITALES INTERNOS Y SU FUNCIONAMIENTO DURANTE EL CICLO MENSTRUAL.

EN EL PUNTO 1.2 MIOMATOSIS UTERINA, EN EL QUE SE COMENTA LA EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA, SE MENCIONA LA LOCALIZACIÓN Y LOS DIFERENTES TIPOS DE TUMORES, EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y LAS POSIBLES SECUELAS QUE PUEDE SUFRIR UNA PACIENTE CON DICHA PATOLOGÍA.

POSTERIORMENTE SE PROSIGUE CON LA ENTREVISTA A LA PA -

CIENTE, PARA LA REALIZACIÓN DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD, HISTORIA CLÍNICA, ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, DURANTE EL TIEMPO DE ESTANCIA DE LA PACIENTE.

POR ÚLTIMO, SE ELABORAN LOS COMPLEMENTOS DEL ESTUDIO, O SEA, LAS CONCLUSIONES, GLOSARIO DE TÉRMINOS Y BIBLIOGRAFÍA.

ES MI DESEO QUE EL PRESENTE ESTUDIO, SEA DE UTILIDAD A TO DAS AQUELLAS PERSONAS QUE TENGAN LA NECESIDAD DE PROPORCIONAR ATENCIÓN ESPECÍFICA A ESTE TIPO DE PACIENTES, O EN GENERAL, A AQUELLAS QUE ACEPTEN QUE EL CUIDADO DE UN ENFERMO DEBE SER LO MÁS AMPLIO POSIBLE, PARA LOGRAR EN LA PRÁCTICA UN RESULTADO INTEGRAL ÓPTIMO.

I. MARCO TEORICO

1.1 ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

EL TRACTO GENITAL ESTÁ FORMADO POR LA VULVA O GENITALES EXTERNOS Y LA VAGINA, ÚTERO, TROMPAS DE FALOPIO Y LOS OVARIOS QUE FORMAN LOS GENITALES INTERNOS. (1)

LAS PARTES PUDENDAS U ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS, SUELEN DESIGNARSE CON EL NOMBRE DE VULVA QUE INCLUYE TODAS LAS ESTRUCTURAS VISIBLES EXTERNAMENTE DESDE EL BORDE INFERIOR DEL PUBIS HASTA EL PERINEO, A SABER: MONTE DE VENUS, LABIOS MAYORES, LABIOS MENORES, CLÍTORIS, VESTÍBULO, HIMEN, ORIFICIO URETRAL Y DIVERSAS ESTRUCTURAS GLANDULARES Y VASCULARES.

MONTE DE VENUS.- ES LA ALMOHADILLA ADIPOSA QUE DESCANSA SOBRE LA CARA ANTERIOR DE LA SÍNFISIS DEL PUBIS. DESPUÉS DE LA PUBERTAD LA PIEL SE CUBRE DE VELLO PUBIANO. LA DISTRIBUCIÓN DEL VELLO PUBIANO EN LA MUJER OCUPA UN ESPACIO TRIANGULAR CUYA BASE CORRESPONDE AL BORDE SUPERIOR DE LA SÍNFISIS DEL PUBIS Y CON ALGUNOS QUE SE EXTIENDEN HACIA ABAJO HASTA LA SUPERFICIE EXTERNA DE LOS LABIOS MAYORES. ESTA ES UNA CARACTERÍSTICA SEXUAL SECUNDARIA.

LABIOS MAYORES.- SON DOS PLIEGUES DE TEJIDO ADIPOSO CUBIERTO DE PIEL QUE SE EXTIENDE HACIA ABAJO Y ATRÁS A PARTIR DEL MONTE DE VENUS, MIDEN APROXIMADAMENTE DE 7-8 CM. DE LONGITUD DE 2-3 CM. DE ANCHO Y DE 1-1,5 CM. DE ESPESOR. EN LAS NIÑAS Y EN LAS ADULTAS VÍRGENES SUELEN ESTAR BASTANTE JUNTOS, OCULTANDO COMPLETAMENTE LAS PARTES SUBYACENTES, MIENTRAS QUE EN LAS MULTÍPARAS SE ENCUENTRAN ABIERTOS. SE PROLONGAN CON EL MONTE DE VENUS POR ARRIBA Y SE DESVANECEN EN EL PERINEO POR ATRÁS, JUNTÁNDOSE EN LA LÍNEA MEDIA PARA FORMAR LA COMISURA POSTERIOR. LA CARA EXTERNA DEL LABIO MAYOR SE PARECE A

1) A.M.H.G.O. No. 3 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, P.1

LA PIEL CONTIGUA Y DESPUÉS DE LA PUBERTAD SE CUBRE DE PELO, EN LA MUJER NULÍPARA LA CARA INTERNA ES HÚMEDA, PARECIÉNDOSE A UNA MEMBRANA MUCOSA MIENTRAS QUE EN LAS MULTÍPARAS PRESENTA UN ASPECTO PARECIDO AL DE LA PIEL , PERO SIN VELLO, CONTIENE GLÁNDULAS SEBÁCEAS Y SUDORÍPARAS, (2)

LABIOS MENORES.- AL SEPARARSE LOS LABIOS MAYORES MUESTRAN PLIEGUES PLANOS Y ROJIZOS QUE SE JUNTAN EN LA PARTE SUPERIOR DE LA VULVA. EN LA MUJER NULÍPARA ESTÁN CUBIERTOS POR LOS LABIOS MAYORES Y EN LAS NULÍPARAS SOBRESALEN DE ÉSTOS,

CADA LABIO MENOR PRESENTA UN ASPECTO HÚMEDO SEMEJANTE A UNA MUCOSA, CONTIENE NUMEROSAS PAPILAS, FOLÍCULOS SEBÁCEOS Y ALGUNAS GLÁNDULAS SUDORÍPARAS.

LOS LABIOS MENORES CONVERGEN HACIA ADELANTE Y CADA UNO SE DIVIDE CERCA DE SU EXTREMIDAD SUPERIOR EN DOS LAMINILLAS DE LAS QUE LAS INFERIORES SE UNEN Y FORMAN EL FRENILLO DEL CLÍTORIS Y LAS SUPERIORES SE DESVANECEN EN EL PREPUCIO , HACIA ATRÁS SE APROXIMAN A LA LÍNEA MEDIA SE UNEN Y CONSTITUYEN LA HORQUILLA.

CLÍTORIS.- ES UNA ESTRUCTURA PEQUEÑA, CILÍNDRICA Y ERÉCTIL QUE SE ENCUENTRA EN EL EXTREMO ANTERIOR DE LA VULVA Y QUE SOBRESALE ENTRE LAS EXTREMIDADES RAMIFICADAS DE LOS LABIOS MENORES LOS QUE FORMAN SU PREPUCIO Y SU FRENILLO, CONSTA AL IGUAL QUE EL PENE EN EL HOMBRE DE GLANDE, CUERPO Y DOS PILARES, QUE FORMAN EL CUERPO DEL CLÍTORIS, (3)

VESTÍBULO.- ES LA HENDIDURA QUE SE OBSERVA AL SEPARAR LOS LABIOS MENORES Y COMPRENDE HACIA ARRIBA EL ORIFICIO DE LA URETRA Y HACIA ABAJO EL ORIFICIO DE LA VAGINA Y LOS CONDUCTOS DE LA GLÁNGULA DE BARTHOLIN. LA PORCIÓN POSTERIOR DEL VESTÍ-

2) WILLIAMS, OBSTETRICIA P. P, 9-11

3) IBIDEM. P. P, 9-11

BULO UBICADA ENTRE LA HORQUILLA Y EL ORIFICIO VAGINAL SE DESIGNA COMO FOSA NAVICULAR, OBSERVÁNDOSE ÚNICAMENTE EN LAS MUJERES NULÍPARAS, YA QUE SE OBLITERA DESPUÉS DEL PARTO.

LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN.- SON DOS PEQUEÑAS GLÁNDULAS DE 0.5 A 1 CM. DE DIÁMETRO ENCONTRÁNDOSE A AMBOS LADOS DEL INTROITO. ESTAS GLÁNDULAS SECRETAN MATERIAL MUCOSO DURANTE LA EXCITACIÓN SEXUAL. LOS CONDUCTOS ALBERGAN, EN OCASIONES GONOCOCOS QUE PUEDEN PENETRAR HASTA LA GLÁNDULA Y PROVOCAR LA SUPURACIÓN DE TODO EL LABIO.

ORIFICIO URETRAL.- EL MEATO URETRAL SE LOCALIZA EN LA LÍNEA MEDIA DEL VESTÍBULO, DE 1-1.5 CM. POR DEBAJO DEL ARCO PÚBLICO Y POR ENCIMA DEL INTROITO VAGINAL. SE OBSERVA UNA HENDIDURA VERTICAL QUE AL DISTENDERSE ALCANZA DE 4-5 MM. DE DIÁMETRO. LOS CONDUCTOS PARAURETRALES O GLÁNDULAS DE SKENE, MÚSCULO SE ENCUENTRAN EN AMBOS LADOS DE LA URETRA CUENTAN CON UN CALIBRE DE 0.5 MM. DE DIÁMETRO Y DE LONGITUD VARIABLE.

ORIFICIO VAGINAL E HIMEN.- OCUPA LA PORCIÓN INFERIOR DEL VESTÍBULO, EN LAS VÍRGENES QUEDA OCULTO POR LOS LABIOS MENORES Y AL SEPARARSE APARECE CUBIERTO POR EL HIMEN. ÉSTE SE COMPONE DE UN TEJIDO CONJUNTIVO, RICO EN FIBRAS ELÁSTICAS Y FIBRAS COLÁGENAS. SU INERVACIÓN ES DISCRETA, EN LA NIÑA RECIÉN NACIDA EXISTE GRAN VASCULARIZACIÓN, EN EL EMBARAZO EL EPITELIO ESTÁ ENGROSADO Y CON ABUNDANTE GLUCÓGENO, DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA EL EPITELIO SE ADELGAZA Y APARECEN FOCOS DE CORNIFICACIÓN.

VAGINA.- ES UN CONDUCTO QUE TIENE UNA PORCIÓN COLOCADA EN EL PERINÉ, DIVIDIDAS AMBAS POR EL MÚSCULO ELEVADOR DEL AÑO, CON COMPOSICIÓN MÚSCULO-MEMBRANOSA QUE SE EXTIENDE DESDE LA VULVA HASTA EL ÚTERO Y SE ENCUENTRA ENTRE LA VEJIGA URINARIA Y EL RECTO. 4)

4) IBIDEM. PP. 12-13

ES EL CONDUCTO EXCRETOR DEL ÚTERO POR EL QUE SALE SU SECRECIÓN Y LA MENSTRUACIÓN, ES EL ÓRGANO FEMENINO DEL COITO Y FORMA PARTE DEL CANAL DEL PARTO. LA EXTREMIDAD SUPERIOR DE LA VAGINA ES UNA BÓVEDA EN LA QUE SOBRESALE LA PORCIÓN INFERIOR DEL CUELLO UTERINO, LA BÓVEDA VAGINAL SE SUBDIVIDE EN FONDOS DE SACO ANTERIOR, POSTERIOR Y DOS LATERALES SIENDO EL SEGUNDO DE MAYOR TAMAÑO, YA QUE LA VAGINA SE INSERTA MÁS ARRIBA EN LA PARED CERVICAL POSTERIOR,

LA PARED CERVICAL ANTERIOR MIDE APROXIMADAMENTE 6-8 CM. Y LA POSTERIOR DE 7-10 CM. Y CUENTAN CON GRAN IRRIGACIÓN VASCULAR. EN LA MUJER SE MANTIENE HÚMEDA POR LA SECRECIÓN UTERINA AUMENTANDO DURANTE EL EMBARAZO, SE PRESENTA CON ASPECTO MANTECOSO YA QUE ESTÁ FORMADA POR EPITELIO DESCAMADO Y BACTERIAS, ORIGINANDO UNA ACENTUADA REACCIÓN ÁCIDA. LA REACCIÓN ÁCIDA SE ATRIBUYE AL ÁCIDO LÁCTICO QUE ES EL RESULTADO DE LA GLUCOGENÓLISIS DEL GLUCÓGENO DE LA MUCOSA EFECTUADO POR EL BACILO DE DÖDERLEIN, EL PH DE LA VAGINA EN LA MUJER ADULTA SE ENCUENTRA ENTRE 4-5.

PERINEO.- ESTÁ FORMADO POR LOS MÚSCULOS Y FASCIAS DE LOS DIAFRAGMAS UROGENITAL Y PÉLVICO, ESTOS MÚSCULOS FORMAN COMO UNA BANDA QUE SOSTIENE ESTRUCTURAS PÉLVICAS PASANDO ENTRE ELLOS LA URETRA, LA VAGINA Y EL RECTO. (5)

ORGANOS GENITALES INTERNOS

ÚTERO.- LA PARED DEL CUERPO UTERINO ESTÁ FORMADA POR TRES CAPAS QUE SON: LA SEROSA, EL MIOMETRIO Y EL ENDOMETRIO.

EL ÚTERO ES UN ÓRGANO MUSCULAR DE PAREDES GRUESAS ENCERRANDO UNA CAVIDAD TRIANGULAR, SE DICE QUE ESTE ÓRGANO TIENE LA FOR

MA DE UNA PERA INVERTIDA, COLOCADA SOBRE LA VAGINA CON UN ÁNGULO DE 90° CON RESPECTO AL EJE DE LA MISMA, DANDO UNA POSICIÓN DE ANTEVERSIÓN, ELEVÁNDOSE EL ÚTERO ENTRE LA VEJIGA EN SU PORCIÓN ANTERIOR Y POR EL RECTO POR LA PARTE POSTERIOR, ALTERNÁNDOSE CUALQUIERA DE ESTOS ÓRGANOS MODIFICA LA POSICIÓN DEL ÚTERO YA QUE ES FÁCILMENTE MOVIBLE.

LA PARTE SUPERIOR DEL ÚTERO ESTÁ CUBIERTA POR PERITONEO EXTENDIÉNDOSE HACIA ABAJO ENTRE ÉL Y LOS ÓRGANOS ADYACENTES FORMANDO LOS FONDOS DE SACO VESICOUTERINO Y RECTOUTERINO O DE DOUGLAS. (6)

EL ÚTERO SE DIVIDE EN TRES PORCIONES: EL CUERPO, EL CUELLO Y EL ISTMO, LLEGANDO A TENER UNA LONGITUD APROXIMADA ENTRE 5.5 Y 8 CM. (7)

POR ENCIMA DE LOS ORIFICIOS DE INSERCIÓN DE LAS TROMPAS EN EL ÚTERO, ÉSTE SE REDONDEA Y FORMA UNA PORCIÓN MAYOR QUE ES EL FONDO UTERINO.

LA PORCIÓN PRINCIPAL DEL ÚTERO ES EL CUERPO, SE EXTIENDE HACIA ABAJO Y ATRÁS HASTA UNA PORCIÓN ESTRECHADA QUE ES EL ISTMO UTERINO, QUE TIENE UNA AMPLITUD APROXIMADA DE 7 MM, QUE EN EL EMBARAZO ALCANZA A FORMAR LA TERCERA PARTE DEL TAMAÑO DEL ÚTERO, CONTRIBUYE A LA FORMACIÓN DEL SEGMENTO INFERIOR.

EL CUELLO DE FORMA TUBULAR ES MÁS FIJO, SE EXTIENDE HACIA ABAJO DESDE EL ISTMO, ENTRANDO EN LA PORCIÓN SUPERIOR DE LA VAGINA, EL CUELLO ES REDONDO Y FORMA DOS LABIOS ANTERIOR Y POSTERIOR, QUE RODEAN AL ORIFICIO EXTERNO DEL ÚTERO (ORIFICIO DISTAL). EN LA MUJER NULÍPARA EL ORIFICIO ES UNA HENDIDURA CORTA QUE POSTERIOR AL PARTO SE TORNA MÁS ABIERTO E IRREGULAR.

6) GARDNER, W. ANATOMÍA HUMANA P. 414

7) WILLIAMS. OP.CIT. P. 18

LAS PAREDES UTERINAS ESTÁN FORMADAS POR TRES CAPAS:

LA CAVIDAD UTERINA ESTÁ REVESTIDA POR UNA MUCOSA DE CÉLULAS EPITELIALES, EN LA QUE SE PUEDEN ABRIR MUCHAS GLÁNDULAS TUBULARES. ESTA CAPA SE LLAMA ENDOMETRIO QUE SUFRE CAMBIOS POR LA INFLUENCIA HORMONAL PROVENIENTE DE LOS OVARIOS.

EL MIOMETRIO O CAPA MUSCULAR ESTÁ COMPUESTA POR MÚSCULO LISO ENTRELAZADO CON TEJIDO CONECTIVO FIBROSO NO PRESENTA CAPAS DEFINIDAS. LAS FIBRAS MUSCULARES CRECEN Y SE HACEN VOLUMINOSAS DURANTE EL EMBARAZO. LA CAPA SEROSA ES DONDE EL PERITONEO CUBRE EL ÚTERO, DESPUÉS SE DESVÍA HACIA LA VEJIGA Y LOS LIGAMENTOS ANCHOS LLAMÁNDOSE EN EL RESTO DE LA CAPA EXTERNA QUE ES EL TEJIDO CONECTIVO PERIMETRIO. (8)

LIGAMENTOS UTERINOS.

EL ÚTERO ES UN ÓRGANO MÓVIL, SOSTENIDO EN SU POSICIÓN POR PLIEGUES, LIGAMENTOS PERITONEALES Y POR LA PRESIÓN DE LOS ÓRGANOS ADYACENTES. SUS APONEUROSIS CONECTAN CON LAS DEL RECTO Y VEJIGA, EN EL PARTE INFERIOR ESTÁ SOSTENIDO POR LA VAGINA Y EL DIAFRAGMA PÉLVICO.

EL LIGAMENTO ANCHO.- ES UN PLIEGUE DEL PERITONEO QUE SE EXTIENDE A LOS LADOS DEL BORDE EXTERNO DEL ÚTERO HACIA LAS PAREDES LATERALES DE LA PELVIS. EL LIGAMENTO REDONDO SE DIRIGE A TRAVÉS DEL LIGAMENTO ANCHO DESDE LA PARED EXTERNA UTERINA CERCA DE LA INSERCIÓN DE LA TROMPA UTERINA, ESTE LIGAMENTO ATRAVIESA EL CONDUCTO INGUINAL HACIA EL LABIO MAYOR DE LOS ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS EL LIGAMENTO REDONDO SE DIVIDE EN BANDAS FIBROSAS PARA INSERTARSE EN LA TELA SUBCUTÁNEA DEL LABIO. (9)

8. GARDNER. OP.CIT. p.p. 414-415

9. IBIDEM. p. 414

EL LIGAMENTO CARDINAL.- ESTÁ FORMADO POR BANDAS APONEURÓTICAS QUE VAN DESDE EL CUELLO HACIA LA APONEUROSIS DEL DIAFRAGMA PÉLVICO.

LOS LIGAMENTOS UTERORRECTOSACRO PASAN HACIA ATRÁS, HACIA EL SACRO ESTOS PROPORCIONAN FIJACIÓN RELATIVA EN EL ÚTERO ANTEROVERSIÓN, PUEDE ESTAR DOBLADO EL ÚTERO HACIA ADELANTE O ATRÁS VARIANDO POSICIONES COMO ANTEFLEXIÓN O RETROFLEXIÓN.

TROMPAS DE FALOPIO.- SON OVIDUCTOS CON UNA LONGITUD ENTRE 8 Y 14 CM. SE EXTIENDEN DESDE LOS CUERPOS UTERINOS HASTA LOS OVARIOS, SIRVIENDO COMO CONDUCTOS POR LOS QUE LOS ÓVULOS LLEGAN A LA CAVIDAD UTERINA.

ESTÁN RECUBIERTOS POR PERITONEO Y EN SU INTERIOR POR MUCOSA, CADA TROMPA SE DIVIDE EN TRES PORCIONES: INTERSTICIAL, ISTMO, AMPOLLA O INFUNDÍBULO.

LA PORCIÓN INTERSTICIAL ESTÁ INCLUIDA EN LA PARED MUSCULAR DEL ÚTERO CON UNA LUZ DE 0.5 MM. ÉSTA SE DIRIGE HACIA ARRIBA Y HACIA AFUERA EN FORMA OBLÍCUA.

EL ISTMO ES LA PORCIÓN ESTRECHA DE LA TROMPA SE LOCALIZA INMEDIATAMENTE DEL ÚTERO DILATÁNDOSE EN FORMA GRADUAL HASTA ENSANCHARSE Y FORMAR LA AMPOLLA.

EL INFUNDÍBULO O EXTREMIDAD FRANJEADA, ES LA ABERTURA QUE TIENE FORMA DE EMBUDO, ES LA PORCIÓN DISTAL DE LA TROMPA AQUELLA QUE CON LAS TERMINACIONES LLAMADAS FIMBRIAS CUBRE LA SUPERFICIE DEL OVARIO Y LO SUJETA. (10)

EL INTERIOR DE LA TROMPA COMO YA MENCIONAMOS ESTÁ RECUBIERTO POR MUCOSA CON PLIEGUES LONGITUDINALES. LAS CÉLULAS EPI-

TELIALES TIENEN CILIOS QUE PRODUCEN MOVIMIENTOS HACIA EL ÚTERO LAS CAPAS MUSCULARES INTERNA Y EXTERNA AYUDAN AL MOVIMIENTO DE LA TROMPA PRODUCIENDO MOVIMIENTOS PERISTÁLTICOS. LA CAPA SEROSA EXTERNA ES EL PERITONEO DEL LIGAMENTO ANCHO QUE SE EXTIENDE SOBRE LAS FIMBRIAS Y SE CONTINÚA CON LA MUCOSA TUBÁRICA.

OVARIOS.- SON LOS ÓRGANOS PARES QUE TIENEN ENTRE 2,5-5 CM. DE LONGITUD, 1,5-3 CM. DE ANCHO PESANDO APROXIMADAMENTE 4-8 GR., ESTÁN UNIDOS POR EL LIGAMENTO ANCHO, SE ENCUENTRAN UBICADOS EN LA FOSILLA OVÁRICA LOCALIZADA EN LA PELVIS MENOR CERCA DE CUALQUIER PARED LATERAL, ESTÁ RELACIONADO ÍNTIMAMENTE CON EL URÉTER Y LA ARTERIA ILÍACA INTERNA.(11)

EL OVARIO COMO SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE ESTÁ FIJADO AL LIGAMENTO ANCHO DEL ÚTERO POR MEDIO DEL MESOOVARIO, QUE LLEVA VASOS SANGUÍNEOS PARA EL ÓRGANO SIENDO ÉSTE UN MESENTERIO CORTO.

EL LIGAMENTO UTEROOVÁRICO ES UN CORDÓN REDONDO QUE CRUZA EL LIGAMENTO ANCHO PARA RELACIONAR EL POLO DEL OVARIO AL ÚTERO.

EL LIGAMENTO SUSPENSORIO POCO DEFINIDO VA DESDE EL OVARIO SOBRE LOS VASOS ILÍACOS.

EL OVARIO ES RELATIVAMENTE MÓVIL, PUEDE SER MOVIDO POR MOVIMIENTO DEL ÚTERO Y ÓRGANOS CONTIGUOS Y BIEN DURANTE LA EXPLORACIÓN FÍSICA.

EL OVARIO SE LOCALIZA EN LA CAVIDAD ABDOMINAL PERO NO ESTÉ CUBIERTO POR PERITONEO CUENTA CON UNA CUBIERTA SUPERFICIAL LLAMADA EPITELIO GERMINATIVO, ESTA CAPA SE CONTINÚA A LO LARGO DEL MESOOVARIO.

11) IBIDEM. P. 30

EL ÓRGANO SE DIVIDE EN DOS PORCIONES: LA CORTEZA Y LA MÉDULA.

LA CORTEZA SE ENCUENTRA POR DEBAJO DEL EPITELIO GERMINATIVO CONTIENDO LOS ÓVULOS EN DESARROLLO,

LA MÉDULA, CONTIENE TEJIDO FIBROSO, VASOS SANGUÍNEOS Y NERVIOS, SE FUSIONAN CON EL MESOOVARIO.

FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

LA MUJER AL NACER CONTIENE EN CADA OVARIO ENTRE 40,000 Y 400,000 ÓVULOS QUE SON AQUELLOS QUE SE TRANSFORMARÁN EN EL TRANCURSO DE LA VIDA Y QUE EMPLEARÁ DURANTE LA EDAD FÉRTIL, (12)

LOS ÓVULOS INMADUROS ESTÁN CONTENIDOS EN CAVIDADES CELULARES LLAMADOS FOLÍCULOS PRIMORDIALES QUE FORMAN UNA CAPA EN LA CORTEZA DEBAJO DEL EPITELIO GERMINATIVO. GRAN PARTE DE LOS ÓVULOS NO PASAN ESTA ETAPA SUFRIENDO ATROFIA (ATRESIA), OTROS FOLÍCULOS SÍ TIENEN DESARROLLO, CON INTERVALOS DE 28 DÍAS SÓLO UN ÓVULO Y UN FOLÍCULO LLEGAN A LA MADUREZ COMPLETA EN FORMA SIMULTÁNEA, GENERALMENTE LOS OVARIOS SE ALTERNAN, UNA VEZ ESTABLECIDO EL CICLO POSTERIOR A LA PUBERTAD.

EL FOLÍCULO QUE TIENE EL ÓVULO EN PROCESO DE MADURACIÓN CRECE Y DESARROLLA CAPAS ESPECIALIZADAS DE CÉLULAS FOLICULARES, LAS QUE SECRETAN UN LÍQUIDO FOLICULÍNICO CLARO, AL CRECER EL FOLÍCULO Y EL ÓVULO, QUE BAÑA A ÉSTE Y CONTIENE UNA DE LAS HORMONAS OVÁRICAS. EL FOLÍCULO MADURO O FOLÍCULO DE GRAAF, OCUPA UN ESPACIO CONSIDERABLE EN EL OVARIO, AUNADO A ESTO LA PRESIÓN QUE EJERCE EL LÍQUIDO, AL AUMENTAR LA MASA HACEN UNA PROMINENCIA EN EL TEJIDO GERMINATIVO. CUANDO ESTÁ

12) GARDNER, Op.cit, p.412

DESARROLLÁNDOSE EL ÓVULO, SE DIVIDE EN CUATRO CÉLULAS, REDUCIÉNDOSE EL NÚMERO DE CROMOSOMAS A LA MITAD, SÓLO UNA DE LAS CUATRO CÉLULAS SIGUE DESARROLLÁNDOSE, EL ÓVULO, ES UNA CÉLULA REDONDA, VOLUMINOSA CON EL NÚCLEO PÁLIDO, ESCASA CROMATINA Y UN NUCLEOLO; UNA MEMBRANA GRUESA LLAMADA ZONA PELÚCIDA RODEA AL ÓVULO, QUE A SU VEZ ESTÁ ENVUELTO POR CÉLULAS FOLICULARES Y FORMAN LA CORONA RADIANTE. ESTA MASA CELULAR QUE CONTIENE AL ÓVULO NACE EN UNA PROMINENCIA DE CÉLULAS FOLICULARES EN UN LADO DEL FOLÍCULO DISTENDIDO. LA OVULACIÓN OCURRE CUANDO EL FOLÍCULO SE ROMPE Y LIBERA EL ÓVULO HACIA LA CAVIDAD ABDOMINAL ACOMPAÑADO POR EL LÍQUIDO FOLICULÍNICO QUE SALE A PRESIÓN.

POSTERIOR A LA LIBERACIÓN DEL ÓVULO, EL FOLÍCULO SE COLAPSA Y POR TRANSFORMACIÓN CELULAR PASA A SER EL CUERPO AMARILLO. LAS CÉLULAS DE REVESTIMIENTO SECRETAN OTRA HORMONA OVÁRICA QUE ES IMPORTANTE EN LA PREPARACIÓN DEL ÚTERO PARA RECIBIR EL ÓVULO FECUNDADO.

AUNQUE EN LA OVULACIÓN EL ÓVULO ES EXPULSADO HACIA LA CAVIDAD ABDOMINAL, LAS FIMBRIAS LO GUÍAN HACIA LA TROMPA UTERINA. EL ÓVULO ES PROPULSADO HACIA EL ÚTERO POR LOS CILIOS Y EL PERISTALTISMO DE LA TROMPA Y ES BAÑADO EN SECRECIONES DEL EPITELIO, DE LAS CUALES SE NUTRE.

LA FECUNDACIÓN SUELE OCURRIR EN LA PORCIÓN AMPULAR DE LA TROMPA, LOS ESPERMATOZOIDES DEPOSITADOS EN LA VAGINA SE TRASLADAN HACIA LA PORCIÓN MENCIONADA PERO LA MAYORÍA NO LOGRA LLEGAR, SÓLO SE NECESITA UN ESPERMATOZOIDE PARA LOGRAR LA FECUNDACIÓN.

ESTOS ESPERMATOZOIDES PRODUCEN UNA ENZIMA QUE DISUELVE LA CUBIERTA EXTERNA DEL ÓVULO. LA CABEZA DEL ESPERMATOZOIDE CON EL NÚCLEO QUE CONTIENE EL COMPONENTE CROMOSÓMICO, ES LA PORCIÓN QUE PENETRA AL ÓVULO. LA FECUNDACIÓN SE EFECTÚA POR LA UNIÓN DEL NÚCLEO DEL ESPERMATOZOIDE CON EL DEL ÓVULO, UNA

DESARROLLÁNDOSE EL ÓVULO, SE DIVIDE EN CUATRO CÉLULAS, REDUCIÉNDOSE EL NÚMERO DE CROMOSOMAS A LA MITAD, SÓLO UNA DE LAS CUATRO CÉLULAS SIGUE DESARROLLÁNDOSE, EL ÓVULO, ES UNA CÉLULA REDONDA, VOLUMINOSA CON EL NÚCLEO PÁLIDO, ESCASA CROMATINA Y UN NUCLEOLO; UNA MEMBRANA GRUESA LLAMADA ZONA PELÚCIDA RODEA AL ÓVULO, QUE A SU VEZ ESTÁ ENVUELTO POR CÉLULAS FOLICULARES Y FORMAN LA CORONA RADIANTE. ÉSTA MASA CELULAR QUE CONTIENE AL ÓVULO NACE EN UNA PROMINENCIA DE CÉLULAS FOLICULARES EN UN LADO DEL FOLÍCULO DISTENDIDO. LA OVULACIÓN OCURRE CUANDO EL FOLÍCULO SE ROMPE Y LIBERA EL ÓVULO HACIA LA CAVIDAD ABDOMINAL ACOMPAÑADO POR EL LÍQUIDO FOLICULÍNICO QUE SALE A PRESIÓN.

POSTERIOR A LA LIBERACIÓN DEL ÓVULO, EL FOLÍCULO SE COLAPSA Y POR TRANSFORMACIÓN CELULAR PASA A SER EL CUERPO AMARILLO. LAS CÉLULAS DE REVESTIMIENTO SECRETAN OTRA HORMONA OVÁRICA QUE ES IMPORTANTE EN LA PREPARACIÓN DEL ÚTERO PARA RECIBIR EL ÓVULO FECUNDADO.

AUNQUE EN LA OVULACIÓN EL ÓVULO ES EXPULSADO HACIA LA CAVIDAD ABDOMINAL, LAS FIMBRIAS LO GUÍAN HACIA LA TROMPA UTERINA. EL ÓVULO ES PROPULSADO HACIA EL ÚTERO POR LOS CILIOS Y EL PERISTALTISMO DE LA TROMPA Y ES BAÑADO EN SECRECIONES DEL EPITELIO, DE LAS CUALES SE NUTRE.

LA FECUNDACIÓN SUELE OCURRIR EN LA PORCIÓN AMPULAR DE LA TROMPA, LOS ESPERMATOZOIDES DEPOSITADOS EN LA VAGINA SE TRASLADAN HACIA LA PORCIÓN MENCIONADA PERO LA MAYORÍA NO LOGRA LLEGAR, SÓLO SE NECESITA UN ESPERMATOZOIDE PARA LOGRAR LA FECUNDACIÓN.

ESTOS ESPERMATOZOIDES PRODUCEN UNA ENZIMA QUE DISUELVE LA CUBIERTA EXTERNA DEL ÓVULO. LA CABEZA DEL ESPERMATOZOIDE CON EL NÚCLEO QUE CONTIENE EL COMPONENTE CROMOSÓMICO, ES LA PORCIÓN QUE PENETRA AL ÓVULO. LA FECUNDACIÓN SE EFECTÚA POR LA UNIÓN DEL NÚCLEO DEL ESPERMATOZOIDE CON EL DEL ÓVULO, UNA

VEZ QUE ÉSTE IMPIDE LA ENTRADA DE OTRO ESPERMATOZOIDE.

EL ÓVULO FECUNDADO SIGUE SU DESARROLLO PARA LA FORMACIÓN DE UN INDIVIDUO EN EL TRAYECTO QUE RECORRE EN LA TROMPA Y POSTERIORMENTE YA QUE SE IMPLANTA EN LA CAVIDAD UTERINA.

POR OTRO LADO EL ÚTERO TAMBIÉN SUFRE CAMBIOS PERIÓDICOS. EL ENDOMETRIO SUFRE CAMBIOS EN SU ESTRUCTURA CADA 28 DÍAS APROXIMADAMENTE, PREPARÁNDOSE PARA RECIBIR EL ÓVULO FECUNDADO. AL NO LLEVARSE A CABO LA IMPLANTACIÓN DEL HUEVO, EL ENDOMETRIO ES ELIMINADO POR MEDIO DE LA MENSTRUACIÓN, QUE ES UN PROCESO HEMORRÁGICO LLAMADO TAMBIÉN CICLO MENSTRUAL QUE SE ORIGINA A CONSECUENCIA DE LA VARIACIÓN EN LA CANTIDAD DE HORMONAS EN SANGRE CIRCULANTE SECRETADAS POR EL FOLÍCULO Y EL CUERPO AMARILLO.

EL ENDOMETRIO PASA POR CUATRO FASES RELACIONADAS CON LOS CAMBIOS QUE OCURREN EN EL OVARIO QUE OVULÓ. EL CICLO MENSTRUAL SE INICIA AL CULMINAR EL PERIODO MENSTRUAL ANTERIOR.

DURANTE LA FASE FOLICULÍNICA EL ENDOMETRIO SE REGENERA, ES REPARADO EL EPITELIO POR EL CRECIMIENTO CELULAR Y LAS GLÁNDULAS TUBULARES QUE SE HABÍAN PERDIDO SUS PARTES SUPERFICIALES. BAJO LA INFLUENCIA DE LA HORMONA ESTROGÉNICA DE LOS FOLÍCULOS OVÁRICOS, LAS GLÁNDULAS EMPIEZAN A ENSANCHARSE ADOPTANDO UN ASPECTO ONDEADO AL FORMARSE LAS SECRECIONES. LA OVULACIÓN OCURRE ENTRE EL DÉCIMO Y DECIMOSEXTO DÍA DEL CICLO, POSTERIORMENTE EL ENDOMETRIO ENTRA EN LA FASE PROGESTACIONAL. EN ESTE PERÍODO LAS ARTERIAS DEL ENDOMETRIO FORMAN ESPIRALES, LAS GLÁNDULAS SE LLENAN DE SECRECIONES Y LOS TEJIDOS ENDOMETRIALES SE ANEGAN EN LÍQUIDO INTERSTICIAL. ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA SECRETADOS POR EL CUERPO AMARILLO PREPARAN AL ENDOMETRIO PARA RECIBIR Y NUTRIR EL ÓVULO FECUNDADO. SI NO SE REALIZA LA FECUNDACIÓN, EL ENDOMETRIO PASA A UNA ETAPA ISQUÉMICA EN LA CUAL LOS VASOS SE CONSTRIÑEN Y EL ENDOMETRIO SE

ENCOGE. LA FASE MENSTRUAL OCURRE CON LA HEMORRAGIA QUE SE ORIGINA CON EL DESPRENDIMIENTO DE LOS VASOS SANGUÍNEOS DEL EPITELIO SUPERFICIAL CON PARTES DE LAS GLÁNDULAS. EL FLUJO MENSTRUAL ESCURRE DEL ÚTERO DURANTE VARIOS DÍAS EN FORMA SANGUINOLENTA, INICIÁNDOSE UN NUEVO CICLO. (13)

1.2 MIOMATOSIS UTERINA

CONCEPTO.

ES UN TUMOR BENIGNO DESARROLLADO A EXPENSAS DE FIBRAS MUSCULARES LISAS QUE CONTIENE ADEMÁS TEJIDO CONJUNTIVO EN CANTIDAD VARIABLE, COMO ELEMENTO DE SOSTÉN.

FRECUENCIA.

ES EL TUMOR MÁS FRECUENTE EN EL TRACTO GENITAL, CON LA POSIBILIDAD DE QUE SEA EL TUMOR MÁS FRECUENTE EN LA ESPECIE HUMANA. ES DIFÍCIL ESTABLECER LA INCIDENCIA EXACTA DEL LEIOMIOMA YA QUE COMO SE DESCRIBIRÁ POSTERIORMENTE LA MAYORÍA SON ASINTOMÁTICOS. POR LO QUE VARÍAN LOS DATOS ESTABLECIDOS POR DIFERENTES AUTORES. DE LOS DATOS QUE SE HAN RECOPIADO EN AUTOPSIAS SE LOGRA ESTABLECER QUE EL 15-20% DE LAS MUJERES TIENEN ALGUNA FORMA DE LEIOMIOMA, CLÍNICAMENTE SE HA APROXIMADO A UN 2.5%. LA FRECUENCIA DEL MIOMA VARÍA EN FUNCIÓN DE LA EDAD; ES MUY RARO ANTES DE LA PUBERTAD Y LOS 20 AÑOS, EN CAMBIO EL 90% DE LOS CASOS SE DIAGNOSTICAN ENTRE LOS 35 Y 54 AÑOS. AUNQUE PUEDEN EXISTIR MIOMAS MUY PEQUEÑOS EN MUJERES MÁS JÓVENES. (14)

EL LEIOMIOMA APARECE CON MAYOR FRECUENCIA EN MUJERES NULLÍPARAS O INFÉRTILES, NO CONOCIÉNDOSE AÚN QUÉ ES LO QUE SE PRESENTA PRIMERO, SI EL TUMOR O LA INFERTILIDAD.

TAMBIÉN SE LE DA EL NOMBRE ERRÓNEO DE FIBROMIOMA, NEOPLASIAS, ESCLEROMAS O FIBROIDES, SIENDO EL CORRECTO EL DE LEIOMIOMA, YA QUE ESTÁ CONSTITUIDO DE FIBRAS MUSCULARES LISAS Y UNA PROPORCIÓN DE TEJIDOS CONJUNTIVO CON HACES DE COLÁGENO QUE LE DA UNA CONSISTENCIA CARNOSA.

ES TRES VECES MAYOR LA FRECUENCIA ENTRE LOS TUMORES UTERINOS SIENDO MAYOR PROPORCIÓN EN MUJERES DE RAZA NEGRA QUE BLANCA

EN E.U. AUNQUE EN LAS MUJERES NEGRAS DE AFRICA ES MUY RARO. (15)

ETIOLOGÍA.

NADA DEFINIDO SE SABE ACERCA DE LA ETIOLOGÍA DE LOS MIOMAS UTERINOS, AUNQUE SE HA COMPROBADO QUE HISTOLÓGICAMENTE PROCEDEN DEL TEJIDO MUSCULAR, SE HA ACEPTADO POR VARIOS AUTORES QUE NO SE ORIGINAN DE ELEMENTOS MUSCULARES MADUROS SINO DE CÉLULAS INMADURAS.

LOS DATOS ACERCA DEL PAPEL DE LAS HORMONAS OVÁRICAS EN LA PRODUCCIÓN DEL MIOMA DISTAN DE SER CONVINCENTES YA QUE EN ALGUNAS MUJERES SE PRESENTA Y EN OTRAS NO, SIENDO QUE EN TODAS SE LLEVA A CABO LA PRODUCCIÓN DE ESTRÓGENO. TAMBIÉN OCURRE QUE EN MUJERES CON MIOMAS OVULAN PRODUCIENDO PROGESTERONA CONSIDERANDO A ÉSTA ANTIESTROGÉNICA O ANTITUMORÍGENA. (16)

"SE DISCUTE LA IMPORTANCIA DE FACTORES RACIALES, CONSTITUCIONALES Y HEREDITARIOS EN LA GÉNESIS DEL LEIOMIOMA". (17)

EN CUANTO A LAS DIFERENTES TEORÍAS QUE SE HAN DADO DEL ORIGEN DE LOS MIOMAS EXISTEN LAS SIGUIENTES:

- A) ESTIMULACIÓN ESTROGÉNICA DE LOS ELEMENTOS FIBROMUSCULARES YA QUE SE HA OBSERVADO QUE LOS MIOMAS AUMENTAN DE TAMAÑO CON DOSIS ELEVADAS DE ESTRÓGENOS.
- B) HIPÓTESIS DE LA H.G.H. (HORMONA DE CRECIMIENTO) SE ENCUENTRA RELACIONADA CON EL DESARROLLO DE LOS MIOMAS PERO HA SIDO DESCARTADA POR ESTUDIOS RADIOINMUNOANÁLISIS DE DICHA HORMONA EN PACIENTES EMBARAZADAS Y CON TRATAMIENTO DE ESTRÓGENOS.

15) NOVAK, EDMUND, R. TRATADO DE GINECOLOGÍA P.P. 352

16) IBIDEM P.P. 352-353

17) GONZALEZ, M.O.P. CIT. P. 388

EN CUANTO A SU LOCALIZACIÓN SE PRESENTAN GENERALMENTE EN EL CUERPO UTERINO, EN EL LIGAMENTO REDONDO, EN EL CUELLO, ETC. GENERALMENTE SON ASINTOMÁTICOS, PUEDEN CAUSAR SÍNTOMAS GRAVES QUE INDIQUE CIRUGÍA COMO: HEMORRAGIAS CONSIDERABLES, PROBLEMAS DE COMPRESIÓN DE ÓRGANOS CERCANOS, ETC.

EXISTE UNA CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES POR SU LOCALIZACIÓN:

PUEDE SER DE TRES TIPOS: MIOMAS SUBMUCOSOS, INTRAMURALES O INTERSTICIALES Y SUBSEROSOS O SUBPERITONEALES.

- MIOMAS SUBMUCOSOS: SE LOCALIZAN POR ABAJO DEL ENDOMETRIO Y TIENDEN A COMPRIMIRLO A MEDIDA QUE SE DESARROLLAN HACIA LA LUZ UTERINA, EN ESTE CASO PUEDEN DESARROLLAR UN PEDÍCULO EL CUAL PROTUYE HACIA EL CUELLO UTERINO UNIDO AL CUERPO DEL MISMO, EN ESTA SITUACIÓN ESTÁN EXPUESTOS A TORCIÓN O INFECCIÓN, TOMANDO EN CUENTA ESTO PARA DETERMINAR EL TRATAMIENTO. (18)
- LOS MIOMAS INTRAMURALES O INTERSTICIALES: SON AQUELLOS QUE SE ENCUENTRAN SITUADOS EN LA PARED MUSCULAR, NO MUY CERCA DE LA MUCOSA O DE LA SEROSA, SON DE GRAN TAMAÑO, COMPRIMEN EL ÚTERO Y POSEEN CONTORNO Y CONSISTENCIA NODULAR NOTABLE. (19)
- LOS MIOMAS SUBSEROSOS O SUBPERITONEALES: SE ENCUENTRAN EN LA SUPERFICIE SEROSA DEL ÚTERO O APARECEN HACIA EL EXTERIOR DEL MIOMETRIO. ÉSTOS TUMORES EXTERNOS SUELEN SER PEDUNCULADOS Y EN OCASIONES ADQUIERE CIRCULACIÓN SANGÜÍNEA EXTRAUTERINA A PARTIR DE LOS VASOS DEL EPIPLÓN, EL

18) BENSON, Op. CIT., P.P. 244

19) NOVAK, Op. CIT., P. 353

PEDÍCULO PUEDE ATROFIARSE Y REABSORBERSE VOLVIÉNDOSE UN TUMOR PARÁSITO. LOS TUMORES QUE SE LOCALIZAN LATERALMENTE SUELEN EXTENDERSE ENTRE LAS DOS CAPAS, PERITONEALES DEL LIGAMENTO VOLVIÉNDOSE INTRALIGAMENTOSO. (20)

ASPECTO MACROSCOPICO DEL MIOMA UTERINO

PUEDE APARECER COMO TUMOR ÚNICO O BIEN EXISTEN VARIOS NÓDULOS. EL TAMAÑO ES MUY VARIABLE; PUEDEN SER PEQUEÑOS O ALCANZAR GRANDES DIMENSIONES, OCUPANDO CASI TODO EL ABDOMEN; SE HAN REPORTADO TUMORES CON UN PESO DE 45 KG. Y OTROS QUE REQUIEREN ESTUDIOS MICROSCÓPICOS PARA SU DIAGNÓSTICO. (21)

TIENEN FORMA REDONDA O ESFÉRICA Y DE CONSISTENCIA DURA, PUEDEN SUFRIR PROCESOS DEGENERATIVOS QUE POSTERIORMENTE SE DESCRIBIRÁN. EL MIOMA SE LOCALIZA SEPARADO POR UNA DELGADA CAPA DE TEJIDO AREOLAR QUE SE FORMA POR LA COMPRESIÓN SOBRE EL TEJIDO NORMAL, NO LLEGA A SER UNA CÁPSULA (SEUDOCÁPSULA).

AL SECCIONAR MUESTRA UN ASPECTO CARACTERÍSTICO, UNA COLO-RACIÓN ENTRE BLANCO, ROSADO Y GRIS.

LA VASCULARIZACIÓN DEL LEIOMIOMA SE LLEVA A CABO POR LA EXPANSIÓN DE LAS ARTERIAS VECINAS DEL MIOMETRIO, SIENDO POR LO GENERAL POBRE, OCACIONANDO LA DEGENERACIÓN TISULAR. CON FRECUENCIA ESTOS TUMORES ORIGINAN COMPRESIÓN Y DILATACIÓN VENOSA CERCANA ORIGINANDO HEMORRAGIAS UTERINAS.

ASPECTO MICROSCOPICO

EL LEIOMIOMA ESTÁ COMPUESTO POR FIBRAS MUSCULARES LISAS

20) BENSON, OP. CIT. P.P. 245

21) IBIDEM, P. 244

QUE SE AGRUPAN Y FORMAN HACES EN DIFERENTES DIRECCIONES Y FORMAN REMOLINOS. JUNTO CON LAS FIBRAS LISAS EXISTE TEJIDO CONJUNTIVO (FIBROBLASTOS Y FIBRAS COLÁGENAS) MENCIONADO ANTERIORMENTE. VARÍA LA PROPORCIÓN ENTRE ESTE TEJIDO, SIENDO EN OCA-SIONES PROBLEMA PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON EL SARCOMA UTERINO, LOGRÁNDOSE POR MEDIO DE TINCIONES ESPECIALES.

DEGENERACIÓN BENIGNA.

- A) ATRÓFICA. LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS SE REVIERTEN O DESAPARECEN A MEDIDA QUE EL TAMAÑO DEL TUMOR DISMINUYE EN LA MENOPAUSIA O DESPUÉS DEL EMBARAZO.
- B) HIALINA. LOS MIOMAS MADUROS O ANTIGUOS SON DE COLOR BLANCO, PERO CONTIENEN ZONAS A MENUDO SUAVES Y GELATINOSAS DE COLOR AMARILLENTO DE CAMBIO HIALINO.
- C) QUÍSTICA. LAS ZONAS HIALINIZADAS TIENDEN A ACUMULAR LÍQUIDOS, POR ELLO NO SÓLO SON MÁS BLANDAS, EN EL CASO DE QUE AUMENTE ESTE FENÓMENO PUEDEN APARECER ZONAS LLENAS DE LÍQUIDO. EN CASO DE QUE AUMENTE EXAGERADAMENTE POR LA PRESIÓN PUEDE LLEGAR A EXPULSARSE EL LÍQUIDO EN EL INTERIOR DEL ÚTERO.
- D) CALCIFICACIÓN. APARECEN AL EXISTIR OBSTRUCCIONES CIRCULATORIAS, LO QUE PROVOCA PRECIPITACIÓN DE CARBONATO DE CALCIO Y DEL FOSFATO EN EL INTERIOR DEL TUMOR, ES MÁS FRECUENTE QUE OCURRA EN LOS MIOMAS SUBSEROSOS PEDICULADOS Y DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA. LA TORSIÓN DE ÉSTOS PROVOCA DOLOR. HISTOLÓGICAMENTE APARECEN ZONAS TEÑIDAS POR LA HEMATOXILINA. ES FÁCIL SU APRECIACIÓN POR MEDIO DE RAYOS X, OBSERVANDO DEPÓSITOS DE CALCIO.

- E) SÉPTICA. LA INSUFICIENCIA CIRCULATORIA PUEDE PROVOCAR NECROSIS DE LA PORCIÓN CENTRAL DEL TUMOR, SEGUIDA POR INFECCIÓN APARECIENDO POSTERIORMENTE DOLOR AGUDO Y FIEBRE.
- F) CARNOSO (ROJO). LA CONGESTIÓN VENOSA, TROMBOSIS Y LA HEMORRAGIA INTERSTICIAL SON LAS QUE PRODUCEN EL COLOR DE UN MIOMA QUE SUFRE "DEGENERACIÓN ROJA", ESTA FORMA DE NECROSIS ES MÁS FRECUENTE EN LA MUJER EMBARAZADA.
- G) MIXOMATOSO. DEGENERACIÓN GRASA DEL MIOMA. ASINTOMÁTICO Y MUY POCO FRECUENTE, QUE SIGUE A LA DEGENERACIÓN HIALINA Y QUÍSTICA.

TRANSFORMACIÓN MALIGNA.

ES UNA TRANSFORMACIÓN GENERATIVA, EN OPOSICIÓN AL FENÓMENO DEGENERATIVO. EL LEIOMIOSARCOMA SE DESARROLLA A PARTIR DE UN MIOMA CON FRECUENCIA REAL DE CAMBIOS MALIGNOS DADO QUE LA MAYOR PARTE DE LOS MIOMAS COMO SE HA VENIDO MENCIONANDO SON ASINTOMÁTICOS POR LO QUE NO SON OBJETO DE ESTUDIO.

"UN MAYOR NÚMERO DE PACIENTES CON LEIOMIOMAS SON ASINTOMÁTICOS, EL 30% APROXIMADAMENTE. CUANDO LLEGAN A PRESENTAR MANIFESTACIONES, LAS MÁS FRECUENTES SON: TRASTORNOS MENSTRUALES, SÍNTOMAS DE COMPRESIÓN, DOLOR Y LEUCORREA", ÉSTOS DEPENDEN DE LA LOCALIZACIÓN DEL MIOMA, TAMAÑO, ESTADO DE PRESERVACIÓN, SI EXISTE O NO EMBARAZO, (22)

TRASTORNOS MENSTRUALES

EN FORMA GENERAL PODEMOS AFIRMAR QUE CUANTO MÁS PRÓXIMO ES

TÁ EL TUMOR A LA CAVIDAD ENDOMETRIAL, ES MÁS FRECUENTE QUE PRESENTE SANGRADO, CON SUS EXCEPCIONES.

LA ALTERACIÓN MÁS FRECUENTE EN LA MENSTRUACIÓN ES LA MENORRAGIA O HIPERMENORREA. LA DURACIÓN DE LA REGLA PUEDE ESTAR AUMENTADA O SER NORMAL Y LA INTENSIDAD O CUANTÍA DE LA PÉRDIDA PUEDE SER MÁS INTENSA O MENOS.

PUEDEN PRESENTAR PERO CON MENOR FRECUENCIA METRORRAGIAS, ES DECIR, PÉRDIDAS DE SANGRE CONTÍNUAS, SIN CONSERVAR EL CICLO. ÉSTO ES MÁS FRECUENTE EN LOS LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS. EN EL CASO DE QUE LA PÉRDIDA DE SANGRE SEA CONTÍNUA DEBE PRACTICARSE UN LEGRADO BIOPSIA PARA DESCARTAR OTRA LESIÓN ENDOMETRIAL.

LOS MECANISMOS QUE OCASIONAN LA ALTERACIÓN DE LA REGLA PUEDEN SER:

- 1) ALTERACIÓN VASCULAR, VASODILATACIÓN, ÉXTASIS POR ACCIÓN MECÁNICA DEL TUMOR.
- 2) AUMENTO Y DEFORMIDAD DE LA CAVIDAD UTERINA, QUE INCREMENTA LA SUPERFICIE SANGRANTE.
- 3) HIPERPLASIA GLANDULAR DEL ENDOMETRIO.
- 4) ALTERACIÓN O INTERFERENCIA CON LA CONTRACTILIDAD HEMOSTÁTICA DEL ÚTERO.

EL SANGRADO ANORMAL DE LOS MIOMAS PUEDEN OCASIONAR ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO, QUE PUEDEN SER INCONTROLABLES CON EL

MEDICAMENTO, CUANDO ES EL SANGRADO INTENSO Y PROLONGADO, (23)

SINTOMAS DE COMPRESION

SU APARICIÓN VA A DEPENDER DEL VOLUMEN Y LOCALIZACIÓN DEL TUMOR.

CUANDO EL MIOMA ALCANZA EL TAMAÑO SIMILAR A UN ÚTERO GESTANTE DE 14-15 SEMANAS, LA MUJER NOTA AUMENTO DE VOLUMEN DEL ABDOMEN, PUDIENDO SER ESTE EL PRIMER SÍNTOMA QUE LA IMPULSE A CONSULTAR AL MÉDICO. EN OCASIONES SE ACOMPAÑA DE SENSACIÓN DE PESADEZ O HUNDIMIENTO.

LOS TUMORES QUE SE ENCUENTREN EN LA PARED ANTERIOR DEL ÚTERO PUEDEN PRODUCIR SÍNTOMAS URINARIOS YA QUE EXISTE PRESIÓN SOBRE LA VEJIGA, ENTRE ESTOS PODEMOS ENCONTRAR: POLAQUIURIA DI SURIA, TENESMO, ETC., RARA VEZ PRODUCEN RETENCIÓN URINARIA AGU DA, HIDROURÉTER O HIDRONEFROSIS POR LA MISMA COMPRESIÓN.

POR LA PARTE POSTERIOR EJERCE PRESIÓN SOBRE EL INTESTINO PRINCIPALMENTE SOBRE EL RECTO OCASIONANDO ESTREÑIMIENTO, O AL GUNA DIFICULTAD EN LA EVACUACIÓN.

LA COMPRESIÓN SOBRE VENAS DE LA PELVIS O LINFÁTICOS PUEDE PRODUCIR EDEMA O VÁRICES EN LOS MIEMBROS INFERIORES.

PUEDE TAMBIÉN PRODUCIR COMPRESIÓN SOBRE LOS PLEXOS NERVIO SOS SACROS O DEL NERVIO OBTURADOR, ORIGINANDO FUERTES DOLORES QUE IRRADIAN A LA ESPALDA, SIENDO ESTOS COMUNES, SÓLO EN OCA SIONES SE PLANEA QUE EL MIOMA SEA EL CAUSANTE.

DOLOR. EL DOLOR SE PRESENTA MÁS FRECUENTEMENTE CUANDO

EXISTE ALGUNA COMPLICACIÓN, COMO PUEDE SER:

1. LA TORCIÓN DEL MIOMA PEDICULADO SUBSEROSO.
2. EXPULSIÓN DESDE EL ÚTERO A LA VAGINA (PARTO DE LEIOMIOMA)
3. FENÓMENO DEGENERATIVO.
4. COMPRESIÓN DE LOS NERVIOS YA MENCIONADOS
5. LESIONES ASOCIADAS.

LEUCORREA.

AUNQUE ES UN SÍNTOMA POCO ESPECÍFICO, EN LOS LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS PUEDE SER ABUNDANTE, TEÑIDA CON PEQUEÑAS MUESTRAS DE SANGRE Y PLANTEAR DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS CON LOS TUMORES MALIGNOS. (24)

UN MIOMA INSERTADO EN EL FONDO POSTERIOR SUELE OCASIONAR RETROFLEXIÓN EXTREMA DEL ÚTERO, CON TORSIÓN EN LA BASE DE LA VEJIGA CAUSANDO RETENCIÓN URINARIA, PRESENTÁNDOSE COMO INCONTINENCIA INTERMITENTE DE FLUJO EXAGERADO, OCASIONADO POR ALARGAMIENTO DE LA URETRA CON PÉRDIDA DE CONTROL ESFINTERIANO, ALVIÁNDOSE CON LA RESTITUCIÓN DEL ÚTERO.

ESTERILIDAD.

EL NO CONCEBIR PUEDE SER UN SÍNTOMA PRINCIPAL, PRESENTÁNDOSE COMO UN CASO REAL DE ESTERILIDAD, NO SE HA ESTABLECIDO SI ESTO ES SECUNDARIO A UN TRASTORNO EN EL TRANSPORTE DE LOS ESPERMATOZOIDES, A LA CONSTITUCIÓN DEL ÓVULO O BIEN A UNA IMPLANTACIÓN ALTERADA.

DIAGNÓSTICO.

LOS MIOMAS SE DETECTAN POR LA PALPACIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO O SIMPLEMENTE CON LA PALPACIÓN DEL ABDOMEN INFERIOR.

SE PUEDEN DETECTAR BORDES UTERINOS IRREGULARES POR UNA O MÁS MASAS FIRMES ESFÉRICAS, LISAS, NO ES CERTERO YA QUE EN MUCHAS OCASIONES NO SE PUEDE ESTABLECER QUE LAS MASAS SEAN PARTE DEL ÚTERO.

SE PUEDE INSERTAR UNA SONDA UTERINA PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO PERO PREVIAMENTE SE DEBE DESCARTAR UN EMBARAZO COMO LA CAUSA DE UN AUMENTO DEL TAMAÑO DEL ÚTERO.

EXÁMENES DE LABORATORIO.

SE DEBEN SOLICITAR EXÁMENES DE RUTINA: BH, E. G. O., Q. S., VALORACIÓN DE GONADOTROPINAS CORIÓNICAS, ETC.

POR LA SINTOMATOLOGÍA SE SOLICITAN ESPECÍFICOS COMO PUEDEN SER: Rx, USG., HISTEROSALPINGOGRAFÍA, ETC.

PUEDEN PRESENTAR ANEMIA RESULTANTE AL SANGRADO EXCESIVO Y DISMINUCIÓN DE RESERVAS DE HIERRO.

ALGUNAS PACIENTES SUELEN PRESENTAR ERITROCITOSIS, SE IGNORA LA CAUSA, OBSERVÁNDOSE QUE EL HEMATOCRITO VUELVE A LA NORMALIDAD AL EXTRAER EL ÚTERO.

LOS ERITROCITOS COMO OTROS TIPOS DE POLICITEMIA PUEDEN CAUSAR SANGRADOS EXCESIVOS DURANTE LA CIRUGÍA.

EXÁMENES DE GABINETE.

Rx. LOS TUMORES GRANDES O LOS TUMORES CALCIFICADOS APARECEN COMO MASAS DE TEJIDO BLANDO EN LAS PLACAS SIMPLAS DE LA PELVIS Y ABDOMEN.

USG. AYUDA A DISTINGUIR LA MASA PÉLVICA EN LA PACIENTE, PERO SIN ESTABLECER DIFERENCIA EXACTA ENTRE LAS MASAS UTERINAS Y OVÁRICAS.

HISTEROMETRÍA. NOS AYUDA A CONOCER EL TAMAÑO Y LA ESTRUCTURA REGULAR DE LA CAVIDAD UTERINA.

HISTEROGRAFÍA. EMPLEANDO MÉTODOS DE CONTRASTE HIDROSOLUBLES, PERMITE EL DIAGNÓSTICO DE PEQUEÑOS MIOMAS QUE PASAN INADVERTIDOS AL TACTO. (25)

HISTEROSCOPIA. SE VISUALIZA DIRECTAMENTE LA CAVIDAD UTERINA, SIENDO DE UTILIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS MIOMAS SUBMUCOSOS QUE DEFORMAN LA CAVIDAD.

ECOGRAFÍA. ES EL MEJOR MÉTODO PARA EL DIAGNÓSTICO, PRINCIPALMENTE CUANDO SON PEQUEÑOS Y NO SE DETECTAN BIEN CON EL TACTO VAGINO-ABDOMINAL Y PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON EL TUMOR DEL OVARIO. (26)

DEBE ESTABLECERSE EL DIAGNÓSTICO EN BASE A LO DETECTADO CON

25) IBIDEM, P. 393

26) BENSON OP. CIT. P. 246

LA EXPLORACIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA QUE PRESENTE LA PACIENTE ASÍ COMO LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS EXÁMENES DE LABORATORIO Y DE GABINETE.

DEBE REALIZARSE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIA CON:

PRINCIPALMENTE CON UN EMBARAZO, YA QUE PUEDE EXISTIR UN FETO MIOMATOSO.

SE DEBE HACER UNA DIFERENCIACIÓN PRECISA ANTES DE DETERMINAR EL TRATAMIENTO A SEGUIR CON OTRA PATOLOGÍA QUE SE MANIFIESTE CON SANGRADO TRANSVAGINAL, MASA TUMORAL, AUMENTO DE TAMAÑO UTERINO COMO: ABSCESO UTERINO, CARCINOMA TUBOOVÁRICO, ENDOMETRIOSIS, MASAS INFLAMATORIAS OVÁRICAS, ETC.

EL AUMENTO UTERINO TAMBIÉN SE PUEDE CONFUNDIR CON ANOMALÍAS CONGÉNITAS, HIPERTROFIA DEL ÚTERO Y ANEXOS ADHERIDOS.

POR SANGRADO ANORMAL:

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL, ADENOCARCINOMA DE TROMPA UTERINA, SARCOMAS UTERINOS (SON LOS MÁS FATALES), HIPERPLASIA, PÓLIPOS, SANGRADO DISFUNCIONAL, CARCINOMAS TUBARIOS, NEOPLASIAS OVÁRICAS, ENDOMETRIOSIS CON MAYOR CUIDADO EN ESTRÓGENOS EXÓGENOS U HORMONAS ESTEROIDES QUE SUELEN SER LA CAUSA DE MIOMAS. (27)

COMPLICACIONES.

NO SE HA DETERMINADO SI LOS MIOMAS ALTERAN O NO LA FERTILIDAD PERO SE HA VISTO QUE LA MIOMECTOMÍA MEJORA LAS POSIBILIDADES.

DADES DE EMBARAZO DESPUÉS DE EXCLUIR OTRAS CAUSAS DE ESTERILIDAD.

SE PIENSA QUE UN MIOMA PRECEDE A UN EMBARAZO PERO NO ES DETECTADO HASTA QUE EL EMBARAZO ESTÁ BIEN ESTABLECIDO. TAMPOCO SE HA DEMOSTRADO QUE LOS MIOMAS SEAN UNA CAUSA QUE AUMENTE EL ABORTO TEMPRANO. EN EL 2o. Y 3er. TRIMESTRE DEL EMBARAZO LOS MIOMAS AUMENTAN DE TAMAÑO A CAUSA DEL EDEMA O A LA HEMORRAGIA Y LOS CAMBIOS DEGENERATIVOS, PUEDEN PRODUCIRSE DOLORES E HIPERESTESIAS LOCALIZADAS. CON EL EMPLEO DE MEDICAMENTOS EN OCASIONES ES POSIBLE LLEVAR AL EMBARAZO A TÉRMINO.

DURANTE EL TRABAJO DE PARTO LOS MIOMAS PUEDEN PRODUCIR INERCIA UTERINA, DISTOCIA FETAL O BLOQUEO DEL CONDUCTO DEL PARTO. LOS MIOMAS TIENDEN A DESPRENDERSE DE LA PELVIS A MEDIDA QUE EL PARTO PROGRESA Y PUEDE LOGRARSE EL NACIMIENTO POR LA VÍA VAGINAL. DETERMINA TAMBIÉN LA PRESENCIA DE MIOMAS EL EMPLEO NECESARIO DE OXITÓCICOS EN EL PUERPERIO PARA EVITAR EL INFARTO DE LOS MIOMAS (28)

EN LAS PACIENTES NO EMBARAZADAS, LA MÁX FRECUENTE ES EL SANGRADO PROFUSO CON ANEMIA GRAVE O CHOQUE. ES MENOS FRECUENTE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL O URINARIA A CAUSA DE MIOMAS MUY GRANDES O PARASITARIOS Y LA TRANSFORMACIÓN MALIGNA ES RARA.

"LA LESIÓN O LIGADURA URETERAL ES UNA COMPLICACIÓN FRECUENTE DE LA OPERACIÓN QUIRÚRGICA EN MIOMAS ESPECIALMENTE CUANDO SON CERVICALES". (29)

DEBEN EMPLEARSE CON MUCHO CUIDADO LOS MEDICAMENTOS HORMONALES PRINCIPALMENTE EN PACIENTES MENOPÁUSICAS CON LEIOMIOMAS. LA DOSIS DEBE SER LA MÍNIMA NECESARIA PARA CONTROLAR LOS SÍNTOMAS Y EL TAMAÑO DE LOS TUMORES. CONTROLÁNDOSE CON EXÁMENES PERIÓDICOS.

28) IBIDEM, p.248

29) IBIDEM.

TRATAMIENTO.

LA ELECCIÓN DE ÉSTE DEPENDE DE LA EDAD DE LA PACIENTE, PARIDAD, PRESENCIA O NO DE EMBARAZO, EL DESEO DE EMBARAZARSE, EL ESTADO GENERAL DE LA PACIENTE, LOS SÍNTOMAS QUE PRESENTE, ASÍ COMO LA LOCALIZACIÓN, TAMAÑO Y ESTADO DE LOS MIOMAS.

MEDIDAS DE URGENCIA.

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS PARA CORREGIR LA ANEMIA, SE PUEDEN EMPLEAR PAQUETES GLOBULARES EN LAS PACIENTES CON ANEMIA CRÓNICA AÚN CUANDO SEA PROFUNDA PORQUE ESTAS PACIENTES TIENEN VOLÚMENES SANGUÍNEOS NORMALES Y LA TRANSFUSIÓN RÁPIDA DE SANGRE ENTERA PUEDE PRECIPITAR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA.

ESTÁ PERMITIDO EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA TORSIÓN AGUDA O LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CAUSADO POR UN MIOMA PEDICULADO O PARASITARIO.

ESTÁ CONTRAINDICADO EN EL CASO DE QUE LA PACIENTE ESTÉ EMBARAZADA SOLAMENTE QUE PRESENTE UN MIOMA TORCIDO Y ÉSTE PUEDE INICIAR EL TRABAJO DE PARTO Y OCASIONAR LA MUERTE FETAL.

EN LAS PACIENTES NO EMBARAZADAS COMO YA SE MENCIONÓ, LA MAYORÍA SON ASINTOMÁTICAS POR LO QUE NO SE HA ESTABLECIDO UN TRATAMIENTO EN PARTICULAR, ES MUY IMPORTANTE QUE EL DIAGNÓSTICO SEA ESTABLECIDO CON CERTEZA YA QUE SE HAN COMETIDO YATROGENIAS AL REALIZAR CIRUGÍAS INNECESARIAS O BIEN SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS INADECUADOS.

EN LOS PEQUEÑOS DEBEN EXISTIR CITAS PERIÓDICAS PARA EVALUAR LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO Y EL ESTADO DE LA PACIENTE.

ANTES DE LA CIRUGÍA, LA PACIENTE Y SU PAREJA DEBEN RECI-

BIR ORIENTACIÓN SOBRE LOS EFECTOS DE UNA CIRUGÍA DE ESTE TIPO Y LOS CAMBIOS QUE SE PRESENTARÁN CON SUS CICLOS MENSTRUALES, MENOPAUSIA Y FUNCIÓN SEXUAL,

EN CUANTO A LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS A SEGUIR PUEDEN SER: LA MIOMECTOMÍA Y LA HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL,

MIOMECTOMÍA.

GENERALMENTE SE EMPLEA EN PACIENTES SINTOMÁTICAS QUE DESEEN CONSERVAR SU FERTILIDAD AUNQUE NO SE ASEGURA LA REALIZACIÓN SENCILLA DE ÉSTA, EN ALGUNAS OCASIONES SE PUEDE LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN POR VÍA VAGINAL NO SIENDO MUY RECOMENDABLE YA QUE EN EL CASO DE UNA HEMORRAGIA EL CAMPO OPERATORIO ES MUY REDUCIDO PARA PODER DAR SOLUCIÓN A LO OCURRIDO.

DEBE HACERSE UNA BIOPSIA PARA DESCARTAR LA EXTRACCIÓN POR VÍA VAGINAL Y ESTABLECER DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON SARCOMAS, PRINCIPALMENTE EN EL CASO DE LOS MIOMAS PEDICULADOS Y QUE SE PROTRUYAN,

LA HISTERECTOMÍA TOTAL POR VÍA VAGINAL ESTÁ INDICADA CON MIOMAS PEQUEÑOS O BIEN CUANDO HAY QUE REPARAR CISTOCELE O RECTOCELE.

RADIOTERAPIA.

ESTA ES EFECTIVA EN EL CASO DE QUE LA PACIENTE TENGA RIESGO QUIRÚRGICO Y QUE PRESENTE SANGRADOS EXCESIVOS POR MIOMATOSIS, ADEMÁS, ES NECESARIO LA REALIZACIÓN DE LEGRADO COMO EXAMEN MICROSCÓPICO DEL ENDOMETRIO.

LA RECURRENCIA DE LOS MIOMAS DESPUÉS DE LA MIOMECTOMÍA ES FRECUENTE Y SUELE REQUERIRSE A LA HISTERECTOMÍA DEFINITIVA.

LAS SECUELAS QUE PRINCIPALMENTE SUFRE LA PACIENTE SON PSICOLÓGICAS YA QUE LA MUJER ESTÁ PREPARADA PARA LA PROCREACIÓN DE HIJOS, POR LO QUE SE INSISTE EN LA ORIENTACIÓN DE LA PAREJA.
(31)

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y NIVELES DE PREVENCIÓN,

MIOMATOSIS UTERINA

PERIODO PREPATOGENICO

AGENTE: INDEFINIDO,

TEORÍAS,

- . HISTOLÓGICAMENTE PROCEDE DE TEJIDO MUSCULAR
- . ESTIMULACIÓN ESTROGÉNICA, NIVELES ALTOS DE ESTRÓGENO, AUMENTA EL TAMAÑO DEL MIOMA.

HUESPED:

SEXO: MUJER

EDAD: A CUALQUIERA, MÁS FRECUENTE ENTRE LOS 35 Y 54 AÑOS.

ANTECEDENTES: NULÍPARAS E INFÉRTILES.

RAZA: CUALQUIERA. EN E.U. ES MAYOR LA INCIDENCIA EN LA MUJER DE RAZA NEGRA QUE EN LA DE RAZA BLANCA.

AMBIENTE: CUALQUIERA

PERIODO PATOGENICO

ETAPA SUBCLÍNICA Y CLÍNICA

HORIZONTE CLÍNICO

ESTÍMULO DESENCADENANTE: AUMENTO DE MASA DE ORIGEN MUSCULAR.

SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS

- . LEUCORREA
- . DOLOR ABDOMINAL
- . TRASTORNOS MENSTRUALES

SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS

- . GENERALMENTE ASINTOMÁTICA.

- CRECIMIENTO UTERINO
- SÍNTOMAS POR COMPRESIÓN.
 - DOLOR
 - ESTREÑIMIENTO
 - DISURIA, TENESMO VESICAL.
 - TRASTORNOS MENSTRUALES (METRORRAGIAS)
 - ESTERILIDAD

DIAGNÓSTICO:

- EXPLOSIÓN FÍSICA
- MASA TUMORAL DE BORDES IRREGULARES
- EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.
- EXÁMENES DE RUTINA, ULTRASONOGRAFÍA, RX SIMPLES DE ABDOMEN.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- EMBARAZO
- CARCINOMA UTERINO
- HIPERTROFIA UTERINA.

TRATAMIENTO:

- QUIRÚRGICO - MIOMECTOMÍA
- HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL
- APOYO PSICOLÓGICO EN CUALQUIER CIRCUNSTANCIA NUEVA QUE SE LE PRESENTE A LA PACIENTE.

COMPLICACIONES:

- TORCIÓN DEL MIOMA
- FENÓMENO DEGENERATIVO
- OBSTRUCCIÓN INTESTINAL
- QUIRÚRGICAS
- HEMORRAGIA SEVERA QUE CONDUZCA A: ANEMIA SEVERA
CHOQUE HIPOVOLÉMICO-MUERTE.

- SECUELAS
- ESTERILIDAD

NIVELES DE PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA

PROMOCIÓN DE LA SALUD

- PLÁTICAS DE EDUCACIÓN SEXUAL
- ORIENTACIÓN SOBRE HIGIENE
 - PERSONAL, AMBIENTAL Y NUTRICIONAL
- ORIENTACIÓN HACIA EL MEJORAMIENTO:
 - AMBIENTAL, FAMILIAR Y LABORAL.
- IMPORTANCIA DE LAS VISITAS MÉDICAS PERIÓDICAS.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA

- PROGRAMAS DE DETECCIÓN DE ENFERMEDADES
- VISITAS REGULARES PARA CONTROL MÉDICO Y ATENCIÓN OPORTUNA, D.O.C. (PAPANICOLAO)
- ORIENTACIÓN SOBRE HÁBITOS ALIMENTICIOS
- EVITAR EXPOSICIÓN CON FACTORES CARCINOGENÉTICOS Y ALERGÉNICOS.
- ORIENTACIÓN SEXUAL A LA PAREJA
- ORIENTACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO Y SECUELAS DEL PADECIMIENTO.
- PLÁTICAS SOBRE ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

DIAGNÓSTICO PRECOZ

- ATENCIÓN MÉDICA OPORTUNA
- PAPANICOLAO
- EXÁMEN FÍSICO

VALORACIÓN DE CRECIMIENTO UTERINO Y CARACTERÍSTICAS DE MASA TUMORAL

- ULTRASONOGRAFÍA Y RX SIMPLES DE ABDOMEN Y PELVIS.
- EXÁMENES DE LABORATORIO: B.H., Q.S., E.G.O., PRUEBA DE EMBARAZO.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- EMBARAZO
- HIPERTROFIA UTERINA
- CARCINOMA UTERINO
- PROPORCIONAR ORIENTACIÓN CORRESPONDIENTE A LO ANTERIOR.

TRATAMIENTO OPORTUNO

- QUIRÚRGICO
 - MIOMECTOMÍA
 - HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL
- TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL PRE-TRANS Y POST-OPERATORIO.

LIMITACIÓN DEL DAÑO

- ORIENTACIÓN SEXUAL
- APOYO PSICOLÓGICO. ASPECTO SEXUAL. MEJORAR ESTADO EMOCIONAL.
- ORIENTACIÓN A LA PAREJA CON RESPECTO A LAS SECUELAS.
- CONTINUAR SU VIDA COTIDIANA

PREVENCIÓN TERCIARIA

- TRATAMIENTO HORMONAL (SI EL CASO LO REQUIERE)

REHABILITACIÓN

- COLABORAR EN LA INTEGRACIÓN DE LA PACIENTE A SU AMBIENTE FAMILIAR Y DE RELACIÓN.
- APOYO PSICOLÓGICO A LA PAREJA
- COMENTAR POSIBILIDADES DE ADOPCIÓN (CANALIZAR HACIA TRABAJO SOCIAL).

PERIODO PROLATÓGICO

PERIODO PATOLÓGICO

AGENTE: INDEFINIDO

TEORÍAS

- HISTOLÓGICAMENTE PROCEDE DE TEJIDO MUSCULAR.

- ESTIMULACIÓN ESTROGÉNICA, AUMENTA LA PRODUCCIÓN DE ESTRÓGENO, AUMENTO DE TAMAÑO.

RACE

SEXO: MUJER

EDAD: A CUALQUIER EDAD, MÁS FRECUENTE ENTRE LOS 33 Y 54 AÑOS.

ANTECEDENTES: MULTÍPARAS E INFÉRTILES

RAZA: CUALQUIERA, EN E.U. CON MAYOR INCIDENCIA EN LA RAZA NEGRA QUE EN LA BLANCA.

AMBIENTE: CUALQUIERA.

HEMORRAGIA SEVERA-ANEMIA.
- COEFERCIÓN NER-VICOS PÉLVICOS (DOLOR)
- TORSIÓN DEL UTERO
- FENÓMENO DEGENERATIVO
- OBSTRUCCIÓN INTES-TINAL

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL CON SALPINX-OOFORRECTOMÍA IZ-QUIERDA

SECUELAS ESTERILIDAD

DIAGNÓSTICO
- EXPLORACIÓN FÍSICA
- MASA DE BORNES IRREGULARES
- ULTRASONOGRAFÍA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- EMBARAZO
- CÁNCER DE UTERO

Apoyo Psicológico

S.Y.S. ESPECÍFICOS

- GENERALMENTE ASIMPTÓTICO
- CRECIMIENTO UTERINO
- SÍNTOMAS DE COMPRESIÓN (DOLOR) ESTREÑIMIENTO, TENSIO VESICAL, DISURIA
- TRASTORNOS MENS-TRUALES (METRORRAGIAS)
- ESTERILIDAD

S.Y.S. INESPECÍFICOS

- LEUCORRREA
- VULVA
- TRASTORNOS MENS-TRUALES

TEJIDO MUSCULAR

HORIZONTE CLÍNICO

ESTÍMULO DESENCAMENATE

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN Terciaria	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	DIAGNÓSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
<p>PLÁTICAS DE EDUCACIÓN SEXUAL</p> <p>ORIENTACIÓN HIGIÉNICA PERSONAL</p> <p>AMBIENTE NUTRICIONAL</p> <p>ORIENTACIÓN HACIA EL MEJORAMIENTO AMBIENTAL, FAMILIAR Y LABORAL.</p> <p>VISITA MÉDICA PERIÓDICA.</p>	<p>- PROGRAMA DETECCIÓN DE ENFERMEDADES</p> <p>- VISITAS REGULARES DE CONTROL MÉDICO</p> <p>- D.O.C. (PAPANICOLAU)</p> <p>- ORIENTACIÓN SOBRE HABITOS ALIMENTICIOS</p> <p>- EVITAR EXPOSICIÓN CON FACTORES CARCINOGENÉTICOS Y ALERGENICOS.</p> <p>- FISIOLÓGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.</p> <p>- EDUCACIÓN SEXUAL</p> <p>- ORIENTACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO Y SECUELAS DEL PALECIMIENTO.</p>	<p>- ATENCIÓN MÉDICA OPORTUNA</p> <p>- PAPANICOLAU</p> <p>- EXAMEN FÍSICO</p> <p>- VALGRACIÓN CRECIMIENTO UTERINO, MASA TUMORAL.</p> <p>- ULTRASONOGRAFÍA</p> <p>- IX, SIMPLE ABDOMEN Y/O PELVIS.</p> <p>- EXAMENES LABORATORIO B.H., U. S., I.G.O.</p> <p>- PRUEBA EMBARAZO IX. DIFERENCIAL</p> <p>- EMBARAZO</p> <p>- HIPERTROFIA UTERINA</p> <p>- CÁNCER UTERINO</p> <p>- PROPORCIONAR ORIENTACIÓN CORRESPONDIENTE A LO ANTERIOR.</p>	<p>- QUIRÚRGICO HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL SALPINGOOFORRECTOMÍA IZQUIERDA</p> <p>- TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA</p> <p>- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL PRE-TRANS Y POST-OPERATORIO.</p>	<p>- DISMINUIR ESTADO DEFENSIVO</p> <p>- APOYO PSICOLÓGICO</p> <p>- CONTINUAR SU VIDA NORMALMENTE</p> <p>- ORIENTACIÓN SEXUAL</p> <p>- TRATAMIENTO HORMONAL (SI LO REQUIERE LA PACIENTE)</p>	<p>- INTEGRACIÓN DE LA PACIENTE A SU AMBIENTE FAMILIAR.</p> <p>- APOYO PSICOLÓGICO A LA PAREJA</p> <p>- POSIBILIDADES DE ADOPCIÓN (QUALIZAR A TRABAJO SOCIAL)</p>
PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL		CUARTO NIVEL	QUINTO NIVEL

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

PROBLEMAS
REALES O
POTENCIA-
LES.

1. DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE I.G.R. SERVICIO GINECOLOGIA
 No. DE CAMA 524 FECHA DE INGRESO 31-III-86
 EDAD: 38 AÑOS SEXO: FEM. ESTADO CIVIL CASADA
 ESCOLARIDAD COMERCIO OCUPACIÓN SECRETARIA
 RELIGIÓN CATÓLICA NACIONALIDAD MEXICANA
 LUGAR DE PROCEDENCIA MÉXICO, D.F.

2. NIVEL Y CONDICIONES DE VIDA

AMBIENTE FISICO

HABITACIÓN:

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS (ILUMINACIÓN, VENTILACIÓN, ETC).

BUENA VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN, TIENE UNA
VENTANA POR HABITACIÓN.

PROPIA, FAMILIAR, RENTADA, OTROS: PROPIA

TIPO DE CONSTRUCCIÓN: CEMENTO Y TABIQUE

NÚMERO DE HABITACIONES: 7, SALA, COMEDOR Y CO-
CINA.

ANIMALES DOMÉSTICOS: UNA PERRA Y UN CANA-
RIO.

SERVICIOS SANITARIOS

AGUA (INTRADOMICILIARIA, HIDRANTE PÚBLICO, OTROS)

CUENTA CON AGUA INTRA Y EXTRA DOMICILIARIACONTROL DE BASURAS: PASA EL CAMIÓN UNA O DOS
VECES POR SEMANA.ELIMINACIÓN DE DESECHOS (DRENAJE, FOSA SÉPTICA,
LETRINA OTROS) DRENAJE Y W.C. EN SU DOMICI-
LIO.ILUMINACIÓN: SÍ EXISTE ALUMBRADO, CUENTA CON
LUZ ELÉCTRICA.PAVIMENTACIÓN: SÍ, EN ESTA ZONA SI ESTÁN
LAS CALLES PAVIMENTADAS

VÍAS DE COMUNICACIÓN:

TELÉFONO NO CUENTAN CON ESTE SERVICIO, HABLAN
DE TIENDAS.

MEDIOS DE TRANSPORTE:

ES BUENO, CUENTAN CON ACCESO A PESEROS, CA-
MIONES, METRO.

RECURSOS PARA LA SALUD.

CERCA DE SU CASA EXISTE EL HOSPITAL LA RAZA
(IMSS) CLÍNICAS DEL ISSSTE EN LA CALZADA DE
GUADALUPE, SERVICIO DEL DIF.

HABITOS HIGIENICOS

ASEO: BAÑO (TIPO FRECUENCIA) DIARIO BAÑO GENERALDE MANOS FRECUENTEMENTE POR EL TRABAJO DE LA CASA
6 - 7 VECESBUCAL 2 VECES AL DÍA. MAÑANA Y EN LA TARDE (7 PM)

CAMBIO DE ROPA PERSONAL (PARCIAL, TOTAL Y FRECUENCIA)

ROPA DE VESTIR DIARIO Y LA INTERIOR CADA 3ER. DÍA

ALIMENTACIÓN:

DESAYUNO (HORARIO, ALIMENTOS) 10:30 AM ALMUERZO
(HUEVO, GUISADO, CHILAQUILES)COMIDA (HORARIO, ALIMENTOS) 16 HRS. SOPA, GUISADO,
FRIJOLE, REFRESCO O AGUA SIMPLE,CENA (HORARIO, ALIMENTOS) NO ES COMÚN QUE CENE PERO
SI LO HACE, CAFÉ CON PAN,

ALIMENTOS QUE ORIGINEN:

PREFERENCIA ALBÓNDIGAS Y RAJASDESAGRADO CALDO DE RESINTOLERANCIA LECHUGA,

ELIMINACIÓN (HORARIO Y CARACTERÍSTICAS)

VESICAL 6-7 VECES EN 24 HRS. CLARA, NORMALINTESTINAL 1 Ó 2 VECES AL DÍA CON DIFICULTAD, RE-
FIERE ESTREÑIMIENTO PROBL. REAL
DE ESTREÑI-
MIENTO.

DESCANSO (TIPO Y FRECUENCIA)

DESPUÉS DE COMER DESCANSA APROXIMADAMENTE UNA
HORA,

SUEÑO (HORARIO Y CARACTERÍSTICAS)DE LAS 9-10 DE LA NOCHE HASTA LAS 6 AM, SUEÑO,
TRANQUILO.DIVERSIÓN Y/O DEPORTEST.V. NATACIÓN LA PRÁCTICA APROXIMADAMENTE CADA 2
MESES.ESTUDIO Y/O TRABAJOPARTICIPA EN CURSOS CUANDO TIENE OPORTUNIDAD DEN-
TRO DE SU TRABAJO SOBRE: RELACIONES HUMANAS, TA-
QUIGRAFÍA Y OTROS.COMPOSICIÓN FAMILIAR

<u>PARENTESCO</u>	<u>EDAD</u>	<u>OCUPACIÓN</u>	<u>PARTICIPAC. ECONÓMICA</u>
<u>ESPOSO</u>	<u>48</u>	<u>D.D.F.</u>	<u>60,000.</u>
<u>ELLA</u>	<u>38</u>	<u>D.D.F.</u>	<u>60,000.</u>
<u>SUEGRA</u>	<u>70</u>	<u>HOGAR</u>	<u>---</u>

SALARIO MÍNIMO EN 1986 \$ 61,950, MENSUALES.DINÁMICA FAMILIAR

CONSIDERA QUE SE LLEVA BIEN CON LA SEÑORA (SUEGRA)
PERO SUELE TENER PROBLEMAS CON UNO DE LOS HERMA-
NOS DE ÉL. CON SU PAREJA NO REFIERE PROBLEMAS.

PÉRDIDA DE LA INDIVIDUALIDAD E INVASIÓN A SU INTIMIDAD.

DINÁMICA SOCIAL

OCASIONALMENTE SE COMUNICA CON LOS VECINOS, YA QUE
NO ES MUCHO TIEMPO EL QUE ESTÁ DESOCUPADA, TIENE
MAYOR RELACIÓN CON UNA VECINA PORQUE TIENE TELÉFO-
NO Y EN OCASIONES NECESITA ÉSTE.

COMPORTAMIENTO (CONDUCTA)

LA PACIENTE SE ENCUENTRA TRANQUILA, PERO EN MOMEN-
TOS SE MUESTRA PREOCUPADA POR SU PROBLEMA, SU CARA
MANIFIESTA ANGUSTIA, TRISTEZA Y SE OBSERVA LLOROSA
EN MOMENTOS.

PROBLEMA REAL "DEPRE-
 SIÓN EMOCIO-
 NAL".

RUTINA COTIDIANA

SE LEVANTA, SE VA A TRABAJAR, ALMUERZA, REGRESA AL TRABAJO, REGRESA A COMER LO QUE PREPARA SU SUEGRA, DESCANSA UN MOMENTO, SE BAÑA Y HACE QUE- HACER, CUANDO REGRESA SU ESPOSO LO ATIENDE.

PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO

PROBLEMA O PADECIMIENTO POR EL QUE SE PRESENTA

POSTERIOR A RELACIONES SEXUALES PRESENTÓ SANGRA- DO TRANSVAGINAL ESCASO POR LO QUE ACUDE AL MÉDI- CO, YA QUE POCO TIEMPO ANTES (PRIMEROS DÍAS DE NOV), HABÍA SUFRIDO UN ABORTO.

PROBLEMA REAL
SANGRADO
TRANSVAGI-
NAL ESCA-
SO.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

REFIERE PROBLEMAS BRONQUIALES FRECUENTES, SIN MAYORES DATOS.

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

NINGUNO HASTA EL MOMENTO.

COMPRESIÓN Y/O COMENTARIO ACERCA DEL PROBLEMA O PADECIMIENTO

LO REFIERE COMO "UNA DESGRACIA", CONTESTA QUE SE CUIDÓ MUCHO PARA PODER TENER UN HIJO Y RESULTA QUE AHORA YA NO VA A PODER AUNQUE QUIERAN, POR LOS TUMORES, LAMENTA QUE "PORQUÉ A ELLA".

SENTIMEN
TOS DE CUL
PA,
-NO LOGRA-
RÁ SATISFA
CER EL SER
MADRE.

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y LA FAMILIA EN EL DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN.

LA PACIENTE SE ENCUENTRA ANGSTIADA PORQUE DU- RANTE SU HOSPITALIZACIÓN PASARON 24 HRS. QUE NO LA VISITA SU ESPOSO, SU FAMILIA POLÍTICA NI NA- DIE LA FUE A VER, ELLA SE SIENTE RECHAZADA POR SU ESPOSO PORQUE EL ESTABA ILUSIONADO POR UN HI- JO Y APARENTEMENTE LA ENTIENDE PERO CON SUS AC-

-VIDA SE-
XUAL
-REL. C/SU
PAREJA
-CAMBIOS
DE CONDUCC
TA.

TOS DEMUESTRA LO CONTRARIO.

II. EXPLORACIÓN FÍSICA

INSPECCIÓN

ASPECTO FÍSICO: PÁLIDA CON FACIES EXPRESANDO PREOCUPACIÓN Y TRISTEZA, LLOROSA, PENSATIVA, PACIENTE DE APARIENCIA ROBUSTA, ALTA, MORENA.

ASPECTO EMOCIONAL (ESTADO DE ÁNIMO, TEMPERAMENTO, EMOCIONES) DEPRIMIDA, LLOROSA, SE ENCUENTRA PREOCUPADA POR LO QUE PUEDE PASAR CON SU ESPOSO AHORA QUE NO PODRÁ TENER HIJOS, ES RECIÉN CASADA (8 MESES), Y ESTABAN ESPERANDO QUE SE VOLVIERA A EMBARAZAR

MANIFIESTA
-ANGUSTIA
-TEMOR
-CULPABILIDAD
-NO SERÁ MADRE.

PALPACIÓN

PACIENTE QUE PRESENTA UNA TEMPERATURA CORPORAL NORMAL, CON PIEL HÚMEDA, PRESENTA EN LA REGIÓN ABDOMINAL UN VOLUMEN QUE AL TOCAR SE DETECTAN LOS BORDES DEL ÚTERO PERO IRREGULARES, ES UNA MASA DURA Y MÓVIL.

PROBLEMA REAL
CRECIMIENTO UTERINO. (POR TUMORES).

PERCUSIÓN

AUSCULTACIÓN

SE ESCUCHAN RUIDOS CARDIACOS NORMALES, PULMONES VENTILADOS, Y SE PERCIBE CON DIFICULTAD RUIDOS PERISTÁLTICOS

MEDICIÓN

TALLA 1,65 M.

PESO 70 KG.

DATOS COMPLEMENTARIOS

III: EXÁMENES DE LABORATORIO

TIPO	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
CUANTIF. HORMONA GONADOTROPINA CORIÓNICA.	NEG GLUC. 95 MG/D UREA 19 CREAT. 0.6	--- ---
EXAMEN GENERAL DE URINA	DENS. 1011 PH 6.0 HB +++ SED-LEUC. 5-10 ERITR. 20-25	ABUNDANTES CÉL. EPITELIALES, NUMEROSAS BACTE- RIAS.
BIOMETRÍA HEMÁTICA.	LEUCO 7.8 ERITR. 461 HGB 142 HCT 42.7 PLAQ. 348	
TIEMPO DE PROTROMBINA	13" 83%	
GPO. SANGUÍNEO	0 +	

EXÁMENES DE GABINETE

TIPO	OBSERVACIONES
ULTRASONOGRAFÍA	MIOMATOSIS UTERINA DE GRANDES ELEMENTOS. - UTERO NO GESTANTE. - ANEXOS NO VISIBLES.

IV. PROBLEMAS DETECTADOS

PROBLEMAS REALES

- CRECIMIENTO UTERINO POR MIOMAS
- SANGRADO TRANSVAGINAL ESCASO
- ESTREÑIMIENTO
- HISTERECTOMÍA TOTAL (PERÍODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO).
- DEPRESIÓN EMOCIONAL.

V. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 38 AÑOS DE EDAD, CON ASPECTO FÍSICO QUE CORRESPONDE AL CRONOLÓGICO, DE CLASE SOCIOECONÓMICA MEDIA APARENTEMENTE CON ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS; GESTA 1, PARTOS 0, ABORTOS 1, QUE PRESENTA COMO PROBLEMAS REALES: CRECIMIENTO UTERINO, SANGRADO TRANSVAGINAL ESCASO Y ESTREÑIMIENTO, CON ANTECEDENTES DE UN ABORTO, EN EL MES DE NOVIEMBRE.

EN EL ÁREA PSICOLÓGICA MANIFIESTA DEPRESIÓN EMOCIONAL POR PRÓXIMA PÉRDIDA DE INTEGRIDAD FÍSICA (HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL), LO QUE HA CONDUCIDO UN CAMBIO EN SU COMPORTAMIENTO, POR LO TANTO EN SU RELACIÓN CON LAS PERSONAS QUE LA RODEAN.

O B J E T I V O S

EN EL DESARROLLO DE ESTE TRABAJO SE PRETENDE ABARCAR LAS DIFERENTES ETAPAS POR LAS QUE SUELE PASAR UNA PACIENTE QUE ES SOMETIDA A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ENCONTRANDO: EL PERIODO PREOPERATORIO, EL TRANSOPERATORIO Y EL POSTOPERATORIO.

SIGUIENDO CON LAS CIRCUNSTANCIAS QUE VAN OCURRIENDO SE REALIZA LA SECUENCIA DE CUIDADOS ENGLOBANDO PRIMERO EL ASPECTO FÍSICO Y EN FORMA GENERAL EL PSICOLÓGICO, (NO POR ESTO CONSIDERADO EL MENOS IMPORTANTE),

PLAN DE ATENCION

PROBLEMA: 1

CRECIMIENTO UTERINO POR MIOMAS.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA.

YA QUE LA CONSTITUCIÓN DE LOS MIOMAS, ES A BASE DE FIBRAS MUSCULARES LISAS Y UNA PROPORCIÓN DE TEJIDO CONJUNTIVO CON HACES DE COLÁGENO DANDO UNA CONSISTENCIA CARNOSA OCACIONANDO UN AUMENTO DEL TAMAÑO UTERINO CON BORDES IRREGULARES.

ACCION DE ENFERMERIA.

VIGILAR EL INCREMENTO DE VOLUMEN UTERINO.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

DEBE DE OBSERVARSE EL AUMENTO DE VOLUMEN CON EL OBJETO DE PREVER MAYORES MOLESTIAS PARA LA PACIENTE POR CAUSAS MECÁNICAS Y CONSIDERAR OPORTUNAMENTE LA POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES POR LA COMPRESIÓN DE ÓRGANOS ANEXOS, URETEROS, VEJIGA, INTESTINO, ETC.

EVALUACION.

NO SE OBSERVA AUMENTO UTERINO, DURANTE LA ESTANCIA PREOPERATORIA DE LA PACIENTE.

PROBLEMA: 2

SANGRADO TRANSVAGINAL ESCASO

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA.

LOS TUMORES CON FRECUENCIA ORIGINAN COMPRESIÓN Y DILATACIÓN VENOSA CERCA, ORIGINANDO RUPTURA DE VASOS SANGUÍNEOS. TAMBIÉN EL AUMENTO Y LA DEFORMIDAD UTERINA INCREMENTA LA SUPERFICIE SANGRANTE A LA VEZ QUE EXISTEN ALTERACIONES E INTERFERENCIAS CON LA CONTRACTILIDAD HEMOSTÁSICA DEL ÚTERO.

ACCION DE ENFERMERIA.

VIGILAR LAS CARACTERÍSTICAS DEL SANGRADO.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

DEBEN VIGILARSE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SANGRADO PARA DETECTAR ALGÚN PROCESO INFECCIOSO ASOCIADO, BASÁNDOSE EN EL COLOR Y OLOR. AUNADO A ESTO LA CARACTERÍSTICA MÁS IMPORTANTE ES EL VIGILAR LA CANTIDAD DE SANGRADO PORQUE PUEDE ALERTAR LA PRESENCIA DE UNA LESIÓN ASOCIADA COMO PÓLIPOS, ADENOCARCINOMA O BIEN LA ALTERACIÓN DE ALGÚN FACTOR FUNCIONAL. DEBE DE DETECTARSE OPORTUNAMENTE EL AUMENTO DE SANGRADO, YA QUE PUEDEN PRESENTARSE HEMORRAGIAS SEVERAS LLEGANDO A CAUSAR CHOQUES HIPOVOLÉMICOS.

EVALUACION.

LA PACIENTE CONTINÚA CON UN SANGRADO TRANSVAGINAL ESCASO, NO FÉTIDO, DURANTE EL PREOPERATORIO.

PROBLEMA: 3

ESTREÑIMIENTO.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA

EL ESTREÑIMIENTO EN ESTOS CASOS ES OCASIONADO POR LA DISMINUCIÓN DEL PERISTALTISMO, ES PARTE DE LOS SÍNTOMAS PRESENTADOS POR LA COMPRESIÓN QUE EJERCE EL ÚTERO AUMENTADO DE TAMAÑO POR LOS MIOMAS, SOBRE EL RECTO. EL GRADO DE ÉSTE VA A DEPENDER DEL TAMAÑO Y LOCALIZACIÓN DEL O LOS MIOMAS; POR LO CONSIGUIENTE LA OBSTRUCCIÓN DE CUALQUIER PARTE DEL CONDUCTO GASTROINTESTINAL PUEDE TAMBIÉN RETARDAR O IMPEDIR EL PASO DE LAS HECESES; YA QUE ÉSTAS AL ACUMULARSE EN EL INTESTINO SE PIERDEN LÍQUIDOS, ASÍ COMO TONO MUSCULAR. CONSIDERANDO ADEMÁS QUE EL FACTOR EMOCIONAL EN LA PACIENTE SE ENCUENTRA ALTERADO.

ACCION DE ENFERMERIA.

EJERCICIO, (DEAMBULACIÓN).

INGESTA DE LÍQUIDOS.

SIN OLVIDAR EL APOYO PSICOLÓGICO A LA PACIENTE.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

EL CUIDAR Y CONSERVAR LA ELIMINACIÓN ES ASPECTO BÁSICO DE LA ATENCIÓN DE TODO PACIENTE, AÚN MÁS CUANDO EL PACIENTES ES HOSPITALIZADO, YA QUE GENERALMENTE PERMANECE MUCHO TIEMPO EN REPOSO, POR LO QUE SE DEBE MOTIVAR A LA DEAMBULACIÓN, TOMANDO EN CUENTA QUE LA INACTIVIDAD Y EL BAJO TONO DEL MÚSCULO INTES TINAL PUEDE AGRAVAR EL PROBLEMA DE ESTREÑIMIENTO.

PARTIENDO DEL CONCEPTO QUE EL REFLEJO GASTROCÓLICO ES ES TIMULADO POR LA ACTIVIDAD PERISTÁLTICA. DEBE PROMOVERSE LA INGESTA DE LÍQUIDOS PARA AYUDAR AL INTESTINO DURANTE EL PASO DE LAS HECEs POR LA PORCIÓN INFERIOR DE ÉSTE. SIN PERDER DE VISTA EL ASPECTO PSICOLÓGICO, YA QUE LA INQUIETUD MENTAL PUE DE AFECTAR LAS FUNCIONES FÍSICAS COMO LA DIGESTIÓN Y LA ELI MINACIÓN.

EVALUACION.

LA PACIENTE REFIERE LA EVACUACIÓN CON DIFICULTAD.

PROBLEMA: 4

HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL.

(PERÍODO PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO)

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA.

LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA MENCIONADA ES AQUELLA EN LA - QUE SE EXTIRPA TOTALMENTE EL ÚTERO, INCLUYENDO O NO LOS ANE XOS DEPENDIENDO DEL ESTADO QUE SE OBSERVE DE ESTOS DURANTE DI CHO ACTO. EN UNA DE LAS INDICACIONES SE ESTABLECE QUE PUEDE REALIZARSE LA CIRUGÍA EN AQUELLAS PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS EN EL CASO DE QUE PRESENTEN PROBLEMAS LOCALES COMO UNA GRAN - CANTIDAD DE NÓDULOS MIOMATOSOS, SIENDO LOS ANEXOS EXTIRPABLES

EN CASO DE ENCONTRAR INFLAMACIONES ANEXIALES UNILATERALES O -
BILATERALES, COMO: FORMACIÓN DE QUISTES, ADHERENCIAS, TRAS -
TORNOS VASCULARES, ETC.

LA TÉCNICA QUIRÚRGICA QUE SE EMPLEE PARA LA EXTIRPACIÓN
DEL ÚTERO ESTÁ DISEÑADA PARA PROPORCIONAR UNA PROTECCIÓN A -
LOS ÓRGANOS CERCANOS COMO URÉTERES, VEJIGA Y RECTO, CONSI -
GUIENDO UNA CÚPULA VAGINAL ELÁSTICA, SIN AFECTAR SU LONGITUD,
SUFRIENDO LAS PARTES ADYACENTES TRAUMATISMOS MÍNIMOS.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

RUTINA DE ENFERMERÍA DURANTE EL PERÍODO PREOPERATORIO.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION

TODA PACIENTE HOSPITALIZADA, QUE SEA CANDIDATA A LA REA -
LIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEBE SER VALORADA Y
VIGILADA, PARA DETECTAR EN FORMA OPORTUNA ALGUNA ALTERACIÓN DEL
ESTADO DEL INDIVIDUO QUE PUEDA LIMITAR LA REALIZACIÓN DE DICHO
ACTO. LA RUTINA DE CUIDADOS, SON PROCEDIMIENTOS BÁSICOS CON -
SIDERANDO LAS NECESIDADES QUE TIENE UN INDIVIDUO COMO TAL, DEN -
TRO DE DICHA RUTINA SE REALIZA LO SIGUIENTE: REGISTRO DE SIG -
NOS VITALES, PREPARACIÓN FÍSICA, COLOCACIÓN DE VENOCLISIS, CO -
LOCACIÓN DE PIERNERAS Y CAPELINA Y EL TRASLADO DEL PACIENTE
CON EXPEDIENTE A LOS DIVERSOS SERVICIOS.

EVALUACION.

SE REALIZAN LOS CUIDADOS SIN PRESENTAR ANOMALÍAS.

ACCION DE ENFERMERIA.

MINISTRAR DOSIS DE MEDICACIÓN PREANESTÉSICA.

ATROPINA 1 MG. I.M. Y DIAZEPAM 10 MG. I.M.

20 MIN. ANTES DE LA CIRUGÍA, (ANTES DEL TRASLADO)

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

CON LA MEDICACIÓN PREANESTÉSICA SE BUSCA DISMINUIR EL GRA

DO DE ANSIEDAD DE LA PACIENTE DE MANERA QUE LA INDUCCIÓN Y LA CONSERVACIÓN DE LA ANESTESIA SEAN UNIFORMES Y TRANQUILAS.

SE EMPLEÁ LA ATROPINA QUE ES UN MEDICAMENTO EL CUAL SU EMPLEO ESTÁ DETERMINADO, YA QUE ALGUNOS ANESTÉSICOS POR INHALACIÓN ESTIMULAN LA PRODUCCIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES SIENDO ÉSTE EVITADO CON SU MINISTRACIÓN. LOGRANDO DICHO EFECTO AL PRODUCIR RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS LISOS DE BRONQUIOS Y TRÁQUEA, AUMENTANDO ASÍ LA CAPACIDAD VITAL Y DISMINUYENDO LA RESISTENCIA BRONQUIAL. AL DISMINUIR LA PRODUCCIÓN DE SECRECIONES DEBE ADVERTIRSE UNA RESEQUEZADA EN LA MUCOSA BUCAL.

ADemás NO DEBE PERDERSE DE VISTA QUE TIENE EFECTOS COMO AUMENTO DE LA FRECUENCIA CARDIACA, DISMINUCIÓN DEL TONO Y MOTILIDAD DEL ESTÓMAGO E INTESTINOS, DILATACIÓN DE LA PUPILA, (MIDRIASIS).

TAMBIÉN SE ADMINISTRA EL DIAZEPAM QUE ES UN MEDICAMENTO ANSIOLÍTICO, CON EL OBJETO DE DISMINUIR EL ESTADO DE ANSIEDAD Y ANGUSTIA SIENDO EN OCASIONES DE GRAN INTENSIDAD HASTA DE TERMINAR LA INCAPACIDAD FUNCIONAL DEL INDIVIDUO MANIFESTÁNDOSE DE DIVERSAS MANERAS, POR EJEMPLO: INSOMNIO, CUESTIONAR FRECUENTEMENTE, ETC.

EVALUACION.

SE APLICA LA DOSIS PREANESTÉSICA INDICADA PREVIA AL TRASLADO DEL PACIENTE AL QUIRÓFANO. SE OBSERVA QUE LA PACIENTE SE EMPIEZA A TRANQUILIZAR Y A MOSTRARSE SOMNOLIENTA PAULATINAMENTE.

PERIODO TRANSOPERATORIO

ACCION DE ENFERMERIA.

DEBE COLOCARSE A LA PACIENTE EN POSICIÓN DECÚBITO DORSAL.

(POSTERIORMENTE DE REALIZAR LA RECEPCIÓN DE LA PACIENTE Y SU EXPEDIENTE PROVENIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN).

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

SE REALIZA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE CON OBJETO DE VERIFICAR QUE CORRESPONDA AL PACIENTE PROGRAMADO PARA LA INTERVENCIÓN SE LE IDENTIFICA, Y SE CUESTIONA SI FUE APLICADA LA DO - SIS PREANESTÉSICA, SE COMPRUEBA QUE VAYA CON VENOCCLISIS INSTALADA, ETC., CON TODOS LOS CUIDADOS DEL PREOPERATORIO REALIZADOS.

SE COLOCA A LA PACIENTE EN POSICIÓN DEPENDIENDO DE LA INTERVENCIÓN QUE SE VA A REALIZAR, ASÍ COMO DEL ESTADO FÍSICO TOMANDO EN CUENTA LO SIGUIENTE:

- A) QUE ESTÉ COMODO.
- B) EL CAMPO OPERATORIO ESTÉ DESCUBIERTO.
- C) QUE NO SE OBSTRUYA LA CIRCULACIÓN POR PRESIÓN EN ALGUNA REGIÓN CAUSADA POR POSICIÓN INADECUADA.
- D) LA RESPIRACIÓN NO DEBE SUFRIR ALTERACIÓN POR PRESIÓN TORÁCICA.
- E) PARA LOGRARLO NO SE DEBE OLVIDAR LA INDIVIDUALIDAD DE LA PERSONA.

EVALUACION.

EN ESTE CASO SE COLOCÓ A LA PACIENTE EN DECÚBITO DORSAL - CON LOS BRAZOS EXTENDIDOS A LOS COSTADOS.

PROBLEMA

PACIENTE SOMETIDO A ANESTESIA GENERAL.

RAZON CIENTIFICA.

ES LA ETAPA TRASCENDENTAL QUE CURSA EL PACIENTE QUE ES SOMETIDO A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CUALQUIER MAGNITUD.

TAMBIÉN ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ANGUSTIA DE UN PA-
CIENTE.

LA ANESTESIA GENERAL ES LA PRIVACIÓN TOTAL DE LA SENSIBI-
LIDAD TÁCTIL Y EN GENERAL EN FORMA ARTIFICIAL.

EN EL CASO DE LA ANESTESIA GENERAL POR INHALACIÓN ES AQUE-
LLA QUE CON EL INTERCAMBIO DE GASES SE LOGRA EL MISMO EFECTO.
EL MEDICAMENTO QUE PRODUCE LA ANESTESIA GENERAL SE CONOCE QUE
PRODUCE ANALGESIA, INCONSCIENCIA.

AL INICIAR LA ANESTESIA DEBEN DE LOGRARSE NIVELES TALES-
QUE SATUREN LOS DEPÓSITOS Y LOGRADO EL PLANO QUIRÚRGICO SÓLO
SE MANTENDRÁ ÉSTE, LOGRANDO UN EQUILIBRIO ENTRE EL CEREBRO,
SANGRE Y OTROS TEJIDOS; DEPENDIENDO DE LOS HALLAZGOS DE CADA
INDIVIDUO ESTARÁ DETERMINADA LA CANTIDAD DE ANESTÉSICO QUE RE-
QUIERA, POR EJEMPLO: LA ACTIVIDAD MUSCULAR, EL ESTADO EMOCIO-
NAL, EL PESO, ETC.

LA ELIMINACIÓN DEL ANESTÉSICO SE LLEVARÁ A CABO A MEDIDA
QUE LA PACIENTE SE VENTILE, YA QUE AL PASO DE LA SANGRE SE
OXIGENARÁ LOGRANDO EL INTERCAMBIO Y RECUPERANDO LA CONCIENCIA.
SOLO EN EL CASO DE LAS PACIENTES OBESAS SE LLEVARÁ MÁS LENTA
LA RECUPERACIÓN PORQUE EL TEJIDO ADIPOSO ACTÚA COMO RESERVA O
DEPÓSITO DEL ANESTÉSICO.

ACCION DE ENFERMERIA.

EN EL CASO DEL CUIDADO QUE PROPORCIONA ENFERMERÍA VA A -
ESTAR ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN, YA QUE EN ALGUNAS EXIS-
TE MAYOR ACTIVIDAD QUE EN OTRAS. POR EJEMPLO:

SE COLABORA Y PROPORCIONA AL ANESTESIOLOGO EL EQUIPO Y
MATERIAL NECESARIO, A LA VEZ QUE SE ASISTE EN CASO DE QUE ÉSTE
LO SOLICITE (ENFERMERA CIRCULANTE). PUEDE COLABORAR EN LA TO-
MA DE SIGNOS VITALES, MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS, MEDIDAS DE

URGENCIA, ETC.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

LA BASE DE TOMAR EN CUENTA ESTE PUNTO EN CUANTO AL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO ANESTÉSICO ES IMPORTANTE QUE ELLA TENGA LOS CONOCIMIENTOS PRINCIPALES PARA PODER ACTUAR NO EN FORMA MECÁNICA SINO EN BASE A LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS. DEBE TENER EL CONOCIMIENTO DE LAS VARIACIONES DE LOS SIGNOS VITALES Y LOS CAMBIOS QUE SE PUEDEN PRESENTAR Y QUE SE CONSIDERAN DENTRO DE LA NORMALIDAD Y ASÍ PODER DETECTAR ALGUNA VARIANTE.

EVALUACION.

LA PACIENTE EN ESTE CASO ES CONTROLADA POR EL ANESTESIOLOGO. ÚNICAMENTE SE OBSERVA, PERO EL ACTO QUIRÚRGICO ES LLEVADO SIN SUFRIR COMPLICACIÓN.

ACCION DE ENFERMERIA.

PREPARACIÓN FÍSICA DE LA PACIENTE PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY, ASEPSIA DE LA REGIÓN.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

CON LA PACIENTE COLOCADA EN POSICIÓN DECÚBITO DORSAL Y BAJO EFECTOS DE ANESTESIA SE DEBEN REALIZAR DIVERSAS ACTIVIDADES DURANTE EL TRANSOPERATORIO, PARA LA PREPARACIÓN EXTERNA DE LA PACIENTE SE DEBEN PRACTICAR TÉCNICAS ASÉPTICAS PARA DISMINUIR AL MÁXIMO LAS COMPLICACIONES DE TIPO INFECCIOSO, POR LO QUE SE DEBE ELIMINAR COMPRESIÓN DE VEJIGA, INTESTINO, LA ZONA QUIRÚRGICA LIBRE DE MICROORGANISMOS, YA QUE ESTA REGIÓN SERÁ UNA GRAN VÍA DE ENTRADA AL REALIZAR LA INCISIÓN.

PARA LLEVAR A CABO LA COLOCACIÓN SONDA FOLEY DEBE REALIZARSE CON TÉCNICA PARA EVITAR INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS, ESTO IMPLICA LA INTRODUCCIÓN DE UNA SONDA POR LA URETRA HASTA LA VEJIGA, CON EL FIN DE OBTENER LA ORINA QUE ÉSTA CONTENGA Y

OBSERVAR SUS CARACTERÍSTICAS. DICHA APLICACIÓN SE HACE CON DIFERENTES FINES: A) DISMINUIR LA TENSIÓN VESICAL, FACILITANDO SU MANEJO AL REALIZAR LA INTERVENCIÓN. B) OBSERVAR LA SONDA DURANTE EL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN LO QUE PERMITE DELIMITAR MAYORMENTE LA ZONA. C) OBSERVAR LAS CARACTERÍSTICAS DURANTE Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA PARA DETECTAR OPORTUNAMENTE LA PRESENCIA DE ANOMALÍAS EN EL CASO DE QUE LA VEJIGA SE LLEGUE A LESIONAR.

EVALUACION.

SE INSERTA LA SONDA FOLEY, OBSERVÁNDOSE LA ORINA DE CARACTERÍSTICAS NORMALES DURANTE EL TRANSURSO DE LA CIRUGÍA.

VOLVIÉNDOSE LIGERAMENTE HEMATÚRICA POSTERIOR A LA CIRUGÍA Y DURANTE LA RECUPERACIÓN VUELVE A CARACTERÍSTICAS NORMALES. POR LO QUE ES RETIRADA LA SONDA EN ESTE SERVICIO.

ACCION DE ENFERMERIA.

ASEPSIA DE LA REGIÓN QUIRÚRGICA.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

CON EL OBJETO DE LOGRAR UN ESTADO DE AUSENCIA DE MICROORGANISMOS PRODUCTORES DE ENFERMEDAD O DE INFECCIÓN OCASIONADA POR ELLOS. DICHA ASEPSIA SE LLEVA A CABO PARA EVITAR UNA INFECCIÓN Y SI EXISTE LIMITARLA. SE DEBE PARTIR DE VARIOS PRINCIPIOS. LA EPIDERMIS ES LA CARA MÁS EXTERNA DE LA PIEL, ÉSTA SE DESCAMA CONTÍNUAMENTE. EXISTEN GÁNDULAS SEBÁCEAS Y SUDORÍPARAS QUE SECRETAN SUBSTANCIAS QUE SE QUEDAN EN LA PIEL, ADEMÁS EL POLVO DEL MEDIO AMBIENTE CON LOS RESIDUOS DE CÉLULAS MUERTAS SÓLO SE PUEDEN MOVER MEDIANTE EL LAVADO PARCIAL DE LA PIEL O EL BAÑO.

EVALUACION.

SE LLEVA A CABO LA ASEPSIA DE LA REGIÓN CON SOLUCIÓN "ISODINE" Y CON SOLUCIÓN FISIOLÓGICA ESTÉRIL SE REALIZA LA LIMPIEZA DE ÉSTA Y SE EJECUTA UN SEGUNDO TIEMPO DEJANDO LA SO

LUCIÓN HASTA QUE LOS CIRUJANOS INICIEN LA INTERVENCIÓN.

ACCION DE ENFERMERIA.

COMO ENFERMERA INSTRUMENTISTA.

PREPARACIÓN DE EQUIPO E INSTRUMENTAL QUE SE REQUIERA PARA EL ACTO.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

LA ENFERMERA QUE REALIZARÁ ESTAS FUNCIONES DEBE CONOCERLO SIGUIENTE:

- TÉCNICA QUIRÚRGICA Y LAS NECESIDADES QUE SE SUELEN DAR DURANTE LA INTERVENCIÓN PARA PODER LOGRAR LA PREPARACIÓN DE LO NECESARIO ANTES DE REALIZAR EL LAVADO QUIRÚRGICO Y VESTIRSE. YA VESTIDA (ROPA ESTÉRIL) SI REQUIERE ALGUNA COSA DEBE SOLICITARLA A LA ENFERMERA QUE ESTÁ CUMPLIENDO FUNCIONES DE CIRCULANTE. YA QUE DEBE CONOCER LAS TÉCNICAS ESTÉRILES QUE SE DEBEN EMPLEAR DENTRO DE QUIRÓFANO.

ACCION DE ENFERMERIA.

CUMPLIR FUNCIONES DE ENFERMERA CIRCULANTE.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

LA ENFERMERA QUE CUMPLE LAS FUNCIONES DE ENFERMERA CIRCULANTE TIENE DIVERSAS ACTIVIDADES FUERA DEL CAMPO QUIRÚRGICO Y DENTRO DEL ÁREA BLANCA. ESTE PERSONAL NO SE ENCUENTRA "VESTIDO" DEBE PROPORCIONAR EL EQUIPO Y MATERIAL QUE SE REQUIERA DURANTE EL TIEMPO EN QUE SE REALIZA LA INTERVENCIÓN, ADEMÁS ES LA RESPONSABLE DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE, INCLUYENDO LAS HOJAS QUE FUERON ELABORADAS DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO (ENFERMERÍA, ANESTESIA, HOJA QUIRÚRGICA, ETC.)

EVALUACION.

SE LLEVAN A CABO LAS FUNCIONES DE ENFERMERA INSTRUMENTIS

TA Y DE ENFERMERA CIRCULANTE,

ACCION DE ENFERMERIA.

VIGILAR CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS DE LA ORINA.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

PRINCIPALMENTE SE VIGILAN DOS CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS QUE SON: COLOR Y CANTIDAD.

EL COLOR CARACTERÍSTICO DE LA ORINA ES EL ÁMBAR, CLARO, TRANSPARENTE, PERO EN EL CASO DE UNA CIRUGÍA ABDOMINAL SUELE TORNARSE LIGERAMENTE HEMATÚRICA; YA QUE EL MANIPULEO DE LAS VÍSCERAS DURANTE LA INTERVENCIÓN, MÁS LA REACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO POR LA SONTA VESICAL, SE ORIGINA CIERTA IRRITACIÓN EN LAS PAREDES ROMPIÉNDOSE ALGUNOS CAPILARES DEL INTERIOR DE LA VEJIGA.

EN CUANTO A LA CANTIDAD DE ORINA PUEDE SER VARIABLE, DEPENDIENDO DE LA CANTIDAD DE LÍQUIDO QUE SE MINISTRE, PERO APROXIMADAMENTE EL FILTRADO CORRESPONDE A UNOS 50-60 ML. POR HORA.

EN EL CASO DE OBSERVAR CUALQUIER ALTERACIÓN EN DICHAS CARACTERÍSTICAS SE DEBE PROSEGUIR CON EXÁMENES DE LABORATORIO ESPECÍFICOS PARA DETERMINAR CUALQUIER ALTERACIÓN VESICAL.

EVALUACION.

SE OBSERVAN LAS CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS DE LA ORINA SIENDO ÉSTAS: COLOR AMARILLO OSCURO, HEMATÚRICA Y CON UN FILTRADO APROXIMADO DE 700 ML. CONSIDERÁNDOSE NORMAL EL EGRESO EN BASE AL INGRESO DE LÍQUIDOS.

PERIODO POSTOPERATORIO

PROBLEMA.

REACCIÓN POST-ANESTÉSICA.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA.

PARA QUE EL PACIENTE POSTOPERADO VUELVA AL ESTADO DE CONCIENCIA, ES NECESARIO QUE EL ANESTESIÓLOGO SUSPENDA LA ADMINISTRACIÓN DEL ANESTESICO (HALOTANO) E INMEDIATAMENTE INICIE LA VENTILACIÓN (OXÍGENO) PARA QUE EL VAPOR SEA INTERCAMBIADO Y EMPIECE A DISMINUIR EL NIVEL DE ANESTÉSICO CIRCULANTE DISMINUYENDO ASÍ EL PLANO QUIRÚRGICO MANTENIDO DURANTE LA INTERVENCIÓN.

ACCION DE ENFERMERIA

ASISTENCIA AL PACIENTE DURANTE LA RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

LA META PRINCIPAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DURANTE EL POSTOPERATORIO INMEDIATO ES COLABORAR CON EL PACIENTE PARA QUE NORMALICE SUS FUNCIONES EN LA FORMA MÁS RÁPIDA, CÓMODA Y SEGURA POSIBLE. TOMANDO EN CUENTA LAS SIGUIENTES BASES:

- REGISTRO DE SIGNOS VITALES.
- NO DEBE DEJARLO SOLO
- DEBE CONSERVAR VÍAS AÉREAS PERMEABLES.
- CUMPLIR CON PRECISIÓN LAS INDICACIONES MÉDICAS, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN LOS MEDICAMENTOS Y OXIGENACIÓN.
- ASISTIRLE EN CASO DE QUE VOMITE. CON EL OBJETO DE IMPEDIR UNA BRONCOASPIRACIÓN.

EVALUACION.

DURANTE EL PERÍODO EN QUE EL PACIENTE SE RECUPERA DE LA ANESTESIA NO PRESENTA NINGUNA ALTERACIÓN TRASCENDENTE, Y MU-

CHO MENOS ALGUNA COMPLICACIÓN RESPIRATORIA.

ACCION DE ENFERMERIA.

MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

- TETILPERACINA 1 AMPOLLETA I.M. CADA 12 HRS.
- DAPIRONA 1 GR. I.M. CADA 8 HRS.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

LA TETILPERACINA SE ADMINISTRA CON EL OBJETO DE EVITAR QUE EL PACIENTE DURANTE EL POSTQUIRÚRGICO VOMITE, POR LA ACUMULACIÓN DE LÍQUIDOS, SECRECIONES Y SALIVA DEGLUTIDOS DURANTE EL PERÍODO ANESTÉSICO.

EN EL CASO DE LA DAPIRONA SE APLICA COMO ANALGÉSICO Y ANTIPIRÉTICO, YA QUE POR EL METABOLISMO AUMENTADO QUE SE ORIGINA EN EL ORGANISMO PARA PROTEGERSE A SÍ MISMO DE UNA POSIBLE INFECCIÓN Y POR EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN SUELE PRESENTARSE FEBRÍCULA Y SÍNTOMAS DE INFLAMACIÓN (DOLOR, CALOR, RUBOR). EL DOLOR POSTERIOR A LA CIRUGÍA REQUIERE DE MEDICAMENTOS QUE AUNQUE EL PACIENTE NO LO PIDA DEBE DE ADMINISTRARSE, O BIEN SI LO SOLICITA NO DEBE DE PASARSE EL PROPORCIONARLO.

EVALUACION.

SE ADMINISTRA EL MEDICAMENTO EVITANDO QUE LA PACIENTE VOMITE, NO PRESENTA NINGUNA REACCIÓN POSTQUIRÚRGICA IMPORTANTE. EN CUANTO AL ANALGÉSICO Y ANTIPIRÉTICO (DAPIRONA) TAMBIÉN SE ADMINISTRA DISMINUYENDO LAS MANIFESTACIONES DEL ACTO QUIRÚRGICO, SI LLEGA A MANIFESTAR DOLOR Y FEBRÍCULA PERO SON TOLERABLES Y CONTROLADOS.

ACCION DE ENFERMERIA.

VIGILAR EL APÓSITO QUIRÚRGICO SIN DESTAPAR POR 24 HRS.
VIGILAR SANGRADO TRANSVAGINAL.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

SE DEBEN DE OBSERVAR ESTOS DOS ASPECTOS PARA DETECTAR DE INMEDIATO ALGÚN PROBLEMA POST-OPERATORIO EL SANGRADO DEBE SER ESCASO O NULO, YA QUE DURANTE LA INTERVENCIÓN SE COLCCARON - PUNTOS HEMOSTÁSICOS EN CAVIDAD POR LO QUE EL APÓSITO DEBE CONSERVARSE NORMALMENTE SECO, NO SE DEBE RETIRAR PARA EVITAR CONTAMINACIÓN A MENOS QUE SE TORNE HÚMEDO, SI EL SANGRADO TRANSVAGINAL AUMENTARA EN FORMA CONSIDERABLE DEBE DE VIGILARSE ESTRECHAMENTE PARA DETECTAR LA PRESENCIA DE HEMORRAGIA INTERNA, DEBIENDO FREVER UN CHOQUE HIPOVOLÉMICO.

EVALUACION.

EL APÓSITO SE MANTIENE COMPLETAMENTE SECO DURANTE EL TIEMPO DE SU RECUPERACIÓN POSTQUIRÚRGICA, NO SE PRESENTA NINGUNA-MANIFESTACIÓN DE COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS.

ACCION DE ENFERMERIA.

VIGILAR ESTADO DE CONCIENCIA.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

PCR LO GENERAL ESTAS PACIENTES POSTOPERADAS CON ANESTESIA INHALATORIA GENERAL SE ENCUENTRAN SEMICONSCIENTES, SOMNOLIENTAS, POR LO QUE DEBE PROTEGERSE CON BARANDALES DEBEN HACERSE ALGUNAS PREGUNTAS PARA DETERMINAR EL GRADO DE INCONCIENCIA, PERO SIN LLEGAR A MOLESTAR A LAS PACIENTES. CUANDO LA PACIENTE VAYA RECUPERÁNDOSE EXPONDRÁ DUDAS QUE LE CAUSAN ANSIEDAD, POR LO QUE SE DEBE TRANQUILIZARLA Y PERMITIRLE UN DESCANDO TRANQUILO.

EVALUACION.

LA PACIENTE REACCIONA ANGUSTIADA POR LA PÉRDIDA DE SU MATRIZ, A LO QUE SE LE TRANQUILIZA EXPLICÁNDOLE LAS VENTAJAS DE LA CIRUGÍA EN SU CASO TRATANDO DE HACERLE ENTENDER QUE ES POR SU BIEN LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA.

ACCION DE ENFERMERIA.

PROPORCIONAR DIETA LÍQUIDA, A TOLERANCIA.
(LÍQUIDOS: JUGO, LECHE).

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

AL RECUPERARSE TOTALMENTE EL PACIENTE DE LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA, SE CONSIDERA CON CERTEZA QUE POSTERIOR A UNA CIRUGÍA DE CUALQUIER TIPO MIENTRAS MÁS TEMPRANAMENTE SE PROPORCIONE ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL, ES MEJOR YA QUE SE RECUPERA RÁPIDAMENTE LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL. INICIANDO CON LA PRODUCCIÓN DE JUGOS DIGESTIVOS Y CON LA ESTIMULACIÓN A LOS MOVIMIENTOS PERISTÁLTICOS DEL TRACTO DIGESTIVO PRINCIPALMENTE EL INTESTINO, AUNANDO A LO ANTERIOR EL OBJETIVO ANTES MENCIONADO DE HIDRATAR AL PACIENTE.

EVALUACION.

SE PROPORCIONAN LOS LÍQUIDOS MENCIONADOS SIN NINGUNA REACCIÓN POR PARTE DE LA PACIENTE, ACEPTANDO CON AGRADO. NO PRESENTA MALESTAR POSTERIOR A LA INGESTA, SOLAMENTE REFIERE LA PRESENCIA DE GASES SIENDO UNA MANIFESTACIÓN POSITIVA DEL FUNCIONAMIENTO DIGESTIVO.

ACCION DE ENFERMERIA.

RETIRAR SONDA DE FOLEY.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

LA SONDA ES COLOCADA PREVIAMENTE AL ACTO QUIRÚRGICO CON EL OBJETO DE DISMINUIR EL VOLUMEN DE LA VEJIGA MEJORANDO ASÍ EL CAMPO VISUAL Y PERSISTE POSTERIOR A DICHO ACTO DURANTE 24 HRS, APROXIMADAMENTE PARA VALORAR EL ESTADO DE LA VEJIGA Y DETERMINAR SI SE LLEGÓ A LESIONAR DURANTE LA INTERVENCIÓN EN BASE A LAS CARACTERÍSTICAS YA MENCIONADAS DE LA ORINA (CANTIDAD Y COLOR), EN EL CASO DE NO OBSERVAR NINGUNA ALTERACIÓN EN LA ORINA SINO QUE VUELVE A SUS CARACTERÍSTICAS NORMALES SE RETIRARÁ CON TÉCNICA ASÉPTICA CONOCIDA, PARA EVITAR CUALQUIER CONTA

MINACIÓN HACIA LA URETRA, SIGUIENDO LOS MISMOS PASOS QUE AL -
INSTALAR.

EVALUACION.

LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA SE TORNAN NORMALES DE HA-
BER ESTADO LIGERAMENTE HEMATÚRICA, POR LO QUE SE RETIRA LA
SONDA DURANTE SU RECUPERACIÓN INMEDIATA, (12 HRS.)

ACCION DE ENFERMERIA.

DEAMBULACIÓN PRECOZ (ASISTIDA).

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

EXISTEN DIVERSOS FACTORES POR LOS QUE SE DEBE INDICAR DI-
CHA DEAMBULACIÓN EN PACIENTES QUE SE ENCUENTREN POSTOPERADOS,
YA QUE PUEDEN PRESENTARSE COMPLICACIONES QUE REALMENTE SON EVI-
TABLES MEDIANTE DICHO EJERCICIO. UNA DE LAS COMPLICACIONES
MÁS FRECUENTES SE ENCUENTRAN LAS DE TIPO RESPIRATORIO COMO: IN-
FECCIONES DE BOCA, NARIZ Y GARGANTE, EN ESTE CASO POR MAL MANE-
JO DEL MATERIAL EMPLEADO DURANTE LA CIRUGÍA EN EL MOMENTO DE -
LA ANESTESIA. EL EFECTO IRRITANTE DEL ANESTÉSICO EN LA MUCOSA
CON UN AUMENTO DE LA SECRECIÓN DE LA MISMA. AUNANDO ANTECEDEN-
TES DE PROBLEMAS RESPIRATORIOS DEL INDIVIDUO.

AL PACIENTE RECIÉN INTERVENIDO SE LE PERMITE DE ACUERDO A
SUS POSIBILIDADES FÍSICAS DEAMBULAR EN UN PROMEDIO DE 24 A 48
HRS. SIGUIENTES DE LA INTERVENCIÓN. SUELEN EXISTIR COMPLICA-
CIONES A DIFERENTES NIVELES DEL ORGANISMO; EN EL TRACTO RESPI-
RATORIO COMO YA SE MENCIONÓ POR ACUMULACIÓN DE SECRECIONES IM-
PIDIENDO CON LA DEAMBULACIÓN LA ÉSTASIS DE SECRECIONES PULMONA-
RES. EN EL TUBO DIGESTIVO; DISMINUYE LA DEAMBULACIÓN LA DIS-
TENCIÓN ABDOMINAL POSTOPERATORIA, YA QUE SE AUMENTA EL TONO -
DEL TUBO GASTROINTESTINAL, DISMINUYENDO LA POSIBILIDAD DE PRO-
BLEMAS DE ESTREÑIMIENTO EVITANDO LA PRÁCTICA DE ENEMAS.

EN CUANTO A LAS ALTERACIONES DE TIPO CIRCULATORIO SE DIS-

MINUYE CON EL DEAMBULAR, EL RIESGO DE UNA TROMBOFLEBITIS AL MEJORAR LA CIRCULACIÓN LIMITANDO LA PRESENCIA DE ÉSTASIS VENOSA. TAMBIÉN EXISTEN VENTAJAS PARA LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS DISMINUYENDO LOS CASOS DE EVISCERACIÓN POSTOPERATORIA.

EL DEAMBULAR DEBE SER PAULATINO Y EL PERSONAL QUE LO ACOMPAÑA DEBE PROPORCIONAR APOYO FÍSICO Y MORAL, EVITANDO QUE EL PACIENTE SE FATIGUE,

EVALUACION.

LA PACIENTE ES AYUDADA PARA REALIZAR SU PRIMERA DEAMBULACIÓN, EN LA CUAL TODAVÍA DE ESTAR SENTADA SUFRE MAREOS, NO PRESENTA COMPLICACIONES POSTERIORES DE TIPO RESPIRATORIO, DIGESTIVO, NI RENAL, Y EL MALESTAR DESAPARECE.

ACCION DE ENFERMERIA.

PROPORCIONAR DIETA BLANDA. (A LAS 48 HRS. POSTOPERADA)

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

YA QUE EL PACIENTE LOGRA ACEPTAR SIN PROBLEMA LA DIETA LÍQUIDA SE DEBE DE AUMENTAR EL RÉGIMEN ALIMENTICIO CON ALIMENTOS SÓLIDOS, QUE REQUIEREN Poca MASTICACIÓN, SIN CONTENIDO FIBROSO, DE FÁCIL DIGESTIÓN, SE DEBE DE IR ENCAMINANDO AL PACIENTE A SU RESTABLECIMIENTO PARA NUEVAMENTE INTEGRARSE A SU VIDA NORMAL.

EVALUACION.

LA PACIENTE LOGRA LA INGESTA DE LA DIETA BLANDA SIN PROBLEMA ALGUNO, SÓLO QUE AUNQUE REFIERE LA PRESENCIA DE GASES Y MOVIMIENTOS INTESTINALES PERO AÚN NO HA PODIDO DEFECAR, POR LO QUE ES INDICADA LA MINISTRACIÓN DE UN LAXANTE.

ACCION DE ENFERMERIA.

PROPORCIONAR DIETA NORMAL.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

ESTA DIETA ES PROPORCIONADA SI EL PACIENTE ACEPTA LA DIETA LÍQUIDA, LA DIETA BLANDA SIN COMPLICACIONES, ESTE RÉGIMEN ALIMENTICIO CONTIENE LOS ALIMENTOS QUE CUALQUIER INDIVIDUO TOMA EN CONDICIONES NORMALES DE SALUD, EVITANDO CONDIMENTOS Y ALIMENTOS FRITOS, YA QUE SUELEN EXISTIR PACIENTES CON DIFICULTAD PARA DIGERIR.

EVALUACION.

LA PACIENTE INGIERE EL ALIMENTO SIN APETITO, PERO NO LE CAUSA NINGÚN MALESTAR POSTERIOR, EL RESTO DE SU RECUPERACIÓN INTRAHOSPITALARIA CONTINÚA CON ESTA DIETA, DONDE POSTERIORMENTE SUELE MANIFESTARSE EL APETITO PAULATINAMENTE.

PROBLEMA.

ESTREÑIMIENTO.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA.

A CAUSA DEL TRAUMATISMO QUIRÚRGICO SE PRESENTA UNA DISTENCIÓN ABDOMINAL, PRODUCIENDO LA DESAPARICIÓN DEL PERISTALTISMO DURANTE 24-48 HRS. EN EL CASO ESPECÍFICO SE CONSIDERA EL ANTECEDENTE DE QUE EXISTE DEL ESTR^EÑIMIENTO PREVIO A LA INTERVENCIÓN OCASIONADO POR EL AUMENTO DE TAMAÑO DEL ÚTERO QUE EJERCÍA PRESIÓN SOBRE EL INTESTINO, LOGRANDO UN HÁBITO PARA EL INTESTINO DE NO EVACUAR DIARIAMENTE. ADemás EL PACIENTE SOMETIDO A UNA ANESTESIA GENERAL, DEGLUTE SECRECIONES Y AIRE HACIA EL TRAYECTO GASTROINTESTINAL LO QUE OCASIONAN AL NO SER IMPULSADOS POR LA ACTIVIDAD INTESTINAL SE ACUMULEN EN LAS ASAS INTESTINALES Y LAS DISTIENDEN O BIEN EN EL COLON

Y ÉSTOS SON EXPULSADOS CONFORME EL INTESTINO RECUPERA EL PERISTALTISMO MANIFESTANDO INICIALMENTE LA EXPULSIÓN DE FLATULENCIAS.

ACCION DE ENFERMERIA.

MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO LAXANTE METAMUCIL (POLVO)
PSYLLIUM PLÁNTAGO. 1 CUCHARADA EN MEDIO VASO DE AGUA
CADA 12 HRS.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

ESTE MEDICAMENTO ES INDICADO EN EL MANEJO DE LA CONSTIPACIÓN INTESTINAL. EL MECANISMO DE ACCIÓN DE ESTE LAXANTE ES POR FORMACIÓN DE VOLUMEN CONSTITUIDO POR FIBRA DERIVADA DE LA CÁSCARA DE SEMILLA DE PSYLLIUM. AL SER INGERIDO FORMA UNA MASA BLANDA NO IRRITANTE QUE FAVORECE LA EVACUACIÓN NORMAL. NO CONTIENE ESTIMULANTES QUÍMICOS.

EVALUACION.

LA PACIENTE DESPUÉS DE INCLUIRLE EN SU DIETA ABUNDANTES LÍQUIDOS, FRUTA, ETC. LOGRA DEFECAR POSTERIOR A LA TERCERA TOMA DE LAXANTE, PERO NO PRESENTA NINGUNA DIFICULTAD ASOCIADA. DISMINUYE LA DISTENSIÓN Y EL MALESTAR DE LA PACIENTE.

PROBLEMA.

DEPRESIÓN EMOCIONAL.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA.

EL ESTADO DEPRESIVO DE UNA PACIENTE PUEDE SER CAUSADO POR

DIVERSAS CAUSAS, PUEDE MANIFESTARSE POR SENTIMIENTOS DE CULPA, DESESPERANZA, MELANCOLÍA, DESÁNIMO, Y LA IMPRESIÓN GENERAL DE NO VIVIR. NO SE CONOCEN CAUSAS PRECISAS DE PERÍODOS DEPRESIVOS SINO QUE PUEDEN SER DE DIVERSA ÍNDOLE COMO, PERÍODOS DE ESTRÉS EMOCIONAL VARIANDO LA INTENSIDAD DE DEPRESIÓN DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE CADA PACIENTE. UN TRAUMA PERSONAL, O UN ACONTECIMIENTO ESTRESANTE, AL DEJAR DE INGERIR FÁRMACOS O BIEN A CONSECUENCIA DE OTRAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

EN ESTE CASO SE TRATA DE UNA PACIENTE QUE SUFRE MIOMATOSIS UTERINA LA CUAL FUE PROGRAMADA PARA LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL. ÉLLA ES DE EDAD ADULTA, RECIÉN CASADA, Y LO MÁS IMPORTANTE QUE NO HA TENIDO HIJOS, POR LO QUE ES UN FACTOR QUE ALTERARÁ SU ESTADO EMOCIONAL, Y MÁS SEVERAMENTE SI NO RECIBE APOYO DE LAS PERSONAS QUE LE RODEAN.

POR LA GRAN FRECUENCIA EN QUE LAS PACIENTES SON ALTERADAS EMOCIONALMENTE SE HA RECURRIDO AL ESTUDIO POR MEDIO DE PSICOANÁLISIS DÁNDOSE LA SIGUIENTE EXPLICACIÓN HACIA LA EXISTENCIA DE NEOPLASMAS: SE HA VISTO QUE LA MAYORÍA DE LAS PACIENTES QUE SUFREN DE ÉSTOS SE ACERCAN A LA MENOPAUSIA Y NO HAN TENIDO HIJOS, LAS PACIENTES SE ENCUENTRAN FRUSTRADAS EN SU MATERNIDAD Y SE ACERCAN A UNA RENUNCIA DEFINITIVA, POR LO QUE EL ÚTERO SE LLENA DE TEJIDO CREANDO AUTOPLÁSTICAMENTE UN SUSTITUTO POBRE DEL NIÑO ANHELADO, EN ALGUNAS OCASIONES LAS MUJERES NO DESEAN TENER HIJOS EN FORMA CONSCIENTE PERO SU INCONSCIENTE ACTÚA DE DIFERENTE FORMA.

EXISTEN PAREJAS QUE EN FORMA CONSCIENTE EMPLEAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA EVITAR EL TENER FAMILIA, PERO AL ENFRENTAR UNA SITUACIÓN DE ESTERILIDAD NO ESTÁN PREPARADAS Y LOS AFECTA DE LA MISMA FORMA, CAMBIANDO FUNDAMENTALMENTE SU RELACIÓN COMO PAREJA.

PSICOLÓGICAMENTE NO IMPORTA EN FORMA DETERMINANTE EL QUE LA MUJER NO TENGA HIJOS, SINO QUE LOGRE ADAPTARSE A SU NUEVA FASE, SI NO ES ASÍ SE SENTIRÁ FRUSTRADA, TENDRÁ MUCHOS CONFLICTOS INTERNOS, SIENDO DIFÍCIL LOGRAR UNA ESTABILIDAD, LA MUJER SIENTE HABER DESPERDICIAO GRAN PARTE DE SÍ MISMA Y DE SU VIDA.

SI LA MUJER SE SIENTE FRUSTRADA Y AMARGADA SE VOLVERÁ NEURÓTICA AFECTANDO DE IGUAL FORMA A SU PAREJA Y A LAS PERSONAS QUE LE RODEAN, EN CAMBIO SI ELLA ES FELIZ SERÁ CAPAZ DE AMARSE Y AMAR A SUS SEMEJANTES.

FREUD ESTABLECE: QUE PARA LA MUJER EL TENER UN HIJO REPRESENTA EL CUMPLIMIENTO DE UNA SUPREMA FUNCIÓN BIOLÓGICA EN CONDICIONES NORMALES Y DE SEGURIDAD COMPENSANDO CON CRECES SUS LIMITACIONES HACIA EL HOMBRE Y LA SOCIEDAD.

ADEMÁS EN ESTE CASO SE CUENTA COMO ANTECEDENTE UN ABORTO LO QUE TAMBIÉN DETERMINA CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD DE LA PACIENTE, YA QUE SE SIENTE COMO UNA ASESINA POR LA IDEA DE QUE EL ÓVULO DESDE EL MOMENTO EN QUE ES FECUNDADO ADQUIERE VIDA Y ELLA ROMPE CON LAS FANTASÍAS QUE HABÍA FORMADO DESDE QUE SE ENTERÓ QUE ESTABA EMBARAZADA. LA MUJER PUEDE ANHELAR UN HIJO PARA COMPROBAR SU FERTILIDAD Y REVIVIR EN ÉSTE SU PROPIA INFANCIA DÁNDOLE LO QUE ELLA NO TUVO, TAMBIÉN EL DESEO DE DAR A LUZ EN LA MUJER SURGE DE LA NECESIDAD PSICOBIOLOGICA DE DESARROLLAR TODAS SUS CAPACIDADES LATENTES.

COMO ÚLTIMA ETAPA SEXUAL SE PRESENTA LA MENOPAUSIA, DONDE LA MATERNIDAD Y SEXO PIERDEN TODA INTERDEPENDENCIA FISIOLÓGICA, ES DONDE SE PIERDE LA ÚLTIMA POSIBILIDAD DE SER MADRE. SUELEN APARECEN TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS QUE ORIGINAN UN CUADRO TEMIDO POR LAS PACIENTES. CUANDO LLEGABA ESTE MOMENTO ANTERIORMENTE SE CONSIDERABA QUE ELLA DEBÍA RENUNCIAR A MU--

CHAS COSAS PARA LLEVAR UNA VIDA DIGNA Y RESIGNADA EN ESTA EDAD EMPEZABA A SUFRIR DE TRISTEZAS, OLAS DE CALOR, SUDOR, ANGUSTIA, ETC.

SI LA MUJER GOZABA SEXUALMENTE, COMPROBARÁ QUE NO PIERDE ESTA FACULTAD, YA QUE SE INDEPENDIZA DE LOS PROCESOS HORMONALES, MIENTRAS QUE LA MUJER QUE NO GOZÓ NUNCA, DESAPARECE RÁ SU ÚLTIMA POSIBILIDAD.

LA MUJER QUE ES DE CARÁCTER RÍGICO AL IGUAL QUE AQUELLA CON INTERESES LIMITADOS SERÁ MUY DIFÍCIL EL TOLERAR LOS CAMBIOS QUE SUFRE SU VIDA Y SU CUERPO CON LA VEJEZ QUE SE APROXIMA.

POR LO QUE AL SENTIRSE DENTRO DE UN CAMPO LIMITADO CENTRARÁN SU ATENCIÓN EN ACTITUDES HIPOCONDRIACAS HACIA SU CUERPO, ADEMÁS DE SENTIRSE INÚTIL.

EN CAMBIO SI ES UNA MUJER CON MÚLTIPLES INTERESES RENUNCIARÁ FÁCILMENTE A LA CAPACIDAD DE PROCREACIÓN, YA QUE SU MENTE SE ENCONTRARÁ CREATIVA EN DIVERSAS ÁREAS.

LA REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA ES MAYOR EN EL CASO DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS, YA QUE ÉSTAS SON 'DESPRENDIDAS' DE UN ÓRGANO SI NO VITAL, SÍ DE FUNDAMENTAL IMPORTANCIA, YA QUE EL TENER UN HIJO IDENTIFICA A LA MUJER COMO TAL ANTE LA SOCIEDAD.

ACCION DE ENFERMERIA.

APOYO PSICOLÓGICO.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA ES HACER SENTIR AL PACIENTE SEGU-

RO Y DISMINUIR SU ESTADO DEPRESIVO EN LO QUE SEA POSIBLE. ESTE APOYO SERÁ PROPORCIONADO DE ACUERDO A LAS BASES QUE TENGA EL PERSONAL EN CUANTO A LO QUE SUCEDE TRATANDO DE COMPRENDER LA SITUACIÓN DE LA PACIENTE PARA PODER COLABORAR CON ELLA, EN SU ADAPTACIÓN A LA PRESENTE FASE. TRATANDO DE DISMINUIR SU FRUSTRACIÓN POR NO HABER SIDO MADRE; TAMBIÉN SE DEBE DE AYUDAR A ADAPTARSE A SU ETAPA SEXUAL DE MENOPAUSIA DONDE DEBE SEPARAR EL SEXO DE LA ÚNICA FUNCIÓN QUE LA SOCIEDAD LE HA DADO QUE ES LA PROCREACIÓN HACIÉNDOLE ENTENDER QUE EL HABER LLEGADO ESTE MOMENTO NO ES PARA QUE SE REFUGIE Y DEJE SUS GUSTOS Y DIVERSIONES SINO QUE DEBE SEGUIR SU VIDA IGUAL QUE ANTES.

TAMBIÉN UN PUNTO IMPORTANTE A TRATAR ES EL ASPECTO SEXUAL, EL CUAL DIFÍCILMENTE SE ORIENTA A LAS PACIENTES PARA QUE SIGAN SU VIDA SEXUAL AUNQUE NO PERSIGAN LA PROCREACIÓN SINO QUE COMO PAREJA SE SATISFAGAN MUTUAMENTE.

DEBE MOTIVARSE A UNA DISTRACCIÓN PRODUCTIVA Y QUE NO SE VUELVA OCIOSA, YA QUE SE VOLVERÁ HIPOCONDRIACA.

EVALUACION.

SE PLATICA CON LA PACIENTE SOBRE LOS DIVERSOS PUNTOS EXPUESTOS, Y SE LOGRA OBSERVAR QUE NO SE PROPORCIONÓ PREVIAMENTE A LA CIRUGÍA NINGUNA INFORMACIÓN SOBRE SUS NUEVAS CONDICIONES. LA PACIENTE AL INICIAR LA PLÁTICA SE MUESTRA MUY ANGUSTIADA, Y POSTERIORMENTE SE VE MÁS TRANQUILA Y UBICADA CON SU NUEVA SITUACIÓN. LAMENTABLEMENTE NO FUE POSIBLE HABLAR CON SU PAREJA, YA QUE NO FUE A VISITARLA HASTA UN DÍA ANTES DE SALIR Y FUE EN OTRO TURNO. SE TRATA DE INFUNDIR CONFIANZA EN ELLA MISMA, YA QUE POR LO ANTERIOR ELLA SE ENCUENTRA DESCONTROLADA, NO CUENTA CON EL APOYO DE SU PAREJA EN ESTOS MOMENTOS REACCIONANDO ELLA CON UNA ACTITUD DERROTISTA HACIA SU MATRIMO-

NIO, DESVALORIZÁNDOSE A SÍ MISMA. SE LOGRA RESCATAR EL QUE ELLA VALORE SUS CUALIDADES Y CONSIDERANDO QUE TIENE UN ÁREA MAYOR PARA ACTUAR YA QUE TRABAJA, Y EN CUANTO A SU VIDA SEXUAL SE OBSERVA QUE LA IDEA QUE ELLA TENÍA HACIA SU VIDA POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN IBA A SER QUE NO TENÍA CASO TENER RELACIONES SEXUALES, Y LO PEOR QUE NO PODÍA TENERLAS LA INTERVENIDA, LO QUE TERMINABA CON SU MATRIMONIO.

PROBLEMA.

SENTIMIENTOS DE CULPA.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA.

ES UN AFECTO QUE SE EXPERIMENTA CUANDO SE VIOLAN NORMAS O PRECEPTOS MORALES QUE HAN SIDO, ACEPTADOS COMO VÁLIDOS. EN FUNCIÓN DE LA CONCIENCIA MORAL, UNA VEZ QUE LAS NORMAS, PRECEPTOS Y METAS DE LOS PADRES HAN SIDO INTERNALIZADOS Y LA PRESENCIA DE AUTORIDADES AUNQUE CONTINÚA REFORZANDO Y NUTRIENDO LAS NORMAS INTERNAS, DEJA DE SER NECESARIA. LAS NORMAS OPERAN DESDE DENTRO, AUMENTADA CONSIDERABLEMENTE SU EFICACIA YA QUE ASÍ, ANTES ERA POSIBLE OCULTARSE DE LAS AUTORIDADES PARA LLEVAR A CABO ACTOS PROHIBIDOS, NO ES POSIBLE OCULTARSE UNO MISMO. EXISTIENDO DOS FORMAS DE REACCIONAR A LA CULPABILIDAD: CON EL ARREPENTIMIENTO Y EL REMORDIMIENTO QUE ADVIERTEN AL INDIVIDUO DE SENTIRSE CULPABLE DE LA TRANSGRESIÓN DE ALGUNA NORMA ACEPTADA.

ACCION DE ENFERMERIA.

APOYO PSICOLÓGICO.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

LA ENFERMERA DEBE DE APOYAR A LA PACIENTE TRATANDO DE COMPRENDER EL PORQUÉ DE SUS ACTITUDES Y PENSAMIENTOS. NO SE

DEBE TRATAR DE PERSUADIR DE SU CULPABILIDAD SINO SE DEBE HACER COMPRENDER EL PORQUÉ DE SUS SENTIMIENTOS Y ESTIMULARLE PARA QUE SE ENFRENTA A ÉSTA.

EVALUACION.

AL HABLAR CON LA PACIENTE SE LOGRA DISMINUIR ESTE SENTIMIENTO DE CULPA YA QUE ELLA COMPRENDE, QUE FUE LO QUE PASÓ CON SU ORGANISMO Y LAS POSIBILIDADES DE CONTINUAR SU VIDA NORMAL. TAMBIÉN SE EXPLICA QUE DEBE COMENTARLO CON SU PAREJA, YA QUE COMO SE ESTABLECE ANTERIORMENTE NO FUE POSIBLE TRATARLO CON ÉL.

ACCION DE ENFERMERIA.

PROMOVER UN EQUILIBRIO EMOCIONAL.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

EL BIENESTAR EMOCIONAL, ES TAN IMPORTANTE PARA LA SALUD COMO EL FÍSICO Y EL SOCIAL, EL INDIVIDUO QUE SE ENCUENTRA TRISTE, PREOCUPADO, ANSIOSO, ENOJADO, ASUSTADO, NO FUNCIONA EN FORMA ÓPTIMA EN SUS FACULTADES FÍSICAS, MENTALES Y SOCIALES. CADA COMPONENTE DE LA SALUD AFECTA COMO TODOS LOS DEMÁS, SUELE UN INDIVIDUO EXPERIMENTAR EMOCIONES COMO: FELICIDAD, TRISTEZA, ENOJO, TEMOR, ETC, VARIABLES EN LA VIDA COTIDIANA. ÉSTAS REACCIONES DEBEN PERMANECER EN EQUILIBRIO O APARECEN TRASTORNOS EN EL ESTADO FÍSICO, EL FUNCIONAMIENTO MENTAL O LAS RELACIONES SOCIALES.

EVALUACION.

ES POSIBLE QUE LA PACIENTE PUEDA DOMINAR SU ANSIEDAD Y SUS CAMBIOS DE ESTADO DE ÁNIMO EN CUANTO SE CONVENZA QUE REALMENTE SU VIDA PUEDE CONTINUAR DE LA MISMA FORMA Y QUE SU RELACIÓN DE PAREJA DEBE ENCAMINARSE A SATISFACERSE COMO TAL.

ACCION DE ENFERMERIA.

MOTIVACIÓN Y ESTIMULACIÓN PARA SEGUIR ADELANTE.

RAZON CIENTIFICA DE LA ACCION.

SE HA CONOCIDO DESDE HACE MUCHO TIEMPO LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD DEL PACIENTE SOBRE SU PRONÓSTICO. LA MOTIVACIÓN ES INDISPENSABLE PARA LA RECUPERACIÓN, YA QUE ES MUY DIFÍCIL CURAR A UN PACIENTE QUE NO QUIERE SENTIRSE BIEN. SE CONSIDERA QUE EL PACIENTE QUE DURANTE EL PREOPERATORIO SE ENCUENTRA EXCESIVAMENTE TEMEROSO CORRE UN RIESGO QUIRÚRGICO MAYOR; EN OCASIONES SE RETRASA LA INTERVENCIÓN FAVORECIENDO LA DISMINUCIÓN DEL TEMOR. EN ESTE MOMENTO SE PRESTA GRAN ATENCIÓN AL ALIVIO DE LA ANSIEDAD COMO FACTOR PREVENTIVO DE LA ENFERMEDAD QUE HACE LA RECUPERACIÓN MÁS FÁCIL Y MENOS PROPENSA A COMPLICACIONES. LA ANSIEDAD ES UN FACTOR EXACERBANTE DE LA ENFERMEDAD Y SUS EFECTOS SOBRE EL PACIENTE, SON TAN PROFUNDOS QUE ES FUNDAMENTAL SU ATENCIÓN.

LA FALTA DE ESTIMULACIÓN PRODUCIRÁ EN SU MEDIO ESTADOS DE ANSIEDAD. EL INDIVIDUO ABURRIDO SE INTRANQUILIZA, SE PREGUNTA LO QUE DEBE HACER, CONSIDERA QUE DEBE EMPRENDER ALGUNA ACTIVIDAD Y SUFRE ANSIEDAD PORQUE NO LO LLEGA A HACER.

DEBE DARSE ATENCIÓN AL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y DE DESPERSONALIZACIÓN QUE EN OCASIONES MANIFIESTAN. UNA DE LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS ES EL SENTIRSE PARTE DE UN GRUPO Y QUE LOS QUE LA RODEAN LOS ESTIMAN Y ACEPTAN POR SU PERSONA NO IMPORTANDO SU ENFERMEDAD.

DEBE HACERSE ENTENDER QUE SU VIDA DEBE SEGUIR CON LAS PERSONAS QUE LA RODEAN Y DENTRO DE SU AMBIENTE DEBE REALIZARSE COMPLETAMENTE SIN SER UNA LIMITANTE EL HECHO DE QUE NO PODRÁ TENER HIJOS COMO HASTA EL MOMENTO LO HA IDO HACIENDO.

EVALUACION.

SE OBSERVA A LA PACIENTE TRANQUILA CON LO QUE SE LLEGA A CONVERSAR, CON MÁS ÁNIMOS DE SEGUIR ADELANTE CON SU FAMILIA Y SU ACTIVIDAD LABORAL, APOYANDO ESTO SU VIDA MATRIMONIAL.

CONCLUSIONES

EL ESTUDIO SE EFECTÚA A UNA PACIENTE CANDIDATA A CIRUGÍA, A LA QUE SE REALIZA HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL POR MIOMATOSIS. DURANTE EL DESARROLLO DEL ACTO QUIRÚRGICO, SE OBSERVA QUISTE DE OVARIO IZQUIERDO, POR LO QUE SE DETERMINA SALPINGOFORECTOMÍA DEL MISMO LADO.

EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, SE CONSIDERA IMPORTANTE EL CONOCIMIENTO DE LA ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO, PARA CUALQUIER PARTICIPACIÓN COMO ENFERMERA, A FIN DE COMPRENDER LA PROBLEMÁTICA Y PODER ENFRENTAR CUALQUIER SITUACIÓN GINECOLÓGICA, YA SEA CON EL EQUIPO DE TRABAJO O EN RELACIÓN AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES.

PARA LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE, EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEBE CONOCER EL PROBLEMA ESPECÍFICO, EN ESTE CASO, LA HISTORIA NATURAL DE LA MIOMATOSIS UTERINA.

DURANTE EL PERIODO PREOPERATORIO DEBE DAR IMPORTANCIA A LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA, YA QUE GENERALMENTE NO ES PRACTICADA POR EL EQUIPO DE SALUD INCLUYENDO ENFERMERÍA, AUN CONOCIENDO LA TRASCENDENCIA QUE ÉSTA TIENE DURANTE LA EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE.

DURANTE EL TRANSOPERATORIO PARTICIPA MÁS DIRECTAMENTE CON EL PERSONAL, YA QUE LA PACIENTE SE ENCUENTRA INCONSCIENTE, SIN OLVIDAR QUE SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS A LA PACIENTE QUE SON DE GRAN IMPORTANCIA, PUES SON MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS.

PARA PODER REALIZAR ACTIVIDADES DENTRO DE UNA SALA QUIRÚRGICA, LA ENFERMERA DEBE CONTAR CON CONOCIMIENTOS COMO: TÉCNICA QUIRÚRGICA, DE PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS CON EL MANEJO DE PRINCIPIOS CIENTÍFICOS.

DURANTE LA RECUPERACIÓN DE LA PACIENTE, MOMENTO CONOCIDO COMO POSTOPERATORIO, LA ENFERMERA DEBE CONTEMPLAR NUEVAMENTE LAS DIFERENTES ETAPAS POR LAS QUE LA PACIENTE YA PASÓ; SIENDO ESTA 'LA ÚLTIMA' (DENTRO DEL HOSPITAL), EN LA QUE DEBE SER RETROALIMENTADA LA ORIENTACIÓN CON QUE CUENTA LA PACIENTE Y SUS FAMILIARES, PUES EN ESTE MOMENTO, LA PACIENTE YA FUE DESPOJADA DE LA CAUSA QUE INICIALMENTE ORIGINÓ SU PROBLEMA. SE CONTINÚA CON LA REHABILITACIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA, QUE EN GRAN PARTE ESTÁ EN MANOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA, YA QUE ES EL PERSONAL QUE PASA MÁS TIEMPO CON LOS PACIENTES, ADEMÁS QUE SIENDO MUJER, EXISTE MAYOR COMUNICACIÓN Y ES MÁS FÁCIL QUE LA PACIENTE SE IDENTIFIQUE Y SERÁ MÁS FACTIBLE QUE LA PACIENTE MANIFIESTE SUS PREOCUPACIONES Y TEMORES AL RESPECTO.

AUNQUE LA PACIENTE PASA POR DIFERENTES FASES DURANTE SU DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, NO EXISTE UNA FASE MÁS IMPORTANTE QUE LAS OTRAS, SIENDO EN TODAS ELLAS IMPRESCINDIBLE EL APOYO PSICOLÓGICO QUE LA ENFERMERA PUEDA PROPORCIONAR A LA PACIENTE.

EN EL ÁREA PSICOLÓGICA, LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS REQUIEREN DE GRAN ORIENTACIÓN, YA QUE LA MUJER CONSIDERA QUE 'ESTÁ VACÍA', 'HUECA', 'QUE NO SIRVE', POR LO QUE EL PERSONAL DEBE EXPLICAR LO QUE SUCEDE EN SU ORGANISMO ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, LOGRANDO LA DISMINUCIÓN DE SUS TEMORES Y ANGUSTIAS QUE MANIFIESTA, POR NO TENER EL ÚTERO.

UN PUNTO QUE A LA PACIENTE INQUIETA ENTRE OTROS, ES EL HECHO DE SU RELACIÓN CON LA SOCIEDAD, AL NO PODER TENER HIJOS Y SU RELACIÓN CON SU PAREJA, CUESTIÓN QUE EL PERSONAL DEBE APOYAR Y CONCIENTIZAR DE QUE LA VIDA DEBE CONTINUAR SIN CAMBIO, QUE ELLA SIGUE SIENDO ÚTIL A LA SOCIEDAD Y SU FAMILIA, Y CON RESPECTO A SU PAREJA, SU RELACIÓN DEBE CONTINUAR, YA QUE POR EL AMOR QUE SE TIENEN VIVIRÁN JUNTOS AUNQUE NO TENGAN HIJOS. EN CASO DE QUE LA SITUACIÓN SE PRESTE, SE SUGIERE QUE CON EL TIEMPO AL SUPERAR LO SUCEDIDO, PUEDEN RECURRIR A LA ADOPCIÓN.

EN CUANTO A LA ADOPCIÓN, SE REQUIERE YA UN TRATAMIENTO MÁS ESPECIALIZADO CON PSICÓLOGOS Y LA INTERVENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

LA SOCIEDAD ES UNA ESFERA MAYOR Y POR LO CONSIGUIENTE DE MAYOR DIFICULTAD, PUES LA GENERALIDAD MANEJA LOS CONCEPTOS FEMINEIDAD IGUAL A MATERNIDAD, SIENDO LA BASE PSICOSOCIAL LA QUE AFECTA A LA MUJER QUE ES SOMETIDA A ESTA INTERVENCIÓN, MÁS AUN, SI NO LOGRÓ EL TENER HIJOS PORQUE SE SIENTE RECHAZADA POR LA SOCIEDAD Y FRUSTRADA EN SU "FUNCIÓN PRINCIPAL" DE PROCREACIÓN.

CON LA EVOLUCIÓN DE LA SOCIEDAD Y LOS CONOCIMIENTOS DE ÉSTA, HAN IDO CAMBIANDO PAULATINAMENTE LOS CONCEPTOS QUE SE TIENEN AL RESPECTO, VARIANDO DE ACUERDO AL MEDIO EN QUE SE DESENVUELVEN LA PACIENTE; POR LO QUE DEBE SUPERAR Y SALIR ADELANTE EN FORMA PERSONAL, EVITANDO ASÍ LA DEPRESIÓN Y LA INSEGURIDAD, CONTINUANDO DE MANERA NORMAL SU VIDA FAMILIAR Y LABORAL.

DURANTE LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN, SE IMPLEMENTARON ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LAS DIVERSAS - ÁREAS, ENCAMINADAS A DISMINUIR LOS PROBLEMAS REALES QUE SE

MANIFESTARON EN LA PACIENTE, DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA, LOGRANDO SATISFACTORIAMENTE ELIMINAR SUS PROBLEMAS BIOLÓGICOS, DISMINUIR SU DEPRESIÓN E INSEGURIDAD EN SÍ MISMA, POR MEDIO DE ASISTENCIA DURANTE LAS DIVERSAS FASES QUE CURSA Y ORIENTÁNDOLA HACIA LAS CIRCUNSTANCIAS ANTERIORMENTE DESCRITAS.

POR ÚLTIMO, SE CONSIDERA QUE EL ESTUDIO FUE SATISFACTORIO TANTO PARA LA PACIENTE COMO PARA EL PERSONAL, YA QUE SU EVOLUCIÓN FUE RÁPIDA Y POSITIVA.

EXISTE POCO APOYO POR PARTE DEL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD HACIA EL ASPECTO PSICOLÓGICO, SIENDO EN ESTAS PACIENTES UN PROBLEMA MUY IMPORTANTE, SINO QUE ES FUNDAMENTAL PARA SU EVOLUCIÓN, PUES SE HA COMPROBADO QUE EL PACIENTE INCONSCIEN- TEMENTE, DOMINA SU ESTADO DE SALUD PRESENTANDO SÍNTOMAS PSI- COSOMÁTICOS, SIENDO EN GRAN PARTE EVITADOS POR LA ORIENTACIÓN Y APOYO QUE SE PROPORCIONE, DE MANERA OPORTUNA Y EFICIENTE.

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

- ASOCIACIÓN DE MÉDICOS DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3 DEL IMSS., A.C. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
2A. ED., ED. FCO. MÉNDEZ OTEO
MÉXICO 1985, 1001 P.P.
- BAENA, PAZ INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
2A. ED., EDIT. EDITORES
MEXICANOS UNIDOS, S.A.
MÉXICO 1984, 134 PP.
- BEVAN, A. JOHN FUNDAMENTOS DE FARMACOLOGÍA.
2A. ED., ED. HARLA, MÉXICO 1982, 825 PP.
- BOTELLA, LLUSIA JOSÉ TRATADO DE GINECOLOGÍA.
(ENFERMEDADES DEL APARATO GENITAL FE
MENINO), 12A. ED. ED. CIENTÍFICO-MÉ-
DICA, BARCELONA-MÉXICO 1978
- BRUNNER, SUDDARTH ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA
3A. ED., ED. INTERAMERICANA,
MÉXICO 1980, 1230 PP.
- CERDA, ENRIQUE UNA PSICOLOGÍA DE HOY.
12A. ED., ED. HERDER,
BARCELONA 1982, 709 PP.
- DELP, H., MAHLAN PROPEDEÚTICA MÉDICA DE MAJOR.
8A. ED., ED. INTERAMERICANA,
MÉXICO 1980, 362 PP.
- DU GAS, WITTER BEVERLY TRATADO DE ENFERMERÍA PRÁCTICA
3A. ED., ED. INTERAMERICANA,
MÉXICO 1982 544 PP.

- DEXEUS, FONT, SANTIAGO TRATADO DE GINECOLOGÍA
ED. SALVAT, BARCELONA 1970
- FALCONER, MARY FARMACOLOGÍA.
EDIT, INTERAMERICANA,
MÉXICO 1976, 916 PP.
- FUENTE, MUÑIZ RAMÓN PSICOLOGÍA MÉDICA
DE LA
EDIT, FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
MÉXICO, 1981, 444 PP.
- GARDNER, WESTON ANATOMÍA HUMANA.
2A, ED., EDIT, INTERAMERICANA,
MÉXICO 1976, 462 PP.
- GREEN, RICHARD SEXUALIDAD HUMANA.
2A, ED, EDIT, INTERAMERICANA,
MÉXICO 1981, 275 PP.
- GRAY, MADELINE; MENOPAUSIA SIN TEMOR.
ED, EDITORS PRESS SERVICE INC,
E.U.A., 1972, 246 PP.
- GONZALEZ, MERLO J. GINECOLOGÍA
3A, ED., ED. SALVAT EDITORES,
BARCELONA, 1983, 586 PP.
- GUYTON, ARTUR FISIOLOGÍA HUMANA
4A, ED., ED, INTERAMERICANA,
MÉXICO 1980, 446 PP.
- HAMACHEK, DON E. ENCUENTROS CON EL YO.
2A, ED., ED, INTERAMERICANA,
MÉXICO 1981, 263 PP.

- HAROL M. TOVELL
OPERACIONES GINECOLÓGICAS.
ED. SALVAT EDITORES, S.A.,
BARCELONA 1984, 317 pp.
- LANGER, MARIE
MATERNIDAD Y SEXO
1A. REIMPRESIÓN, ED. PAIDÓS., SAICF,
ESPAÑA 1983, 235 pp.
- MADIGAN, EAST-MARIAN
PSICOLOGÍA Y PRÁCTICA.
5A. ED., EDIT. INTERAMERICANA,
MÉXICO 1973, 384 pp.
- MARRINER, ANN
EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENF.,
UN ENFOQUE CIENTÍFICO.
2A. ED., ED. TRADUCE ALFONSO TÉLLEZ
VALLE O, EDIT. EL MANUAL MODERNO,
MÉXICO 1983, 325 pp.
- NOVAK, EDMUND,
TRATADO DE GINECOLOGÍA.
8A. ED., ED. INTERAMERICANA,
MÉXICO 1978, 839 pp.
- PEREZ, TAMAYO RUY
PRINCIPIOS DE PATOLOGÍA
2A. ED., ED. PRENSA MÉDICA MEXICANA
MÉXICO 1965, 916 pp.
- PONS, MAYORAL JOSÉ,
ET. ALL.
ANESTESIOLOGÍA.
EDIT. MASSON, S.A.
BARCELONA 1984, 613 pp.
- PRICE L. ALICE
TRATADO DE ENFERMERÍA.
3A. ED., ED. INTERAMERICANA,
MÉXICO 1979, 602 pp.

- RALPH, C. BENSON DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
GINECOOBSTÉTRICO.
3A. ED., ED. EL MANUAL MODERNO
MÉXICO 1983, 1067 PP.
- SCHULTZ, JUDITH ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA
ED. INTERAMERICANA,
MÉXICO 1984, 185 PP.
- SHARON, R. REEDER ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL
ED. OFNA, SANITARIA PANAMERICANA,
MÉXICO 1978, 668 PP.
- SOLOMON, PHILIP MANUAL DE PSIQUIATRÍA
2A. ED., ED. EL MANUAL MODERNO,
MÉXICO 1976, 466 PP.
- STRAND, FLEUR L. FISIOLOGÍA HUMANA
EDIT. INTERAMERICANA,
MÉXICO 1982, 694 PP.
- WALSH, M. B. EL PROCESO DE ENFERMERÍA
TRADUCCIÓN DE C. MONTUENGA
2A. ED. EDITORIAL ALHAMBRA
ESPAÑA 1982, 222 PP.
- WEIDEGER, PAULA MENSTRUACIÓN Y MENOPAUSIA.
ED. DIANA, MÉXICO, 1979
326 PP.
- WILLIAMS. OBSTETRICIA
3A. ED., ED. SALVAT
MÉXICO 1980, 967 PP.

ZARATE, TREVIÑO ARTURO

GINECOLOGÍA.

ED. FCO. MÉNDEZ CERVANTES,

MÉXICO 1982, 609 PP.

GLOSARIO DE TERMINOS

- ADENOMA,-** TUMOR EPITELIAL, BENIGNO GENERALMENTE DE ESTRUCTURA SEMEJANTE A UNA GLÁNDULA.
- ADHERENCIAS,-** UNIÓN ANORMAL DE PARTES QUE DEBEN ESTAR SEPARADAS; SOLDADURA ENTRE DOS SUPERFICIES U ÓRGANOS PRÓXIMOS, COMPUESTA DE FIBRINA QUE LUEGO SE ORGANIZA RESULTANDO GENERALMENTE DE INFLAMACIÓN.
- AMNESIA,-** FALTA O DEFICIENCIA DE LA MEMORIA, ESPECIALMENTE IMPOSIBILIDAD DE RECORDAR LAS PALABRAS PROPIAS.
- ANALGESIA,-** ABOLICIÓN DE LA SENSIBILIDAD AL DOLOR. SINÓNIMOS (ANALGIA, ANODINIA, ETC.)
- ANESTESIA,-** PRIVACIÓN TOTAL O PARCIAL EN GENERAL, ESPECIALMENTE LA SENSIBILIDAD TÁCTIL, POR ALTERACIONES MORBOSAS O PROVOCADAS ARTIFICIALMENTE, GENERAL LA QUE AFECTA TODO EL CUERPO.
- ANEXOS,-** APÉNDICES O PARTES ADJUNTAS, DEL ÚTERO; LIGERAMENTE ANCHO, DEMÁS PARTES DEL APARATO SEXUAL FEMENINO, QUE ESTÁN INMEDIATAS AL ÚTERO.
- ANGUSTIA,-** TEMOR MORBOSO ANTE UN PELIGRO IMAGINARIO; ESTADO AFECTIVO EXACERBANDO EN PACIENTES PSICÓPÁTAS COMBINACIÓN DE DISGUSTO, TENSIÓN INTERNA, SENSACIÓN CONTÍNUA DE INQUIETUD Y SUCE-SOS DOLOROSOS, QUE CONSTITUYEN LA NEUROSIS Y LA CRISIS DE ANGUSTIA.

- ANSIEDAD.-** ÁNGUSTIA E INTRANQUILIDAD QUE ACOMPAÑA A LAS ENFERMEDADES AGUDAS CON SENSACIÓN DE CONSTRICCIÓN PRECORDIAL Y QUE IMPIDE EL SOSIEGO DE LOS ENFERMOS.
- APONEUROSIS.-** MEMBRANA FIBROSA, BLANCA, LUCIENTE, RESISTENTE QUE SIRVE PRINCIPALMENTE DE ENVOLTURA A LOS MÚSCULOS O, PARA UNIR A LOS MÚSCULOS CON LAS PARTES QUE MUEVE,
- ASEPSIA.-** MÉTODO DE PREVENIR LAS INFECCIONES POR LA DESTRUCCIÓN O EVITANDO LOS AGENTES INFECTIVOS EN ESPECIAL POR AGENTES FÍSICOS; AUSENCIA DE MATERIA SÉPTICA, ESTADO LIBRE DE INFECCIÓN.
- ATROFIA.-** DISMINUCIÓN DE VOLUMEN Y PESO DE UN ÓRGANO POR DEFECTO DE NUTRICIÓN.
- BARBITÚRICOS.** SUSTANCIA CRISTALINA CON EFECTOS HIPNÓTICOS. DERIVADO DEL BARBITAL.
- CARCINOMA.-** CÁNCER O TUMOR MALIGNO, CONSTITUÍDO POR CÉLULAS EPITELIALES POLIMORFAS, CON TENDENCIA A LA INFILTRACIÓN DE LOS TEJIDOS PRÓXIMOS O METÁSTASIS.
- COLÁGENO.-** PRINCIPAL CONSTITUYENTE ORGÁNICO DEL TEJIDO CONJUNTIVO DE LA SUSTANCIA ORGÁNICA DE LOS HUESOS Y CARTÍLAGOS CON EL CALOR SE CONVIERTE GELATINOSO.
- CONCIENCIA.-** CONOCIMIENTO INTERIOR DE LA EXISTENCIA PROPIA Y DE SUS MODIFICACIONES.
- CORNIFICACIÓN.-** CONVERSIÓN EN TEJIDO CÓRNEO, SEMEJANTE AL CUERNO; DE SU NATURALEZA.

- CHOQUE.- SÍNDROME CONSECUTIVO A LA DISMINUCIÓN PROLONGADA DEL VOLUMEN DE SANGRE CIRCULANTE.
- DEGENERATIVO.- ALTERACIÓN DE LOS TEJIDOS O ELEMENTOS ANATÓMICOS O CAMBIOS QUÍMICOS DE LA SUSTANCIA CONSTITUYENTE Y PÉRDIDA DE LOS CARACTERES ESSENCIALES Y FUNCIONALES.
- DEPRESIÓN.- TRASTORNO CARACTERIZADO POR DISMINUCIÓN DEL TONO AFECTIVO, TRISTEZA, MELANCOLÍA.
- DISPLASIA.- ANOMALÍA DE DESARROLLO; CARÁCTER FÍSICO DE DEGENERACIÓN.
- ENDOMETRIO.- MEMBRANA MUCOSA DE LA CAVIDAD UTERINA.
- ENDOMETRIOSIS.- HETEROTOPIA DE TEJIDO ENDOMETRIAL, QUE PUEDE SER INTERNA: CUANDO SE ENCUENTRA EN LAS TROMPAS DE FALOPPIO O EN LA PARED DEL ÚTERO, O EXTERNAS: FUERA DEL ÚTERO: OVARIO, VEJIGA, PERITONEO, ETC.
- EPIGÁSTRICOS.- REGIÓN SUPERIOR Y MEDIA DEL ABDOMEN; ENTRE AMBOS HIPOCONDRIOS.
- ERICROCITOSIS.- AUMENTO DEL NÚMERO DE GLÓBULOS ROJOS DE LA SANGRE CIRCULANTE COMO RESULTADO DE ALGÚN ESTÍMULO.
- ESCLEROMA.- FOCO INDURADO DE TEJIDO DE GRANULACIÓN EN PIEL O MUCOSAS.
- ESTASIS.- ESTANCAMIENTO DE LA SANGRE U OTRO LÍQUIDO EN UNA PARTE DEL CUERPO.

- ESTERILIDAD.- INCAPACIDAD DEL HOMBRE PARA FECUNDAR, O DE LA MUJER PARA CONCEBIR.
- ESTROMA.- ARMAZÓN DE UN ÓRGANO, GLÁNDULA U OTRA ESTRUCTURA GENERALMENTE DE TEJIDO CONJUNTIVO, QUE SIRVA PARA SOSTENER ENTRE SUS MALLAS LOS ELEMENTOS CELULARES.
- FÉRTIL.- FECUNDO, NO ESTÉRIL, CAPAZ DE ORIGINAR UN NUEVO INDIVIDUO.
- FIBROBLASTO.- ELEMENTO CELULAR DEL QUE SE DESARROLLA UNA FIBRA.
- FIBROIDES.- SEMEJANTE A UN FIBROMA O DE ESTRUCTURA FIBROSA.
- FRIGIDEZ.- FRIGIDEZ ESPECIALMENTE. FALTA DE DESEO SEXUAL; ANESTESIA SEXUAL.
- FRUSTRADAS.- ESTADO DE TENSIÓN EMOCIONAL AUMENTADA POR FRACASO EN EL LOGRO DE SATISFACCIONES O GRATIFICACIONES, GENERALMENTE COMO CONSECUENCIA DE FUERZAS EXTERNAS, AJENAS AL INDIVIDUO.
- HALOTANO.- FLUORETANO.- LA INHALACIÓN DE SUS VAPORES NO ES IRRITANTE Y EL PERÍODO DE EXCITACIÓN QUE PROVOCA ES MUY BREVE, FLUOTANO. ANESTÉSICO TAN POTENTE COMO EL CLOROFORMO.
- HEMATOMA.- TUMOR POR ACUMULACIÓN DE SANGRE.
- HEMOSTÁSICO.- DETENCIÓN ESPONTÁNEA O ARTIFICIAL DE UN FLUJO SANGUÍNEO O HEMORRAGIA.

- HIDROURÉTER.-** DISTANSIÓN ANORMAL DEL URÉTER POR LA ORINA O POR UN LÍQUIDO ACUOSO.
- HIPERPLASIA.-** MULTIPLICACIÓN ANORMAL DE LOS ELEMENTOS DE LOS TEJIDOS. HIPERTROFIA NUMÉRICA.
- HIPERTROFIA.-** DESARROLLO EXAGERADO DE LOS ELEMENTOS ANATÓMICOS DE UNA PARTE U ÓRGANO SIN ALTERACIÓN DE LOS MISMOS; RESULTANDO EL AUMENTO DE PESO Y VOLUMEN DE UN ÓRGANO.
- HISTERECTOMÍA.-** OPERACIÓN DE EXTIRPAR PARCIAL O TOTALMENTE EL ÚTERO POR VÍA VAGINAL O ABDOMINAL.
- HISTEROSALPINGOGRAFÍA.-** RADIOGRAFÍA DEL ÚTERO Y LA TROMPA DE FALOPPIO, PREVIA INYECCIÓN DE SUSTANCIA OPACA.
- INSUFICIENCIA.-** DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE UN ÓRGANO PARA CUMPLIR SU FUNCIÓN PROPIA.
- ISTMO.-** PORCIÓN MÁS ESTRECHA DE UN ÓRGANO.
- LEUCOCITOSIS.-** AUMENTO TRANSITORIO EN EL NÚMERO DE LEUCOCITOS DE LA SANGRE. SE PRESENTA COMO SÍNTOMA DE DIVERSOS ESTADOS; INFECCIONES, HEMORRAGIAS, TUMORES, GOTA, APENDICITIS, ETC.
- MAGRO.-** FLACO, SIN GRASA.
- METRRORRAGIA.-** HEMORRAGIA POR EL ÚTERO, INDEPENDIENTEMENTE DEL PERÍODO MENSTRUAL.
- MIEDO.-** REACCIÓN ANTE UN PELIGRO EXTERNO REAL, EN OPOSICIÓN A LA ANGUSTIA QUE ES UNA REACCIÓN ANTE UN PELIGRO SIN OBJETO REAL.

- MIOMA.- TUMOR FORMADO POR ELEMENTOS MUSCULARES.
- MIOMECTOMÍA.- EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE UN MIOMA.
- MIORRELAJANTE.- CONJUNTO DE MEDICAMENTOS CARACTERIZADOS POR PROVOCAR LA PÉRDIDA DEL TONO Y REFLEJOS MUSCULARES.
- MIXOMATOSO.- DE LA NATURALEZA DEL MIOMA. TUMOR BLANDO, MEZCLADO CASI SIEMPRE CON OTROS ELEMENTOS BLENOMA.
- NEURÓTICOS.- RELATIVO A NEUROSIS O EFECTO DE ELLA. ENFERMEDAD NERVIOSA. TÉRMINO GENERAL PARA LAS ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO.
- NÓDULOS.- PEQUEÑA EMINENCIA, TUMEFACCIÓN O INDURACIÓN CIRCUNSCRITA, PROTUBERANCIA, ETC.
- OBSTRUCCIÓN.- ACUMULACIÓN DE MATERIA SÓLIDA O LÍQUIDA EN EL INTERIOR DE UN CONDUCTO.
- OCLUSIÓN.- OBLITERACIÓN, CIERRE.
- OOFORRECTOMÍA.- ESCISIÓN QUIRÚRGICA DE UNO O AMBOS OVARIOS.
- PERIMETRIO.- TÚNICA SEROSA DEL ÚTERO, DEPENDIENTE DEL PERITONEO VISCERAL PÉLVICO.
- POLAQUIURIA.- EMISIÓN ANORMALMENTE FRECUENTE DE ORINA, NO NECESARIAMENTE POLIURIA.
- POLICITEMIA.- AUMENTO EN EL NÚMERO DE GLÓBULOS ROJOS DE LA SANGRE.

- PÓLIPOS.- TUMOR BLANDO, GENERALMENTE PEDICULADO, QUE SE DESARROLLA EN UNA MEMBRANA MUCOSA A EXPEN-
SAS DE ALGUNO DE LOS ELEMENTOS DE ÉSTAS.
- PROFILÁCTICO.- PRESERVACIÓN, TRATAMIENTO PREVENTIVO.
- PROGESTERONA.- HORMONA SEXUAL DEL CUERPO LÚTEO QUE PREPARA
EL ENDOMETRIO PARA LA RECEPCIÓN Y DESARROLLO
DEL HUEVO FECUNDADO.
- PSICOANÁLISIS.- ANÁLISIS DE LA MENTE; INICIADO POR FREUD.
- PSICOSOMÁTICO.- EL CUERPO Y EL ESPÍRITU RELACIONADOS Y TOMA-
DOS EN CONJUNTO.
- QUISTE.- TUMOR FORMADO POR UN SACO CERRADO, NORMAL O
ACCIDENTAL ESPECIALMENTE EL QUE CONTIENE LI-
QUIDO O UNA SUBSTANCIA SEMISÓLIDA.
- REHABILITACIÓN.- READQUISICIÓN POR TRATAMIENTOS O ACTIVIDADES
APROPIADAS DIRIGIDAS PROFESIONALMENTE PERDI-
DAS POR DIVERSAS CAUSAS; TRAUMATISMOS, ENFER-
MEDADES.
- SALPINGOOFOREC- ABLACIÓN QUIRÚRGICA DEL OVARIO Y LA TROMPA
TOMÍA.- DE FALOPIO.
TUMOR MALIGNO FORMADO POR TEJIDO SEMEJANTE AL
CONJUNTIVO EMBRIONARIO, COMPUESTO DE NUMERO-
SAS CÉLULAS APRETADAS ESTRECHAMENTE, INCLUÍ-
DAS EN UNA SUBSTANCIA FIBRILAR U HOMÓGENA.
- STRESS.- VOZ INGLESA CON LA QUE SE DESIGNA EL ESTADO
DE TENSIÓN EXCESIVA.
- TEMOR.- COMPORTAMIENTO EMOCIONAL DE TONO AFECTIVO DES-
AGRADABLE, ACOMPAÑADO DE TEMBLOR, POSTRACIÓN,

FUGA Y MIEDO.

- TUMOR.- TUMEFACCIÓN; HINCHAZÓN MORBOSA. NEOPLASIA, MASA DE TEJIDO NUEVO EN FUNCIÓN FISIOLÓGICA, QUE CRECE INDEPENDIENTEMENTE DE LOS TEJIDOS PRÓXIMOS.
- ULTRASONIDO.- ONDA CUYA FRECUENCIA REBASA EL LÍMITE DE LOS SONIDOS AUDIBLES.
- URÉTER.- CONDUCTO FIBROMUSCULAR CILÍNDRICO, ESTRECHO, TIENE UNA LONGITUD DE 27 CM. APROXIMADAMENTE, COMIENZA EN LA PELVIS RENAL POR UNA PORCIÓN DILATADA DENOMINADA INFUNDÍBULO PARA TERMINAR EN LA PARTE POSTERIOR E INFERIOR DE LA VEJIGA.
- YATROGENIA.- ERROR PRODUCIDO POR EL MÉDICO O LOS MEDICAMENTOS.

Nombre: I.C.R.
 Edad: Indefinida
 Estado civil: Casada
 Nacionalidad: Guineense
 No. de Casa: 574
 Fecha de ingreso: 11-III-66
 Lugar de procedencia: México, D.F.
 Diagnóstico médico: Micostasis arterial y
 quiste de omento izquierdo.
 Objetivo:
 Es el desarrollo de este trabajo se pretende
 abarcar las diferentes etapas por las que
 está pasando una paciente que es sometida a
 un tratamiento quirúrgico oncológico, el pe-
 ríodo preoperatorio, el transoperatorio y el
 postoperatorio.
 Siguiendo con las circunstancias que van ocu-
 rriendo se realiza la anotación de cuidados en
 observando primero el aspecto físico y en forma
 general el psicológico, (no por éste considera-
 do el menos importante).

El tema de esta tesis tiene de 28 años de edad, con aspecto físico
 que corresponde al psicológico, de clase socioeconómica media
 perteneciente a antecedentes familiares de tipo I, paros
 P. Abundante I, que presenta cinco problemas reales: crecimiento
 anormal, sangrado transvaginal escaso y estrechamiento, una ane-
 quista de un aborto, en el mes de noviembre.

En el área psicológica manifiesta depresión emocional por referir
 pérdida de identidad física (Distorsión visual alterada), lo que
 ha connotado un cambio en el comportamiento, por lo tanto en su
 relación con las personas que la rodean.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES CLINICAS DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Circulación sanguínea por problemas		Ya que la constitución de los miembros, es a base de líneas curvas res lisas y una proporción de tejido conjuntivo con facies de esclerosis dando una consistencia cartilaginosa otorgando un aspecto del tamaño uterino con bordes irregulares.	Vigilar el incremento de volumen uterino.	Debe de observarse el aumento de volumen con el objeto de evitar empujes dolorosos que la paciente por causas trémulas y considerar oportunamente la posibilidad de complicaciones por la congestión de órganos anexas, uterino vejiga, intestino, etc.	No se observa aumento uterino durante la atención transoperatoria de la paciente.
Sangrado transvaginal escaso.	Los tumores con características orgánicas compactas y dilatadas vascularmente, ocasionando ruptura de vasos sanguíneos. También el aumento y la distorsión de las líneas incrementa la superficie sanguínea a la vez que estas disminuyen a interferencia con la normalidad hemostática del cuerpo.	Los tumores con características orgánicas compactas y dilatadas vascularmente, ocasionando ruptura de vasos sanguíneos. También el aumento y la distorsión de las líneas incrementa la superficie sanguínea a la vez que estas disminuyen a interferencia con la normalidad hemostática del cuerpo.	Vigilar las características del sangrado.	Deben vigilarse las características del sangrado para detectar algún proceso infeccioso asociado, basándose en el color y olor. Además a esto la característica más importante es el vigilar la cantidad de sangrado porque puede alertar la presencia de una lesión asociada como pólipos, adenomatosis o bien la alteración de algún factor funcional. Debe de detectarse oportunamente el aumento de sangrado, ya que pueden presentarse hemorragias severas llegando a causar choques hipovolémicos.	La paciente sangra con un sangrado transvaginal escaso no fluido, durante el procedimiento.
Estrechamiento	El estrechamiento en otros casos es ocasionado por la distorsión del peritoniolum, es parte de las alteraciones ocasionadas por la congestión que ocurre al ser empujado de tamaño por los músculos, vasos y el tejido. El quiste de hígado va a depender del tamaño y localización del o los tumores, por lo que ocasiona el aumento de volumen de cualquier parte del conducto quevo intestinal puede también estar o lesionar el caso de las heces fecales; ya que éstas al acumularse en el intestino se pueden formar, así como los mórulas. Considerando además que el factor emocional en la paciente se encuentra en el estrechamiento.	El estrechamiento en otros casos es ocasionado por la distorsión del peritoniolum, es parte de las alteraciones ocasionadas por la congestión que ocurre al ser empujado de tamaño por los músculos, vasos y el tejido. El quiste de hígado va a depender del tamaño y localización del o los tumores, por lo que ocasiona el aumento de volumen de cualquier parte del conducto quevo intestinal puede también estar o lesionar el caso de las heces fecales; ya que éstas al acumularse en el intestino se pueden formar, así como los mórulas. Considerando además que el factor emocional en la paciente se encuentra en el estrechamiento.	Evitar el estrechamiento.	El cuidar y conservar la alimentación es aspecto básico de la atención de todo paciente, sin más cuando el paciente se hospitaliza, ya que garantiza permanente mucho tiempo antes, por lo que se debe evitar a la desnutrición, buscando en cuanto que la alimentación y el tipo de alimento que el paciente pueda aceptar el problema de estrechamiento. Partiendo del concepto que el reflejo condicionado es estimulado por la cantidad peristáltica. Debe procurarse la ingesta de líquidos para evitar el estrechamiento durante el paso de las heces por la porción inferior de éste, sin perder de vista al aspecto psicológico, ya que la inquietud mental puede alertar las funciones físicas como la digestión y la asimilación.	La paciente refiere la evacuación que es adecuada.
Hiperemotividad emocional.	Período preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.	La intervención quirúrgica ocasionada es resulto en la que se encuentra totalmente el hígado, independientemente de los anexos dependiendo del estado que se observe de heces durante dicho acto. En una de las indicaciones se establece que puede realizarse la cirugía en aquellas pacientes menores de 45 años en el caso de que presenten problemas locales como una gran cantidad de mórulas mucinosas, mucosa las anexos estigmas en caso de encontrar lesiones extensas extensas o bilaterales, como: porción de quistes, adenomas, tumores vasculares, etc. La técnica quirúrgica que se emplea para la extirpación del hígado está diseñada para proporcionar una protección a los órganos cercanos como ureteres, vejiga y recto, manteniendo una línea quirúrgica eléctrica, sin afectar al conducto biliar, cubriendo las partes adyacentes transoperatorias quirúrgicas. Algunas de las partes que se sitúan en forma general durante la intervención son las siguientes: "Cintura vertebral intervertebral, se proyecta con el quiste del conducto recto, realizándose la hemostasia en el momento de ser reflejo, ya, se evita el sangrado, con la presencia en protocolo de Hirschberg ya realizada el momento que la intervención de conservar, haciendo de la conservación de la cavidad abdominal, con el dedo introducido en los ángulos inferiores se comprime un tóraxo tubuloso al momento del laparoscopia, el dedo presiona el peritoneo de la vejiga evitando una de las heces de la parte superior derecha de la cavidad abdominal, también la vejiga se comprime de la otra extremidad del tubo, presionando con el dedo de otro laparoscopia el conducto biliar, manteniendo el hígado en posición hacia adelante, y estableciendo con precisión las partes quirúrgicas.	Prácticamente durante el período preoperatorio.	Toda paciente hospitalizada, ya que garantiza la realización de una intervención quirúrgica debe ser valorada psicológica, para detectar en forma oportuna alguna alteración del estado del paciente que pueda influir en la realización de dicho acto. La cirugía quirúrgica son procedimientos básicos considerando las necesidades que tiene un individuo como tal. Dentro de dichos actos se realizan lo siguiente: Este paciente revela las funciones básicas del organismo humano, específicamente el funcionamiento en relación a la temperatura, aparato circulatorio y aparato respiratorio. La temperatura corporal varía en relación a la temperatura ambiental, siendo el resultado del equilibrio entre la producción de calor y la pérdida. El pulso es el latido de una arteria, que se logra percibir con el dedo de la mano por el vaso al momento de la palpación de una porción basal. Se debe considerar que las cifras bajas indican un base a la edad y condición física y emocional de la persona, la cifra normal en una persona adulta es de 60 por minuto. Esta se emplea para referirse a los procedimientos establecidos en los cuales se lleva a cabo el tratamiento quirúrgico, realizando durante la intervención, realizando un apoyo por el cual un organismo realiza el estado de pasar a un estado. Cifras normales en el adulto: 16-17 por minuto.	Se realizan las pruebas sin detectar anomalías. No se detectan alteraciones. La temperatura corporal se encuentra entre 36.5 y 37.3, temperatura dentro de valores normales. La paciente presenta una frecuencia cardíaca que varía entre 110-120 por minuto. Se encuentran los signos vitales en la normalidad.

Asistencia durante el vestido y colocación de cuantas estériles. Además, a la colocación de los campos estériles al paciente.

Asistencia al cambio y a sus modificaciones durante la intervención.

Cumplir funciones de enfermera circulante.

Colocación de apósito estéril sobre la herida quirúrgica.

Velar características neurológicas de la zona.

Regimen pos-anestésico.

Para que el paciente proporcione datos al estado de conciencia, es necesario que el anestésico no suprima la administración del estímulo táctil y, inmediatamente intente la ventilación (palmar) para que el vapor sea suministrado y evite a disminuir el nivel de anestesia circulante disminuyendo así el plano que el paciente mantendrá durante la intervención.

Asistencia al paciente durante la recuperación posanestésica.

Registro de signos vitales (postoperatorio inmediato. Cada 30 minutos).

Registro de temperatura.

Registro de frecuencia cardíaca.

El paciente debe estar en posición supina y con los brazos a los lados y el cuello en línea con el cuerpo. El anestésico debe ser administrado en un flujo constante de 3 a 5 litros por minuto. Durante la intervención, el flujo de oxígeno debe ser suficiente para mantener la saturación de oxígeno en el paciente.

Esta colocación de ropa estéril se lleva a cabo al terminar los ajustes al equipo quirúrgico, proporcionalmente una compresa para el ojo que se coloca (no olvidar que todo se desarrolla con técnica de esterilización). Posteriormente las proporciones una bata quirúrgica en forma aséptica y se ayuda a calzarse los cuantos. Y la enfermera circulante debe de ayudar desde fuera del campo quirúrgico, ya que se encuentran todos los participantes afectados con ropa y cuantos estériles, se prosigue con la colocación de la ropa (estéril), se pone una sábana limpia, una sábana de papel, cubriendo la zona operatoria descubierta.

La enfermera debe manejar la técnica que se emplea durante la intervención para poder solicitar sus movimientos hasta en ocasiones que el cirujano no tenga la necesidad de solicitar un instrumento, ya que a cualquier tiempo los materiales para el paciente.

La enfermera que cumple las funciones de enfermera circulante tiene diversas actividades del campo quirúrgico y dentro del área blanca. Esta personal no se encuentra "vestido" debe proporcionar el equipo y material que se requiere durante el tiempo en que se realiza la intervención, además de la responsable del manejo del expediente, incluyendo las notas que fueron elaboradas durante el acto quirúrgico (feridas, anestesia, tola quirúrgica, etc.).

Al finalizar la intervención, la herida quirúrgica ya suturada, tiene como cuidado inmediato la colocación de apósito estéril para prevenir de lo contrario ya que en la zona de entrada además que puede ser vulnerable la sección incisional, lo que nos proporciona una imagen del estado interno de la herida. Y sirve inclusive para manipular la herida y mantener los bordes de la herida unidos.

Principalmente se velan las características neurológicas que son: color y cantidad.

El color característico de la orina es el amarillado, claro, transparente, pero en el caso de una cuantía anormal suele tornarse ligeramente hemolítico, ya que el aumento de las vísceras durante la intervención más la irradación de cuatro grados por la zona vesical, se notifica cierta irritación en las paredes timpánicas algunas capilares del interior de la vejiga.

En cuanto a la cantidad de orina puede ser variable, dependiendo de la cantidad de líquidos que se suministró, pero aproximadamente el filtrado corresponde a unos 30-60 ml. por hora.

En el caso de observar cualquier alteración en dichas características se deben procurar con exámenes de laboratorio específicos para determinar cualquier alteración vesical.

La meta principal del cuidado de enfermería durante el postoperatorio inmediato es colaborar con el paciente para que normalice sus funciones en la forma más rápida y segura posible. Tomando en cuenta las siguientes bases:

-Debe observarse las vías aéreas permeables.

-Cumplir con todas las indicaciones dadas, con especial énfasis en los medicamentos y oxigenación.

-Observar en caso de que vomite. Con el objeto de impedir una hipotensión.

El nivel de la toma de signos vitales con intervalos de 30 minutos es con el objeto de detectar en forma precoz cualquier alteración que indique un estado de choque, obtundición respiratoria o hemorragia interna.

En el caso de la temperatura: el incremento de ésta es uno de los manifestaciones principales que indican una alteración del funcionamiento corporal; al percibir el organismo una causa de la que éste se defiende con una infección, el mismo mecanismo funciona al mismo de manera que la temperatura sube hasta el punto donde logra mayor protección contra el microorganismo invasor.

La toma periódica del pulso es importante ya que es posible detectar cualquier cambio en el volumen de sangre bombeada por el corazón, cualquier interferencia con el funcionamiento cardíaco, cualquier alteración de la frecuencia cardíaca así como cambios en la elasticidad de las paredes arteriales y de la circulación. Por lo que es muy importante la observación de los signos vitales y la circulación. En el caso de un adulto las cifras normales que se encuentran son: entre 70-80 por minuto. Deben considerarse diversos factores por los que puede variar el pulso. Por lo que se debe considerar lo siguiente: sexo, ya que en la mujer es más débil que en el hombre; edad, ya que con la edad hay un aumento de la frecuencia cardíaca, conforme aumenta la edad también hay un aumento de la frecuencia cardíaca, también hay un aumento de la circulación de algún medicamento, etc. Durante el período postoperatorio debe relacionarse con la presión ya que si éste varía el pulso se modifica para poder regular la circulación proporcional a la cantidad de sangre que el corazón bombea. Cuando el paciente está bajo efectos de la anestesia puede disminuir la frecuencia en el pulso pero en un rango normal y sólo por corto tiempo, de ahí es necesario que se registre a favor.

Se llevan a cabo las indicaciones de cuidados, siempre se registran los datos que se relacionan con el expediente del paciente.

El apósito estéril es colocado sobre la herida quirúrgica y fijado con tiras de tela adhesiva en los extremos.

Se observan las características neurológicas de la zona, cuando haya un color amarillado, turbio, turbidumbre normal al estar en base al registro de líquidos.

Durante el período es que el paciente se recupere de la anestesia no presenta ningún alteración respiratoria y mucho menos algún complicación neurológica.

Programa de Insulinoterapia.

El objetivo de este programa es...

Es posible controlar las diabetes...

Por otro lado existe una relación entre la diabetes y...

Los datos, en cuanto al control de algunos valores...

La hipoglucemia se administra con el objeto de evitar...

Se debe de observar antes dos aspectos...

El objetivo es mantener el paciente...

Verificar el estado nutricional...

Verificar estado de conciencia...

Verificar soluciones intravenosas...

Traslado y recepción del paciente...

Se debe de observar antes dos aspectos...

Por lo general estas pacientes...

Deben tener los cuidados...

El personal del servicio debe...

El objetivo es mantener el paciente...

La paciente reacciona...

Se vigila la ventilación...

La paciente se trasladó...

Preparar dieta líquida a tolerancia (Fórmula: 1000, 1a, 1b)

Se indica al personal que lleva a cabo y de que tipo, o bien algún cultivo bacteriológico. Y a la vez este personal debe indicar al médico que se le da a la paciente en su recuperación.

Se prepararon los líquidos mencionados sin ningún inconveniente por parte de la paciente, aceptando con agrado. No presenta dificultad para ingerir la comida, por lo tanto se refiere la ausencia de gases cuando se realizó el procedimiento digestivo.

Prueba sonda de Foley

La sonda es colocada previamente al acto quirúrgico con el objeto de disminuir el volumen de la vejiga evitando así el caso visual y persistente posterior a dicho acto durante 24 horas, aproximadamente, para volver al estado de la vejiga y determinar si se llegó a lesionar durante la intervención en base a las características normales de retención con técnica específica, para evitar que se complicara hacia la uretra, evitando los riesgos por el material.

Las características de la sonda se fueron mejorando de haber estado firme hasta flexible, por lo que se refiere la ausencia de molestias (10 horas).

Desdoblamiento pectoral (estético)

Existen diversos factores por los que se debe indicar dicha desdoblamiento en un paciente que se encuentran postoperatorio, ya que pueden ocasionarse complicaciones que realmente son innecesarias cuando dicho paciente. Una de las complicaciones más frecuentes se encuentran las de tipo respiratorio como: infecciones de boca, nariz y garganta, en este caso por mal manejo del material aplicado durante la cirugía en el momento de la anestesia. El efecto inmediato del ejercicio en la zona con un aumento de la secreción de la misma. Aumento anormal de poblaciones bacterianas del individuo.

La paciente se encuentra preparada para realizar su primer desdoblamiento en la cual toda vez de estar formada sobre el caso, no presenta complicaciones de tipo respiratorio, digestivo ni renal, y el material desaparece.

Al paciente se indica en el momento de acuerdo a sus posibilidades físicas desdoblarse en un período de 24 a 48 horas, siguiendo de la intervención. Se debe evitar complicaciones a diferentes niveles del organismo; en el tracto respiratorio como ya se mencionó por acumulación de secreciones impidiendo con la circulación la salida de secreciones pulmonares. En el tubo digestivo interviene la desdoblamiento la distensión abdominal postoperatoria, ya que se aumenta el tono del tubo gastrointestinal, disminuyendo la posibilidad de problemas de estancamiento evitando la presencia de gases.

En cuanto a las alteraciones de tipo circulatorio se disminuye con el desdoblamiento el riesgo de una tromboembolia al mejorar la circulación evitando la presencia de estas venas. También entre las causas para la cicatrización de heridas disminuyendo los casos de ulceración postoperatoria.

El desdoblamiento debe ser paulatinamente y al personal que lo acompaña debe proporcionar apoyo físico y moral, evitando fatigas.

Preparar dieta blanda (a las 48 horas postoperatorio)

Ya que el paciente logra aceptar sin problemas la dieta líquida se debe comenzar el siguiente alimentación con alimentos sólidos, que requieren poca masticación, sin contenido fibroso, de fácil digestión, se debe de ir examinando al paciente a su establecimiento para nuevamente ingerir, se a su vida normal.

La paciente logra la tolerancia de la dieta blanda ya que no presenta ningún problema alguno, sólo con algunos náuseas la presencia de gases y gases como molestias pero esto no ha podido delimitar, por lo tanto se indica la continuación de una lavata.

Preparar dieta normal

Esta dieta es proporcionada al paciente a la dieta líquida, la dieta blanda sin complicaciones. La dieta blanda al paciente contiene los alimentos que cualquier individuo toma en condiciones normales de salud. Entre los condimentos y alimentos fitos, ya que suelen existir pacientes con dificultad para digerir.

La paciente ingiere el alimento sin dificultad, pero en la causa función respiratoria, el resto de la recuperación está normalizada como se refiere en la dieta, donde posteriormente se debe mantener el apoyo postoperatorio.

Discusión

A causa del tratamiento quirúrgico se presenta una distensión abdominal, produciendo la desaparición del peristaltismo durante 24-48 horas. En el caso específico se considera el antecedente de que existe del desdoblamiento previo a la intervención quirúrgica por el aumento de tamaño del útero que afecta directamente el intestino, logrando un estímulo para el aumento de no estar desdoblamiento. Durante el periodo anterior a una anestesia general, existe secreciones y gases hacia el intestino postoperatorio lo que ocasiona el no ser respaldado por la actividad intestinal se acumulan en los gases intestinales y los distienden a base en el estómago y hacia otros tejidos ocasiona el aumento de retención de peristaltismo manifestándose inicialmente la expulsión de gases.

Ministrando de medicamento llamado Metoclopramol (pamol) Pavilium Farmapop. El medicamento en medio vaso de agua cada 12 horas.

Este medicamento es indicado en el manejo de la constipación intestinal. El mecanismo de acción de este fármaco es por formación de enlaces con el tubo gástrico de la clase de semilla de Pavilium. Al ser ingerido forma una capa blanda no irritante que favorece la evacuación normal. No contiene estimulantes químicos.

La paciente refiere de la dificultad en su dieta blanda, entre otros, logra definir por tanto a la técnica de la lavata, pero no se refiere ninguna dificultad adicional. Durante las intervenciones y el manejo de la paciente.