

73
rej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

EMBARAZO CON CISTADENOMA DE OVARIO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE INVESTIGACION

U. N. A. M.

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO
DE ATENCION DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
TERESITA DE JESUS RAMIREZ SANCHEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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.

INDICE

	Pag.
I. INTRODUCCION	1
II. MARCO TEORICO	
2.1 Generalidades de Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino.	
Organos externos	1
Organos Internos	5
Maduración Sexual	9
Hormonas	11
Ciclo Menstrual Normal	15
2.2 Embarazo Normal	
Duración	20
Detección de Embarazo	20
Efectos de Embarazo Sobre el Organismo	21
Desarrollo Fetal	30
Atención del Embarazo	33
2.3 Clasificación de los Tumores de Ovario	36
Epidemiología de los Tumores de Ovario	44
2.3.1 Histopatología del Cistadenoma Seroso de Ovario.	53
2.3.2 Sintomatología del Cistadenoma de Ovario	57
2.3.3 Diagnóstico del Cistadenoma de Ovario Asociado a Embarazo.	61

2.3.4. Tratamiento del Cistadenoma de Ovario Asociado a Embarazo.	63
2.3.5. Complicaciones del Cistadenoma de Ovario Asociado a Embarazo.	67
2.3.6. Historia Natural de Cistadenoma de Ovario Asociado a Embarazo.	71
III. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA	
3.1 Problemas Detectados	90
3.2 Diagnóstico de Enfermería	91
IV. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	
4.1 Objetivos	92
4.2 Problema	93
4.2.1 Manifestaciones Clínicas del Problema	93
4.2.2 Razón Científica del Problema	94
4.3 Acciones de Enfermería	95
4.3.1 Razón Científica de las Acciones de Enfermería.	96
4.3.2 Responsable de la Acción.	97
4.3.3 Evaluación	97
CONCLUSIONES	106
BIBLIOGRAFIA	109
ANEXOS	115
GLOSARIO	

I. INTRODUCCION

La especialidad de gineco-obstetricia, se encarga de estudiar la patologia del aparato genital femenino y de la reproducción .

Como en todas las especialidades, hay barreras que impiden un buen diagnóstico temprano por ser silencioso el inicio del padecimiento, en este caso se encuentran los quistes de ovario.

Un quiste es una formación sacular que contiene líquido o material semisólido y frecuentemente se presenta en ovario.

La clasificación histológica de los quistes es: no neoplásicos y neoplásicos, ambos de procedencia benigna. Los quistes de ovario neoplásicos benignos son quísticos y sólidos; entre los quísticos se encuentra el cistadenoma seroso, que es una formación sacular que contiene gran cantidad de proteínas hemáticas, seroalbúmina y seroglobulina, lo que le da un aspecto acuoso, de color rojizo o hemorrágico. Se origina de la capa epitelial del ovario, por lo que aveces se presentan alteraciones menstruales.

Generalmente en la mayoría de los casos, los quistes pasan en forma silenciosa durante su desarrollo y se detectan cuando alcanzan un tamaño considerable donde ya puede ser palpable o percatado por la paciente. Las complicaciones son fatales tanto si existe embarazo como sin él.

De aquí la importancia de analizar esta entidad patológica cuyo diagnóstico se hace en una etapa temprana, debido a la

ausencia o escasez de signos y síntomas, y por la poca cultura médica de la población, la cual hace más difícil la solución del padecimiento.

No obstante para hacer un buen diagnóstico precoz, es necesario contar con los conocimientos médicos y los auxiliares de diagnóstico, para un buen diagnóstico diferencial y acertar en el tratamiento.

Si se realiza esto disminuirá la morbimortalidad materno fetal y morbilidad del cáncer de ovario.

En México se han hecho estudios epidemiológicos comparativos retrospectivos. En el servicios de gineco-obstetricia de Hospital General Dr. Darío Fernández de ISSSTE, Valenzuela M. y colaboradores encontraron que en un periodo de 8 años se atendieron 186 casos de pacientes que presentaron quiste de ovario, de éstos el 90% (168) casos fueron de extirpe benigna y el 10% (18) de origen maligno. La edad de mayor frecuencia se observó entre los 20-40 años, que corresponden a la época reproductiva donde las gónadas están en su mayor capacidad funcional. En relación a la paridad, el 47% (125) de las pacientes eran multiparas, con un promedio de 2 a 5 hijos. El 25% (45) fueron asintomáticos, en el 19% (35) hubo aumento de volumen del abdomen, y en el 18% (33) dolor. El tipo de quiste más frecuente fue el cistadenoma seroso, en el 40% (66) de los casos. El tratamiento programado para un 72% (120) fue la exeresis del quiste y en un 38% (63) ooforectomía, salpingooforectomía e histerectomía parcial. La complicación más frecuente fué la torsión del pedículo en 13% (22) casos y el resto sin complicaciones.

Asimismo, se realizó otro estudio, pero coexistiendo quiste de ovario y embarazo, este fue en un período de 10 años, se atendió a 163,230 partos de los cuales la proporción de incidencia es de 1:2720 partos o sea 609 casos en este estudio. El tipo de quiste más frecuente fue el cistadenoma seroso de origen benigno. También se observó gran incidencia de abortos, distocias, partos prematuros y se observó que al aumento de la edad gestacional es más difícil su diagnóstico.

El tratamiento de esta entidad patológica depende de la existencia o no de síntomas, y el estado grávido de la mujer.

Cuando hay embarazo y presencia de síntomas, el tratamiento a seguir es: en el primer trimestre se podrá extirpar el quiste hasta el término de éste. En el segundo y tercer trimestre se estará alerta para evitar complicaciones irremediables. Cuando son asintomáticos, si coexiste embarazo se dejará evolucionar aún si se inicia el trabajo de parto, posteriormente se extirpará mediante la cesárea. En ausencia de embarazo se observará y se extirpará quirúrgicamente si persiste.

El pronóstico es bueno, aunque sombrío cuando coexiste embarazo pues cabe esperar gran incidencia de abortos, distocias y esterilidad.

CAMPO DE INVESTIGACION

El estudio clínico se realizó en el hospital de Gineco-obstetricia 3, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en una paciente con embarazo de 18 semanas de evolución asociado a un cistadenoma seroso de ovario.

II. MARCO TEORICO

2.1 Anatomía y Fisiología del aparato genital femenino

Para poder entender cualquier patología, es necesario conocer la estructura y función que desempeña el órgano u órganos afectados, como es el caso del aparato genital femenino.

Para su estudio se ha dividido en órganos externos (vulva y vagina), y órganos internos (útero, trompa, y ovarios).

Organos Externos:

La vulva, representa la parte externa del aparato genital femenino y la forma; los labios menores, labios mayores, pubis o Monte de Venus, clitoris, himen, glándulas vulvovaginales, uretra; todos ellos forman una saliente ovoidea.

La vulva está situada entre el perineo y la parte inferior de la pared anterior del abdomen y transversalmente comprendida entre dos músculos. En su parte media se observa una depresión que al desplegarla se deja ver la uretra y la vagina constituyendo el vestíbulo, está delimitada por las formaciones labiales que son: Los labios mayores, que se unen hacia adelante y se pierden en el Monte de Venus, los labios menores que se unen hacia adelante terminando en el clitoris.

Los labios mayores son dos pliegues alargados y aplanados transversalmente. Tienen dos caras, dos bordes, y dos extremidades. Las caras corresponden a los muslos, separados por el surco genitocrural. Los bordes; el superior corresponde a las ramas isquiopubianas y el borde inferior es convexo y adosado al borde del labio opuesto limitado por la hendidura vulvar.

La extremidad anterior se une con el lado opuesto formando la comisura anterior que se pierde en la parte posterior del Monte de Venus y la posterior se une con el lado opuesto y forma la horquilla por delante y por detrás el himen. Los labios mayores están constituidos por una capa de epidermis rica en glándulas sudoríparas y sebáceas, una capa de fibras musculares lisas que cubren la epidermis, y la capa cutánea y muscular. Está irrigado por los pudendos externos, rama de la femoral y por la perineal superficial, de la rama pudenda interna.

Los labios menores. Están dentro de los mayores, ocupando dos tercios anteriores de la distancia que separa el clitoris del perineo. Son dos pliegues cutáneos; poseen dos bordes, dos caras y una extremidad, uniéndose con los labios mayores formando la misma contingencia. La extremidad anterior se divide en dos pliegues bordeando el clitoris. El pliegue anterior forma una envoltura llamada prepucio del clitoris; el posterior alcanza la cara posterior del clitoris formando con el del lado opuesto el frenillo del clitoris. Ambos están formados por una envoltura tegumentaria, que presentan las características de piel y mucosa, rica en corpúsculos del tacto y en glándulas sebáceas; contiene tejido conjuntivo rico en fibras elásticas. Su irrigación e ¹ inervación procede de la misma fuente de los labios mayores.

Monte de Venus. Es una saliente ovoide redondeada, que se encuentra delante de la sínfisis del púbis. Está constituido por un revestimiento cutáneo, tejido celulo-adiposo donde se

1) Quiroz, Guitierrez Fernando., Anatomía Humana, p. 307

encuentran trabéculas elásticas que se fijan a la aponeurosis. Está irrigado por las pudendas externas y la femoral, sus linfáticos van a los ganglios superficiales de la ingle.

El Vestíbulo. Es una excavación navicular, es la entrada o antesala de la vagina en la que desembocan la uretra y glándulas vestibulares.

Meato Urinario. Orificio externo de la uretra, tiene forma triangular. Se encuentra inmediatamente por debajo del clítoris. A ambos lados del meato y debajo de él se encuentran los conductos de yuxtauretrales o de Skene. Por debajo de la porción externa la uretra está revestida en su porción proximal por epitelio estratificado de transición y en la porción distal por epitelio escamoso estratificado.

Himen. Es una membrana formada por tejido conectivo estratificado y fibras elásticas, ocluye parcialmente la vagina y tiene diversas formas: anular, semilunar, estrellado, cribiforme.

Clítoris. Es un órgano situado en la parte anterior de la vulva, es de forma cilíndrica. Está formado por tejido eréctil, en el que abundan canales venosos grandes y pequeños rodeado de gran cantidad de fibras musculares lisas. Se irriga de la arterias pudendas internas, que suministra las arterias cavernosas y las dorsales del clítoris. Tiene un glánde que se bifurca por detrás de los labios mayores; debajo de la piel, un cuerpo que se extiende hacia arriba, hacia el pubis dividiéndose en dos raíces que se insertan en los huesos pubianos.²

2) ibid., p.310

Las glándulas vulvovaginales o de Bartholini. Están situadas una a cada lado del orificio vulvovaginal, en la parte postero lateral, entre la aponeurosis perineal superficial y la media. Son de forma ovoidea arracimada, dispuesta en lobulillo que segregan un líquido incoloro que sirve de lubricante a la vagina, especialmente durante el coito. Está tapizado por epitelio estratificado de transición en la parte del conducto principal de la glándula y a medida que disminuye de tamaño el epitelio se va aplanando más y más de tal suerte que las ramas delgadas están formadas por una sola capa de células planas.

La vagina, es un conducto musculomembranoso que se extiende del cuello uterino a la vulva; colinda con el recto por detrás, y con la vejiga por delante, encima de ella se encuentra el cuello uterino. La vagina no es recta totalmente en su estructura sino que presenta ligera concavidad dirigida hacia atrás. Su longitud promedio es de 8 cm en su cara anterior y 7 cm en su cara posterior. La reflexión de la mucosa con el cuello forma fondos de saco: un saco anterior poco profundo, uno posterior más profundo (de Douglas y recto) y dos fondos de saco laterales, en relación con el plexo vaginal. La vagina se fija al cuello uterino, perineo y vulva. El orificio vaginal presenta en su parte interior pliegues o arrugas vaginales que son más gruesas en la línea media que a los lados. Consta de una capa externa formada por tejido conjuntivo y fibras elásticas y una capa media muscular integrada por fibras musculares lisas circulares. La capa externa (mucosa) es de color rosado formada por epitelio

3) Novak R., E., Tratado de Ginecología. p.10

pavimentoso estratificado. Está irrigada por la arteria vaginal,⁴
rama de la hipogástrica y uterina.

Organos Internos

El Utero. Es un órgano único, tiene forma de pera, está ubicado en el centro de la cavidad pelviana, equidistante a la sínfisis del púbis y la excavación sacra, separado por la vejiga en la parte inferior y por la cavidad abdominal en su parte superior. El útero se divide en dos partes: una que abarca el tercio inferior del cuello uterino y los otros dos tercios superiores constituyen el cuerpo uterino. Existe una separación entre el cuello y el cuerpo uterino que es el conducto cervical uterino.

El cuello. Es más flexible y delgado, mientras que el cuerpo es musculoso y fuerte. En el interior de la cavidad uterina hay que distinguir el conducto cervical que recorre al cuello y la cavidad corporal. La cavidad uterina se ensancha en el cuerpo del útero en sentido transversal adoptando forma triangular. La cavidad uterina se comunica por arriba con la trompa y por abajo con la vagina. El útero está sostenido por pliegues peritoneales, por la cúpula vaginal, los músculos del peritoneo, los ligamentos ancho, redondo y uterosacro. El útero está revestido por distintos epitelios según la región; en la parte que une al útero con la vagina el epitelio es pavimentoso poliestratificado. En la región del cuello se desarrolla un sistema secretor de moco, revestido por el endocervix.⁵

4) ibid., p.12

5) Quiroz, G., F.op. cit., p.309

En el istmo el epitelio presenta glándulas tubulares; en el cuerpo, el epitelio tiene modificaciones cíclicas según las distintas fases del ciclo menstrual. El útero está irrigado por la arteria uterina, así mismo está incluido en el ligamento ancho un arco arterial de que parten arterias radiales que penetran en el miometrio y que al llegar a la mucosa uterina se transforman en arterias espirales. Los nervios que la inervan proceden de los segmentos lumbares y de los tres primeros sacros, las fibras motoras inervan la musculatura; y la mucosa y fibras sensitivas se unen a nivel uterosacro en el útero constituyendo el ganglio cervicouterino.⁶

La Trompa Uterina. Es un conducto que se extiende de la superficie exterior del ovario hasta el ángulo lateral del útero, tiene forma de trompeta, mide de 10 a 12 cm de longitud y diámetro de 2 a 4 mm. La trompa se divide en porción intramural que es el trayecto de la trompa a través del espesor del útero; porción ístmica que es ya la salida del útero y parte delgada del órgano, porción ampular es la más amplia de la trompa y porción fimbriada formada por lengüetas de la extremidad libre de la trompa, que se abren en el peritoneo y se relacionan con el ovario, a esta porción se le llama pabellón de la trompa. La trompa tiene un revestimiento interno mucoso (endosalpinx), posee una capa de fibras musculares (miosalpinx), por fuera de esta capa existe un recubrimiento peritoneal, este revestimiento,

⁶ ibid., p. 291

después de envolver a la trompa, sin dejar más espacio entre ella que una capa de tejido conjuntivo, forma el miosalpinx, que es parte del ligamento ancho. Histológicamente la trompa presenta distintos aspectos según las porciones mencionadas, en la porción intramural la luz es un pequeño conducto simple. En la porción istmica se encuentran unas franjas tubáricas que son repliegues de la mucosa a modo de espolones; y a medida en que se acerca a la porción ampular estos repliegues son más complicados, no solamente por la luz, que es más grande, sino que las franjas se ramifican adquiriendo aspecto de encaje, están constituidas por epitelio cilíndrico dotado de cilios que favorecen la migración de espermios al llegar al óvulo. Los vasos que irrigan a la trompa proceden de las útero-ováricas y de las uterinas que se anastomosan y forman un arco arterial y otro venoso, de él parten ramas vasculares que llegan a la trompa por la región del hilio.⁷

El Ovario. Es un órgano par situado en la pelvis menor, un poco por detrás y a los lados del útero, de forma ovoide, con diámetro longitudinal de 3 a 5 cm, el transverso de 2 a 3 cm y con un espesor de 1 a 2 mm, pesa 8 gr. variando su peso de acuerdo al ciclo ovárico. La pared anterior de cada ovario está unida a la parte posterior del ligamento ancho, cerca de la pared lateral de la pelvis, mediante un pequeño pliegue peritoneal denominado mesoovario, que lleva vasos y nervios que

7) Pritchard J., Obstetricia, p. 28

entran y salen del ovario. El ovario no está recubierto de peritoneo sino de epitelio germinativo (membrana epitelial). El ovario procede del mesénquima celómico adyacente al área que da origen a la corteza suprarenal. Se cree que las células germinales son las destinadas a ser óvulos procedentes del endodermo del saco vitelino. En el momento del nacimiento, el ovario tiene entre 250,000 y 400,000 óvulos, de los cuales de 300 a 400 eventualmente alcanzan su maduración durante la etapa reproductiva y los restantes sufren atresia gradual.⁸

En estructura microscópica del ovario se observan dos capas, una corteza y una medular. La corteza está revestida por epitelio germinativo. En esta capa se observa una sustancia conectiva (estroma) formada por células fusiformes y sustancia intracelular. Debajo de ésta (túnica albugínea), existe sustancia intracelular. La médula es pequeña comparada con la corteza, consta de tejido conectivo laxo.

La célula central del folículo es el oogonio, que está rodeado de células dispuestas en forma concéntrica formando dos capas, una granulosa y otra llamada teca. A estos folículos inmaduros se les llama primordiales. El crecimiento de cada folículo se acompaña de la multiplicación de las capas celulares hasta llegar a su maduración (Folículos de Graaf) que concluye con la ruptura del folículo (ovulación) y las paredes de éste se colapsan y se presenta una hemorragia central en donde las

⁸)Ham W. A., Histología, p. 866

células de la granulosa actúan con las células epiteliales para formar el cuerpo lúteo. También se observa después de la degeneración del cuerpo lúteo, formaciones de aspecto blanquecino (corpus albicans) que al hacerse viejas se convierten en cicatrices fibrosas. Así el folículo es el productor de estrógenos y el cuerpo amarillo de progesterona. La relación más importante del ovario, es con la trompa de falopio, ya que por medio de ella el óvulo es conducido hacia el endometrio.⁹

La maduración sexual es un proceso gradual que depende de la maduración del sistema nervioso central. Se ha observado que se produce una gran concentración de hormonas en el hipotálamo que son neurotransmisores (Hormona Folículo Estimulante y Hormona Luteinizante) que van aumentando con la edad y en relación con la cantidad de estímulos sensitivos a que esté expuesto el individuo. Cuando esta cantidad es compatible con la actividad fisiológica, los efectos de estimulación gonadotrópica del hipotálamo sobre la hipófisis, se hacen manifiestos y empieza a desarrollarse la pubertad.¹⁰

El Hipotálamo por medio de la hipófisis, tiene mucha importancia sobre el ciclo ovárico, ya que estimula la producción de hormonas y control de sus secreciones.

Así el hipotálamo es una banda de sustancia gris situada encima de la glándula hipofisaria. Esta glándula está

9) Botella Llusiana J., Obstetricia, p.28

10) Guyton Arthur C., Fisiología Humana, p.416, 421

constituida por dos partes: la adenohipófisis y la neurohipófisis

La adenohipófisis es de origen faríngeo y segrega grandes moléculas proteicas de carácter hormonal; son seis las existentes, pero son de mayor importancia para el tema la FSH (foliculo estimulante), la LH (luteínica) y la prolactina. La adenohipófisis está situada en la base del cráneo, en contacto íntimo con los centros hipotalámicos y a través del sistema portahipofisario. Recibe del tercer ventrículo una serie de estímulos endócrinos que facilitan su secreción y por medio de los factores liberadores (TRF y LRF) actúan sobre el lóbulo anterior facilitando la salida de los productos de secreción interior de las células.

La neurohipófisis se encuentra en el lóbulo posterior que no es propiamente una glándula sino un lugar donde las terminaciones nerviosas vierten su neurosecreción en los vasos.

Podemos decir que el hipotálamo tiene tres núcleos: uno sexual situado en la eminencia media y que tiene células ganglionares secretoras de las sustancias liberadoras de gonadotropinas (FSH, LH) y de sustancias inhibidoras de la liberación de prolactina. Un núcleo supraóptico donde se segrega la oxitocina que, conducida por las vainas y axones de las células secretoras, llega a la neurohipófisis donde se vierte en la circulación; y un núcleo paraventricular que cumple idéntica función con respecto a la vasopresina.

Las hormonas FSH y LH, son las llamadas gonadotropas. La FSH (Foliculo estimulante) es la que despierta al foliculo de su letargo. Esta acción se realiza mediante la estimulación de las

células de la granulosa para el crecimiento del ovocito. Esta ¹¹ hormona se encuentra aumentada durante la gestación.

La Hormona Luteinizante (LH) produce formación del cuerpo amarillo, estimula el crecimiento de la teca y de los elementos intersticiales hiliares. Ambas hormonas asociadas (FSH y LH) y mediante la acción del AMP cíclico, favorece la esteogénesis, el crecimiento de la teca, la ovulación y la formación del cuerpo lúteo. Las gonadotropinas se vierten en la sangre con un ritmo mensual cíclico.

La Prolactina, llamada también luteotrófica, es una proteína de gran tamaño que contribuye en el desarrollo del folículo y la formación del cuerpo lúteo. Esta hormona se segrega en pequeñas cantidades, ya que en grandes cantidades (+ de 20 ng/ml o 800 MU/ml.) bloquea el metabolismo de estas células alterando el ciclo ovárico. ¹²

Hormonas. Las hormonas son sustancias elaboradas por una glándula endócrina, que participa en la regulación de alguna función. Hay dos tipos de hormonas: Las locales, que obran en las células adyacentes al órgano de donde se secretan, y las generales, que llevan los líquidos corporales y fluyen en la circulación, es el caso de la hipófisis, que secreta hormonas, regulando así el crecimiento de los tejidos corporales, secreción, ritmo de formación de leche, y secreción de diversas hormonas sexuales. La glándula endócrina que estimula la formación

11) ibid., p. 421

12) Malacara J., Fundamentos de Endocrinología, p. 193, 194

de hormonas, es el ovario ayudado por el hipotálamo e hipófisis, produce tres hormonas ováricas: estrógenos, progesterona y andrógenos.

13

estrógenos. (estradiol, estriol y estrano), se forman en el folículo, en la teca y en cuerpo amarillo; son responsables del desarrollo y mantenimiento de los órganos sexuales, de los caracteres secundarios y del ciclo menstrual.

Los estrógenos son segregados sobre todo en la granulosa del folículo, en las células granulosas soluteínicas del cuerpo amarillo, en la placenta y en pequeñas cantidades en la corteza adrenal.

Los efectos de los estrógenos son: en la vagina producen proliferación del epitelio vaginal con aumento de sus capas.

En el cuello uterino, la estimulación estrogénica baja y segrega abundante moco.

En el útero (endometrio y miometrio) hay proliferación con desarrollo glandular activo; el estroma de la mucosa se prolifera, aumenta de espesor y se edematiza.

También dan origen a las características sexuales secundarias (crecimiento del vello pubiano y axilar, distribución de grasa, desarrollo de las mamas). En la pubertad contribuyen a la maduración del ovario, y en el embarazo a la producción de estrógenos placentarios. Cuando empieza la decadencia de las secreciones ováricas, después de la menopausia, es causa de involución genital. En la piel produce aumento de la mitosis en

13) Guyton A. C., op. cit., p.417

la capa basal y una aceleración del proceso regenerativo.

El modo de actuar de los estrógenos, es mediante la fijación del estradiol por medio de otras proteínas las cuales son fijadas por el DNA y el estradiol espera su mensaje para ser transferido por el RNA.¹⁴

La cantidad de estrógenos que oscila en cada ciclo menstrual es de 3-20 microgramos/día en la primera semana del ciclo, hasta un máximo (periovulatorio) de 30-150 mg/24hrs., el pico postovulatorio es menor de 15-100 mg/24hrs. Con esto se puede decir que la mitad de los estrógenos son estradiol y la cuarta parte es estrona y estradiol.¹⁵

Los Gestágenos o Progestágenos. Esta hormona es necesaria para la respuesta secretora del endometrio y la implantación del óvulo fertilizado, su formación está limitada a la capa granulosa del cuerpo lúteo por lo que hay mayor secreción de progesterona en la segunda mitad del ciclo menstrual. La progesterona no únicamente se produce en un ovario sino también en las suprarrenales y la placenta.

La progesterona, para que lleve cabo su función a nivel celular debe ser transportada por una proteína específica o llegar al retículo endoplasmático rugoso y experimentar cambios bioquímicos incorporándose al núcleo por acción enteramente citoplásmica. Los progestágenos se desintegran y se eliminan por la orina en forma de pregnadiol. La acción progestacional se ejerce principalmente en el endometrio provocando la fase de secreción o reacción progestacional, que se caracteriza por dilatación de las

14) Botella L. J., op. cit., p.92

15) Malacara J. M., op. cit., p.194

glándulas y relleno de éstas de glucógeno. Cuando esta acción está al máximo, reacciona el estroma produciendo células binucleadas y cargadas de glucógeno (células deciduals), ésta reacción decidual del útero, es la reacción progestacional y es producida únicamente por el cuerpo gravídico o cuerpo gestativo. La cantidad de progesterona que oscila en el ciclo es de: en un mínimo de 0,8 mg/24 hrs y en un máximo 12 mg/24 hrs, a los 5 ó 6 ¹⁶ día de la ovulación.

Los efectos de los progestágenos son: en la Trompa de Falopio provoca una secreción destinada a nutrir el óvulo en su camino hacia el útero.

En el cuello uterino los gestágenos inhiben el influjo del moco cervical y se hace más espeso, perdiendo su cristalización cuando hay gestación. Asimismo se va modificando de acuerdo a la fase del ciclo, si no existe gestación.

En la mama estimula el crecimiento de los acinos mamarios durante la fase lútea del ciclo menstrual.

Se cree que la progesterona produce hipertermia en la segunda mitad del ciclo, probablemente por la acción sobre el centro termoregulador del hipotálamo.

Con lo anterior es evidente que el ovario desempeña dos funciones muy importantes: una la ser portador de gametos femeninos y producir hormonas sexuales.

Su acción endocrina tiene como objeto estimular el crecimiento de los órganos sexuales femeninos y prepararlos para la fecundación (función estrógena) y al organismo para la

16) Botella Ll. J., op. cit., p.103

anidación y desarrollo del huevo (función gestágena).

Andrógenos. La mujer también produce andrógenos, pero en cantidad menor que el hombre. Los andrógenos son precursores de los estrógenos (ya que son transformados en grasa) y junto con la progesterona atienden la homeostasis esteroide.

Son segregados en la teca, en el folículo en desarrollo, en el folículo atrésico, en el cuerpo albicans y en las masas fibroticales.

Los andrógenos no virilizan a la mujer porque sus tejidos no son capaces de reaccionar ante ellos, esto se debe a una hidrogenasa específica, que transforma la testosterona en dihidrotestosterona; sin esta transformación los tejidos no reacciona a la acción androgénica.

El ovario es un órgano activo que en circunstancias normales sufre cambios cada mes tanto al igual que el endometrio. La finalidad del ciclo ovárico, es proporcionar un óvulo para la fecundación, mientras que el ciclo endometrial es para suministrar un emplazamiento adecuado para la implantación y desarrollo del óvulo fecundado. Así ambos se relacionan íntimamente formando un sólo ciclo menstrual.¹⁷

Ciclo Menstrual Normal. El ciclo menstrual, se ha considerado como la descamación hemorrágica del endometrio, repitiéndose aproximadamente cada 28 días, con una duración de 5 días como promedio. Por consiguiente en este lapso el ovario expulsa un óvulo a mitad del ciclo aproximadamente (ovulación), hay cambios

¹⁷⁾ibid., p.104

en el aumento y disminución en la cantidad de producción de estrógenos (fase de proliferación) y progesterona (fase de secreción), y si no hay fecundación, se descama la mucosa uterina y sobreviene la menstruación.¹⁸

Ciclo Ovárico. Para su estudio se ha dividido en tres fases : Fase folicular, ovulación y fase lútea. Debajo de la cápsula ovárica existen, desde la época del nacimiento, numerosos folículos primordiales que contiene un óvulo inmaduro (ovocito) que para su maduración se rodea de una membrana pelúcida clara y elástica (zona pelúcida), que se va rodeando por una capa de células (membrana granulosa) que por fuera se dispone de tejido conjuntivo y de manera concéntrica. Alrededor de ésta existen otras dos capas celulares (teca interna y teca externa) que cubren al folículo primario y su función es nutrir al epitelio folicular y protegerlo del estroma ovárico. Al ir desarrollándose el folículo, la capa de la granulosa se hace más gruesa y junto con la pared del folículo forma un montículo de células (cúmulo ovífero). Posterior a esta formación, se observan pequeños acúmulos de líquido (líquido folicular) que contiene gran cantidad de estrógenos, (esto es por estimulación de la hipófisis). Cuando el folículo es ya maduro se llama folículo de Graaf constituido por un ovocito, una membrana granulosa, teca interna y teca externa, cúmulo ovífero y líquido albuminoso, y en seguida se presenta la ovulación.

Esta fase folicular se inicia con el primer día de sangrado

¹⁸Malacara J. M., op. cit., p.195

menstrual y termina con la expulsión del óvulo; durando 14 días más o menos. Los niveles de estrógenos son mayores en el término de la fase llegando sus niveles máximos de 250 a 400 pg/ml. Esta elevación se mantiene unas horas antes del pico ovulatorio. La ovulación es la liberación de un óvulo ya maduro, se cree que ocurre lo siguiente:

- 1) Hay aumento de la presión intrafolicular.
- 2) Necrobiosis en la superficie ovárica del folículo maduro.
- 3) Procesos proteolíticos a nivel del estigma (zona pelúcida).

El momento de la ovulación dura horas (16 a 24 hrs).

La elevación de progesterona comienza a ser detectable en mayor cantidad bruscamente (60-200 m.U.I./ml) en comparación con los estrógenos, que disminuyen hasta (4-35 m.U.I./ml).¹⁹

Fase lútea. Inmediatamente después de la ovulación, el cuerpo lúteo o cuerpo amarillo, en el sitio del folículo roto que queda vacío, se colapsan numerosos pliegues alrededor de la cavidad llena de sangre, y que por estimulación de la producción de hormona LH (progesterona) lo mantiene hasta su degeneración.

El cuerpo amarillo se forma a expensas de las células de la granulosa del folículo colapsado, y de células tecales que se proliferan activamente y de los pliegues de la cavidad llena de sangre. Debido a las tecas, el cuerpo lúteo con ayuda de materiales lipofides, son los que le dan el color amarillo, y se convierten en células luteinicotecales, que son las que producen progesterona hasta que empieza a involucionar el cuerpo amarillo; sino no ocurre fecundación, estas células se degeneran y son

¹⁹ Botella L. J., op. cit., p.70

reabsorbidas, y el cuerpo lúteo es reemplazado por tejido conjuntivo (4 días antes), el corpus albicans es invadido por estroma circundante y se reabsorbe totalmente, quedando el cuerpo atrésico. Se cree que la función del cuerpo lúteo es obliterar la formación del folículo roto, evitando que se forme tejido cicatrizal en todo el ovario. Esta fase dura 12 días después del pico ovulatorio, alcanzando su madurez en 8 ó 9 días después del pico ovulatorio de la LH y es seguido por la regresión. Si hay embarazo se mantiene en actividad. Los niveles de progesterona máximos son 10-12 ng/ml. sin dejar de producir estrógenos, pero en menor cantidad.

Ciclo uterino. También hay cuatro fases: Proliferativa, secretora, premenstrual, y menstrual.

La mucosa uterina, después de la menstruación queda reducida a una capa delgada (capa basal) y otra más superficial (capa funcional). Esta capa del 5o. al 14o. día se va engrosando como consecuencia del acúmulo de sustancia estromal (fase proliferativa), y a expensas de los epitelios de los fondos de saco glandulares. Por medio de este proceso se recubre y cicatriza la superficie descamada, esto es alrededor del 5 ó 6 día, y termina con una capa delgada con pocas glándulas y estroma compacto. Progresivamente, los tubos glandulares ascienden hasta la superficie de la mucosa, y el estroma retrasa su crecimiento con

20) Zarate, T. A., Endocrinología Ginecológica del Embarazo, p.3

respecto a los tubos glandulares, con lo cual por falta de sitio comienzan a desplegarse y al final de esta fase la mucosa uterina está en pleno desarrollo; ésto es alrededor del 14 ó 15 día. Después de este momento la mucosa crece más despacio y las glándulas comienzan a tener modificaciones secretoras y se dilatan. Al mismo tiempo el estroma se hace más laxo y edematoso; coincidiendo esta fase con la presencia del cuerpo amarillo, dura dos semanas (fase secretora) hasta que se presenta la menstruación. Así, el estroma se edematiza progresivamente y se produce necrobiosis (fase premenstrual) y finalmente aparece la hemorragia descamándose toda, menos la capa basal. El ciclo endometrial está a expensas del aumento y disminución de los estrógenos y progesterona, que hacen posible la regeneración del endometrio.²¹

La hemorragia puede ser arterial o venosa, predominando la primera, con residuos celulares de la mucosa uterina. La cantidad que se pierde es de 25 a 60 ml.²²

21) ibid., p.6

22) Ham, W. A. op. cit., p.889

2.2. Embarazo Normal

El embarazo es el período entre la fecundación y el nacimiento, durante el cual el producto se desarrolla en el útero.

La duración del embarazo es por término medio de 266 días (38 semanas) a partir de la ovulación ó de 280 días (40 semanas) desde el primer día del último período menstrual. Esto es aproximadamente de nueve meses, que se dividen en tres trimestres. Durante este período, la madre experimenta cambios físicos, biológicos y psicológicos, que hay que considerar como importantes para toda la economía del organismo de la mujer.²³

Los cambios que se presentan al inicio del embarazo se llaman signos presuntivos o manifestaciones subjetivas y son: amenorrea, náusea, vómito, cambios mamarios, aumento de la pigmentación en cara y abdomen, e irritabilidad vesical.

Cuando no hay seguridad del embarazo, a pesar de tener alguno de los síntomas anteriores, hay otro tipo de signos llamados objetivos o de probabilidad: reblandecimiento del cérvix, reblandecimiento irregular del fondo vaginal, contracciones uterinas intermitentes, signo de Chadwick, que es la coloración azulada o purpúrea de la vulva y vagina por aumento del riego sanguíneo (6a. semana), cambios en el tamaño, forma y consistencia del útero (6a. a 10a. semanas), bamboleo interno, no es muy válido ya que pueden existir contornos irregulares a causa de un tumor (16a semana).

23) Bethea, C. D., Enfermería Materno Infantil, p.14

Los signos abdominales son contracciones uterinas intermitentes, crecimiento progresivo del útero, sonido suave como murmullo (16a. semana), ruidos cardíacos fetales, murmullo sincrónico con los tonos cardíacos fetales, crecimiento progresivo del útero (18a semana), movimientos fetales, bamboleo externo, contorno fetal (20a. a 24a. semana).

Los signos más certeros son las pruebas de embarazo, que son precisas en un 98%, y son consideradas como las más fidedignas. Estas pruebas se hacen mediante la cuantificación de gonadotropinas coriónicas, que es secretada por las vellosidades coriónicas de la placenta, y que son detectables al décimo quinto día del embarazo. Cuando se duda después de esta prueba, se procederá a la toma de otro de tipo de exámenes como; ultrasonido, ecosonografía, dhoptone y en última instancia, una radiografía.
24

Efectos del Embarazo sobre el organismo.

Todo el organismo sufre cambios para satisfacer las demandas del feto en desarrollo. Los cambios en el aparato reproductor son los siguientes:

Utero. Este aumenta más de 500 veces su capacidad original; esto implica una gran hipertrofia de las células musculares y producción adicional de tejido conectivo elástico, y se incrementa hasta que hay suficiente espacio para la movilidad del feto. También se hipertrofian los vasos sanguíneos, por el aumento del flujo sanguíneo. Los factores que intervienen en el crecimiento

24) Beck, C. A., Obstetricia Práctica, p.129

del útero son: que obedece a estímulo de los estrógenos; esto es inicialmente y después es por estimulación mecánica. ²⁵

Cuello Uterino. Se acorta, y se hace más blando preparándose para el momento del desplazamiento del feto en el momento del parto; este reblandecimiento se debe al aumento de riego sanguíneo y número de glándulas del cuello, que hacen mayor secreción y forman un tapón mucoso que actúa como barrera para el paso de bacterias, y es expulsado antes del parto.

Ovarios y Trompa. Los ovarios suspenden las modificaciones cíclicas, por lo tanto no hay ovulación, ni sangrado menstrual y se suspende la maduración de nuevos folículos. Únicamente hay presencia de cuerpo amarillo del embarazo, que a la vez su máxima función la desempeña durante las primeras cuatro semanas que siguen a la ovulación. En la Trompa también hay una hiperplasia e hipertrofia, aumentando su luz y grosor en un principio y posteriormente se reducen.

Vagina. Esta se prepara para el gran estiramiento que sufre al nacer el niño. También hay mayor riego sanguíneo; por esto se presenta la coloración azulada de la mucosa vaginal. La mucosa se engrosa, la laxitud del tejido conectivo y la hipertrofia de las células musculares producen un alargamiento en las paredes vaginales. ²⁶

25) ibid., p. 33

26) Kaser O., Ginecología y Obstetricia, p. 124

Pelvis. Por el aumento del riego sanguíneo y el aumento en la producción de hormonas, causa la relajación de las articulaciones de la pelvis, teniendo mayor movilidad que la normal, y la carga del útero se desplaza a los músculos y ligamentos circundantes.

Glándulas mamarias. Aumentan de volumen, hay sensación de picazón, tirantez, la areola y el pezón, se pigmentan más y en el segundo mes del embarazo puede apreciarse la red venosa de las mamas. Este cambio es debido a la hipertrofia e hiperplasia glandulares preparatorias para la lactancia, junto con el depósito de grasa entre los lobulales y en el pániculo. Al final del primer trimestre hay presencia de calostro.

Cambios en aparato renal. En los primeros meses hay irritabilidad, hasta que el útero sale de la pelvis. Asimismo se hace ostensible ligero aumento del tamaño renal. La filtración glomerular y el flujo plasmático renal aumentan a principio del embarazo y a fines del mismo el flujo urinario y la excreción de sodio se alteran en forma considerable. Por la compresión que ejerce el útero sobre el aparato renal implica cambios en la excreción de orina; presentándose poliaquuria y nictúria, esta última es por el cambio de postura (decúbito lateral), ya que hay mayor libertad sobre los uréteres y vejiga. En la orina se pierde mayor cantidad de vitaminas hidrosolubles, aminoácidos; y hay mayor retención de agua, oscilando la diuresis de entre 1.5 ²⁷ litros en 24 hrs.

27) Pritchard Jack, Obstetricia, p. 178

Cambios en el conducto gastrointestinal. A medida que el útero crece el estómago y los intestinos son desplazados causando cambios de posición visceral. Las secreciones de la boca aumentan su acidéz debido probablemente a la regurgitación de líquido gástrico. Como resultado, las glándulas salivales son estimuladas, secretando abundante saliva. Las náuseas y vómitos están relacionados con la actividad coriónica y con el metabolismo hidrocarbonado. Los productos ácidos debido a la acción trofoblástica se acumulan durante la noche como consecuencia del ayuno nocturno y del abatimiento del glucógeno del hígado; por lo que hay hipoclorhidria. Esta falta de acidéz no es debida a la disminución en la actividad de la mucosa gástrica, sino al efecto neutralizante del material regurgitado desde el intestino delgado. Otro malestar frecuente es la pirosis causada por el reflujo de secreciones ácidas hacia la parte inferior del esófago. También existe disminución del tono, causando una prolongación de tiempos en la evacuación gástrica y tránsito intestinal modificando, así los hábitos intestinales.

28

Cambios en los aparatos cardiovascular y respiratorio. El corazón está sometido a una sobrecarga de trabajo, por el aumento de volumen minuto, y al ir aumentando el volumen del útero éste hace compresión en el diafragma y el corazón se desplaza hacia la izquierda y hacia arriba; otras de las causas de esta sobrecarga es por el aumento de peso corporal, los cambios en los vasos

28) ibid., p.195

periféricos, el aumento del metabolismo, y el aumento del volumen sanguíneo, sin presentarse complicaciones cardíacas. La presión arterial desciende algo a mitad del embarazo para elevarse durante el tercer trimestre. Este exceso de trabajo no tiene ninguna repercusión permanente en el corazón normal, por lo tanto, en el embarazo nunca enferma el corazón sano.

Por el mayor riego sanguíneo las arteriolas y capilares se contraen más; al final del embarazo éstas contracciones son mucho más lentas, por lo que hay una creciente tendencia a la formación de venas varicosas en las piernas, vulva y hasta alrededor del ano; además de que el útero ejerce una presión considerable sobre las venas pélvicas, retardando el flujo sanguíneo; y conforme se acumula, por la presión y la retención de líquidos, se hace difusa hacia las paredes vasculares, tejidos de los pies y tobillos, produciendo edema.

En todo el tracto respiratorio aparece una ingurgitación; las mucosas de la nasofaringe y de los senos paranasales están hiperémicas y edematosas; la presión que se ejerce sobre el diafragma dificulta la respiración junto con un franco aumento en el aire respirado, alterando la frecuencia respiratoria que varía poco, pero el porcentaje de oxígeno y bióxido de carbono eliminados es un poco menor que lo normal, así el volumen total de gases aumenta por el mayor volumen de aire respirado por minuto.

29)Castelazo Ayala, L.,Ginecología, p.76

Cambios hematológicos. El volumen sanguíneo y el plasmático aumentan ya desde el primer trimestre del embarazo, alcanzando su máximo poco antes del término de este, promediando ambos suman de 22.5% a 24.8%. Después del parto los valores decrecen y regresan a lo normal alrededor de las 8 semanas.

Los elementos figurados de la sangre y el plasma aumentan y tienen como función satisfacer las demandas del útero que se encuentra aumentado por la hipertrofia del sistema vascular, protegiendo así los efectos que ejercen las alteraciones del retorno venoso y salvaguardar a la madre contra las pérdidas sanguíneas durante el parto. (Cuadro 1).

Podemos ver en el cuadro las cifras de los elementos figurados, que en el transcurso del embarazo varían de acuerdo a la semanas de gestación; esto nos permite valorar cuando una paciente embarazada está clínicamente sana. Sin embargo podemos observar que hacia la mitad del embarazo los valores disminuyen y posteriormente se nivelan, así como en el posparto. Este descenso de los valores es debido a pérdidas sanguíneas durante el parto.

30) Beck C. A., op. cit., p. 112.

Cuadro I

	ANTEPARTO			POSPARTO	
	10-25 semanas	26-35 semanas	36-40 semanas	2-9 días	10-25 días
Eritrocitos	4380000	3910000	4200000	3850000	4240000
Hemato- crito %	39.8	36.9	38.1	38	40.1
Hemoglobi- na X 100 cc.	13.8	12.2	12.4	-	11.7
Leucocitos y plaquetas	de 10,000 a 12,000			pueden elevarse un poco las cifras.	

Fuente: Beck, C. A., Obstetricia Práctica, p.113

Cambios en el sistema musculoesquelético. Una de las características que se presentan en el embarazo a nivel musculoesquelético es la lordosis causada por la sobrecarga que existe en la pelvis y que la desplaza sobre las extremidades inferiores; este desplazamiento repercute más en el último trimestre.

Cambios en las glándulas de secreción interna. En todas las glándulas (hipófisis, tiroides, paratiroides, suprarrenales) hay un ligero aumento en su morfología, causado por el aumento de vascularización. Así, por ejemplo, en la hipofisis aumenta la secreción de gonadotropina coriónica y prolactina; la tiroides aumenta su producción de yodo en la sangre; las suprarrenales secretan más cortisol y aldosterona. Estos aumentos no repercuten en la economía del organismo de la madre, al contrario, son compensados ya que necesita mayor aporte para el crecimiento ³¹ desarrollo del producto.

Cambios metabólicos. El aumento de peso es atribuible a la placenta, líquido amniótico, al crecimiento progresivo del producto, hipertrofia de útero y mamas, a la mayor retención de agua, acumulación de grasa, aumento del volumen sanguíneo e hipertrofia de otros órganos. El aumento en el primer trimestre es de 800 kg, mientras que en los dos últimos trimestres es de 4,400 kg.

El embarazo tiene un efecto favorable sobre el metabolismo que

31) Castelazo Ayala, J., op. cit., p.73

incluye la asimilación y almacenamiento de suficientes materiales formadores de tejido para: 1) Reemplazar las pérdidas tisulares debidas al desgaste y laceración. 2) Desarrollo y crecimiento del feto, membranas y placenta. 3) Cambios preparatorios esenciales al parto como, hipertrofia e hiperplasia uterinas. 4) Cambios preparatorios para la lactancia eficiente; desarrollo mamario y almacenamiento del calcio, hierro, grasas, proteínas.

Además de estos cambios el agua tiene gran importancia dentro del embarazo; se retienen aproximadamente durante el embarazo 6 a 8 litros, debido al aumento de la presión hidrostática, intracapilar, aumento de presión venosa, permeabilidad capilar elevada. Cuando en estos niveles hay desorden el riesgo a correr es la formación de edema visible y provocar Toxemia. Así, la cantidad de agua que la madre moviliza y excreta después del parto dependerá de la cantidad retenida durante el embarazo. Por lo tanto, la ingesta de hidratos de carbono, proteínas, grasa, vitaminas y minerales, tiene que ser balanceadas y de buena cantidad y calidad para sobre llevar todos los cambios que se presentan en el organismo de la madre y no causar complicaciones en el embarazo por exceso o deficiencia de nutrientes.

32

Cambios en el sistema nervioso. Destaca considerablemente por la inestabilidad del sistema nervioso neurovegetativo, causando alteraciones en el psiquismo de la madre como cambios en

32) Beck C. A., op. cit., p.112

su actitud, estando a veces irritable, deprimida, o alegre. Todas estas actitudes evidentes durante el embarazo y puerperio. La mujer experimenta una gran variedad de ansiedades como: 1) los cambios de la función corporal a los que no está acostumbrada; 2) sentimientos ambivalentes hacia el embarazo, marido y al niño que espera y 3) miedo a la desfiguración corporal, al dolor durante el parto y a la lactancia.

33

Desarrollo Fetal. En el núcleo de cada célula existen estructuras denominadas cromosomas. Durante la maduración fetal el número de cromosomas en las células germinativas se reduce de 46 a 23 cromosomas. Cada célula germinativa femenina (óvulo) contiene 23 cromosomas y la célula germinativa masculina (espermatozoide) contiene otros 23 cromosomas. La nueva célula se forma al unirse los 46 cromosomas y se denomina cigóto. Los cromosomas contienen muchos genes que dan los rasgos individuales.

Después de la ovulación el óvulo es arrastrado hacia la trompa de falopio, donde puede ser encontrado por el espermatozoo y la fecundación suele ocurrir a la mitad externa de la trompa de falopio. Inmediatamente después el huevo se divide en dos células, luego en 4, 8, 16, y así sucesivamente; mientras tanto el movimiento de los cilios que cubren la trompa y el peristaltismo de los mismos impulsan el huevo hasta el útero. Durante el recorrido (3 a 6 días) se va transformando en una masa de células llamada mórula. Al continuar la división de las

33)Romney L. Seymour, Ginecología y Obstetricia, p.325

células, se disponen en dos capas y una cavidad en el centro (masa celular). El trofoblasto obtiene alimento para la capa interna de la cual se desarrolló el feto, y el huevo se llama blastocito. Dos o tres días después de que el huevo ha llegado al útero empieza a implantarse en el endometrio (decidua), y el trofoblasto diluye los tejidos con los que entra en contacto, consumiendo los pequeños vasos de la decidua y el huevo yace en un remanso de sangre materna. El trofoblasto entonces se convierte en una membrana (corión) cubriéndose de vellosidades (coriónicas) en donde hay vasos sanguíneos que irrigan al feto. Las vellosidades coriónicas más cercanas a la decidua son las que por ósmosis nutren y oxigenan al feto de la sangre materna, y se difunden por los vasos sanguíneos de las vellosidades que posteriormente son transformadas en placenta.

34

Dos capas se forman después de la implantación; el corión (membrana externa) y el amnios (membrana interna); esta última además de proteger al feto, contiene un líquido transparente (líquido amniótico), que también contiene orina fetal, sustancias sebáceas, células epiteliales y vello de la piel fetal.

Del tiempo de la implantación al final de la quinta semana se forman los rudimentos de los órganos principales del cuerpo. Asimismo durante este período el organismo en desarrollo se llama embrión, y en el resto del embarazo hasta el nacimiento feto.

34)Kaser O.,op. cit., p.15

Después de esta semana, la masa celular interna empieza a diferenciarse en tres capas: ectodermo, de aquí se desarrollan la piel, sistema nervioso, glándulas mamarias y salivales; del mesodermo se desarrollan los músculos, sistema circulatorio, huesos, aparato reproductor, tejido conectivo, riñones y uréteres; y del endodermo se desarrolla tubo digestivo, aparato respiratorio, vejiga, páncreas e hígado.

La placenta es una estructura importante en el desarrollo del feto, ya que se encarga de proveer los nutrientes y eliminación de desechos que son difundidos por las paredes vasculares de la placenta hacia la circulación materna. También la placenta produce hormonas: gonadotrópicas, estrógenos y progesterona. Su diámetro es de 15 a 20 cm, y consta de dos superficies o caras; la superficie materna se adhiere al útero, es rugosa e irregular y está formada por cotiledones. La superficie fetal está cubierta por la membrana amniótica, es lisa, lustrosa, y contiene muchos vasos sanguíneos.

El cordón umbilical es el eslabón entre el feto y la placenta; tiene dos arterias y una vena; la sangre, el oxígeno y los nutrientes, son transportados por las dos arterias del feto a la placenta; tiene una longitud de 50 a 55 cm, está protegido por una sustancia gelatinosa (Jalea de Wharton).

35) Botella Ll., J. op. cit., p.287

Atención del Embarazo. Los cambios que sufre el organismo materno durante el embarazo exigen una temprana, constante y cuidadosa supervisión durante el período prenatal. Por lo que debe incluirse una cuidadosa historia clínica, exploración física, y además vigilar:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1.- Dieta 2200,2500 cal. | 6.- Hábitos vesicales |
| 2.- Ejercicio | 7.- Cuidado de mamas |
| 3.- Descanso | 8.- Relaciones sexuales |
| 4.- Vestido. | 9.- Síntomas y signos de |
| 5.- Hábitos intestinales | peligro. |

Asimismo debe de hacerse una buena exploración física, atendiendo a registrar: pulso, temperatura, respiración, presión arterial, peso, observación de la piel, boca, dientes, amígdalas, tiroides, corazón, pulmones, mamas, y extremidades.

Exploración abdominal: palpar útero (eje, tamaño, forma, contracciones, masas tumorales), el feto (determinar posición, presentación, actitud, tamaño movimiento, foco fetal).

Exploración vaginal: palpar cérvix, su posición, longitud, consistencia, dilatación, tamaño y forma.

El feto alcanza su madurez y viabilidad alrededor de la 38-40 semana y posteriormente se inicia un proceso por el cual el producto es expulsado llamado trabajo de parto.

Trabajo de parto. Es un fenómeno dinámico que pasa de una etapa a otra; sin embargo, para determinar cuando empieza una y

³⁶Beck C. A., op. cit., p.150

cuándo termina la otra, se han tomado parámetros para dividirlo en tres etapas, la duración es aproximadamente, en las primigestas de 12 a 16 hrs., esto es desde el momento de las primeras contracciones hasta la expulsión del producto y en las multigestas de 6 a 8 hrs., en total.

37

Antes del trabajo de parto la paciente tiene contracciones uterinas, no regulares, dolor lumbosacro que no es propiamente el trabajo de parto; el verdadero trabajo de parto se considera como:

contracciones uterinas regulares, intermitentes, dolorosas, seguidas de la expulsión del tapón mucoso, señal sanguinolenta, ruptura de membranas espontánea o artificial (no siempre), dilatación cervical completa y descenso del producto.

Al cumplirse la dilatación cervical entra en juego otra fuerza muy importante: la presión abdominal fuerza contráctil del útero, que impulsa al feto hacia el exterior y propicia el descenso de la presentación, provocando la expulsión del producto; cumpliéndose así el segundo período del parto durando en las primigestas de 1 a 2 hrs y en las multíparas 0 hrs.

Esta etapa incluye la atención del parto que es: exploración vaginal, estímulos de los esfuerzos voluntarios, auscultación de los ruidos cardíacos del feto, uso de anestesia, técnica aséptica, manejo de los circulares del cordón, prevención de laceraciones.

37)Castelazo Ayala, J. op. cit., p.204

El tercer periodo del parto comprende desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de la placenta y sus membranas.

En este periodo se lleva a cabo lo siguiente:

mayor elevación del útero, el cual toma formas esféricas, salida del cordón umbilical, posteriormente pérdida de los impulsos de expansión del cordón y cuando se eleva el útero, el cordón no entra a la vagina, y se extrae la placenta y se examina. Posteriormente se da masaje al fondo y se administran ³⁸ oxitocina para prevenir hemorragia post-parto.

38) ibid., p. 268

2.3. CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES DE OVARIO

I.- Tumores <<epiteliales>> comunes

A. Tumores Serosos

1.- Benignos

- a.- cistadenoma
- b.- cistadenoma papilar
- c.- adenofibroma
cistadenofibroma

2.- En el limite de malignidad [carcinoma de bajo potencial maligno]

- a.- cistadenoma
cistadenoma papilar
- b.- papiloma superficial
- c.- adenofibroma
cistadenofibroma

3.- Malignos

- a.- adenocarcinoma
adenocarcinoma papilar
cistadenocarcinoma papilar
- b.- carcinoma papilar superficial
- c.- adenofibroma maligno
cistadenofibroma maligno.

B.- Tumores Mucinosos

1.- Benignos

- a.- cistadenoma
- b.- adenofibroma
cistadenofibroma

2.- En limite de malignidad [carcinoma de bajo potencial maligno]

- a.- cistadenoma
- b.- adenofibroma
- c.- cistadenofibroma

3.- Malignos

- a.- adenocarcinoma
cistadenocarcinoma
- b.- adenofibroma maligno
cistadenofibroma maligno

C.- Tumores endometriales

1.- Benignos

- a.- adenoma
 cistadenoma
- b.- adenofibroma
 cistadenofibroma

2.- En el límite de malignidad [carcinoma de bajo potencial maligno]

- a.- adenoma
 cistadenoma
- b.- adenofibroma
 cistadenofibroma

3.- Malignos

- a.- carcinoma
 - i) adenocarcinoma
 - ii) adenocantoma
 - iii) adenofibroma maligno
 cistadenofibroma maligno
- b.- sarcoma estromático endometrioides
- c.- tumores mesodérmicos mixtos
 homólogos y heterólogos
 [tumor Mulleriano mixto]

D.- Tumores de células claras [mesonefroides]

- 1.- Benignos; adenofibroma
- 2.- En el límite de la malignidad
 [carcinoma de bajo potencial maligno]
- 3.- Maligno: carcinoma y adenocarcinoma

E.- Tumores de Brenner

- 1.- Benignos
- 2.- En el límite de malignidad
- 3.- Malignos

F.- Tumores epiteliales mixtos

- 1.- Benignos
- 2.- En el límite de malignidad
- 3.- malignos

G.- Carcinoma indiferenciado

H.- Tumores epiteliales no clasificados

II A.- Tumores de los cordones sexuales-estroma

- 1.- Tumores de células de la granulosa
- 2.- Tumores del grupo tecoma-fibroma
 - a.- tecoma
 - b.- fibroma
 - c.- no clasificados

B.- Androblastoma
Tumores de células de Sertoli- Leyding

- 1.- Bien diferenciados
 - a.- adrenoblastoma tubular
tumor de Células de Sertoli [adenoma tubular de Pick]
 - b.- androblastoma tubular con depósito lipídico
[folículo lipídico de Lecene]
 - c.- Tumores de células de Sertoli: Leyding
 - d.- Tumores de células de Sertoli: Leyding
Tumores de células Hiliares
- 2.- Medianamente diferenciados
- 3.- Poco diferenciados [sarcomatoides]
- 4.- Con elementos heterólogos

C.- Ginandroblastoma

D.- No clasificados

III.- Tumores de Células lipoides

IV.- Tumores de Células germinales

A.- Disgerminoma

B.- Tumores de senos endocrinos

C.- Carcinoma embrionario

D.- Poliembrioma

E.- Coriocarcinoma

F.- Teratoma

1.- Inmaduro

2.- Maduros

- a.- sólidos
- b.- quísticos

- i) quísticos dermoides
[teratoma quístico maduro]
- ii) quiste dermoide con transformación maligna

3.- Monodérmicas y altamente especializados

- a.- estruma ovárico
- b.- carcinoide
- c.- estruma ovárico y carcinoide
- d.- otros

G.- Formas mixtas

V.- Gonadoblastoma

A.- Puro

- B.- Asociado a un disgerminoma o a otras formas de tumores de células germinales

VI.- Tumores de Tejidos Blandos no específicos del ovario

VII.- Tumores no clasificados

VIII.- Tumores secundarios [metastásicos]

IX.- Enfermedades pseudotumorales

- a.- Luteoma gravídico
- b.- Hiperplasia del estroma ovárico
Hipertercosis
- c.- Edema masivo
- d.- Quiste folicular solitario
Quiste de cuerpo lúteo
- e.- Quiste folicular múltiple
[ovarios poliquísticos]
- f.- Quiste folicular luteinizados múltiples y/o cuerpo lúteo múltiples
- g.- Endometriosis
- h.- Quiste por inclusión del epitelio superficial
[quiste por inclusión germinal]
- i.- Quiste simple
- j.- Lesiones inflamatorias
- k.- Quistes paraováricos

Serow, S.F. and Scully, R.E.

Clasificación Histológica Internacional de Tumores

Tipos Histológicos de Tumores de ovario OMS, Ginebra 1977

Los avances más recientes en el estudio y tratamiento de la patología del ovario se deben a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, por la clasificación clínica, a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización Panamericana de la Salud; mediante estas tres organizaciones, se creó la clasificación Internacional de los Tumores.

La clasificación de los tumores está basada en las características microscópicas de los mismos, dividiéndose en los de tipo epitelial celómico, estroma gonadal y mesénquima inespecífico. Los tumores de ovario a veces se combinan y su comportamiento biológico puede diferir; importa así que los términos de diagnóstico elegidos comprendan todas las variedades observadas que indiquen con la mayor precisión posible la proporción y distribución de cada uno de ellos. Así, los tumores de ovario pueden ser: benignos, en límite de malignidad, y malignos.³⁹

Los tipos más frecuentes son los tumores epiteliales comunes; estos tumores están formados por uno o varios tipos de epitelio y de estroma en variadas combinaciones, considerados en general como procedentes del epitelio (mesotelio) superficial (celómico) que recubre el ovario y el estroma ovárico subyacente. Se les designa comunes, porque la mayor parte de los tumores de ovario pertenecen a este grupo general.

Es posible que algunas de estas neoplasias no se originen en el epitelio superficial por lo que se han denominado tumores en

39) Serow, S.F., Clasificación Internacional de Tumores
Tipos Histológicos de Tumores de ovario OMS.

límite de malignidad porque de las características morfológicas, no todas son malignas como: estratificación de las células epiteliales, desprendimiento aparente de agrupaciones celulares, de sus puntos de origen y actividad mitótica con anomalías nucleares intermedias entre las propias de los tumores, claramente benignas y las malignas del mismo tipo celular.

En los tumores quísticos y serosos es sumamente fácil evaluarlos ya que están constituidos en general por revestimientos de células epiteliales neoplásicas.

Ahora bien, para que el diagnóstico sea morfológicamente objetivo y tenga valor pronóstico, ha de basarse exclusivamente en el examen del tumor de ovario, sin tener en cuenta su posible diseminación fuera del ovario. La utilidad práctica se ha visto refrendada por la elevada tasa de supervivencia obtenida en los casos de tumores serosos en el límite de malignidad, incluso en los complicados con implantaciones peritoneales.⁴⁰

Los prefijos: adeno, cistadeno, papilar, deben añadirse si proceden a la denominación más específica del tumor. En general el adjetivo que indica el tipo de células epiteliales debe ocupar el primer lugar entre los términos descriptivos.

Así como se puede apreciar en el cuadro los tumores se han clasificado de los más comunes a los menos comunes y de acuerdo a su grado de malignidad, otros tipos considerados, son las enfermedades llamadas aquí pseudotumorales que también es muy

⁴⁰ ibid., p.13

común encontrarlas en la práctica clínica.

La Clasificación Clínica del Comité del Cáncer de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

los ha dividido por etapas:

Etapa I .- Crecimiento limitado a los ovarios

Etapa I a.- Crecimiento limitado a un ovario; sin ascitis

1) cápsula rota. 2) cápsula no rota.

Etapa I b.- Crecimiento limitado a uno o ambos ovarios, presencia de ascitis más 1 ó 2.

Etapa I c.- Crecimiento limitado a uno o ambos ovarios, presencia de ascitis con células malignas en el líquido más 1 y 2

Etapa II .- Crecimiento afectado uno o ambos ovarios con extensión pélvica.

Etapa IIa .- Extensión y metástasis a útero y trompas solamente

Etapa IIb .- Extensión a otros tejidos pelvianos.

Etapa III .- Crecimiento afectando a ambos ovarios con metástasis intraperitoneal difusa en abdomen [epiplón, interno delgado y su mesenterio].

Etapa IV .- Crecimiento afectado a ambos ovarios con metástasis a distancia fuera de la cavidad peritoneal.

42

Después de señalado lo anterior, aún algunos autores se basan en clasificaciones de otros autores como por ejemplo: Brewan en 1950, en su libro Ginecología, divide los tumores en sintomáticos y no sintomáticos.

41)Olivie, F. Robertson, Histología, p.289

42)Zuckerman C., "Neoplasias Ováricas, Mundo Médico, 9:10, p.62

Novak ha dividido los tumores del ovario en:

Benignos quísticos no neoplásicos (folículos luteinizantes, inclusión germinal, endometrial).

Benignos quísticos neoplásicos (cistadenoma mucinoso papilar y simple y cistadenoma seroso papilar o simple y teratoma).

Benignos sólidos neoplásicos (fibroma, tumor de Brenner, osteoma, condroma y otras formas raras).

Tumores malignos quísticos primarios (cistadenocarcinoma seroso y mucinoso).

Tumores malignos sólidos primarios (adenocarcinoma, fibrosarcoma, carcinosarcoma, estroma gonadal, arrenoblastoma, coriocarcinoma, disgerminoma, teratoma, mesonefoma, carcinoma cortical adrenal).

Tumores Metastásicos.

Estas y muchas más clasificaciones se han dado de acuerdo a las experiencias clínicas de los autores; no se puede considerar una sola, ya que hay gran variedad de tumores tanto benignos como malignos y las condiciones del medio ambiente no son iguales para todo el universo.

Con el uso de estas clasificaciones se puede determinar la frecuencia relativa, esto es que del 60 a 70% de neoplasias ováricas corresponden al grupo de origen epitelial, del 15 al 20% son de origen germinal, y entre el 5 y 10% son de origen estroma gonadal y mesenquimal y tan sólo un 5% metastásicos; estos porcentajes varían de forma significativa con la edad. En niñas y mujeres de 20 años aproximadamente, el 60% de los tumores son originados de las células germinales y antes de la menarquia en

43) ibid., p. 230

el 90% son los responsables. Los de origen calórico se presentan en el 80% en la menopausia.

Estudios epidemiológicos de los tumores ovárico en México indican que la incidencia es del 5% de la consulta ginecoobstétrica, así la proporción de tumores quísticos del ovario es de 1 en 2000 partos atendidos, o sea un 10% de todos los partos atendidos en un Hospital Ginecoobstétrico de gran capacidad.

44

De aquí la importancia sobre el conocimiento del manejo clínico, diagnóstico y terapéutico a emplear. Por lo que es de gran inquietud para los clínicos este padecimiento, y por ello se han realizado estudios epidemiológicos tanto en el extranjero como en el país en relación a tumores de ovario con gestación y sin gestación.

A continuación se presentan cifras y cuadros de un estudio realizado en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico la Raza, que fue en un lapso de 10 años comprendido de 1964 a 1974, en donde tomaron 163,230 partos atendidos en esos años, de estos 609 casos padecieron tumor de ovario y de esta cifra, en 60 casos coexistió tumor y embarazo, encontrando que la proporción de incidencia fue de 1:2720; ésta es similar a la encontrada en la literatura extranjera (Cuadro II). El tumor más frecuente fue el cistadenoma seroso en 37 casos (61.6%), también esta frecuencia es similar a la de otros estudios realizados. La edad en la que se presentó más fue en la tercera década de la vida con un promedio de 29.1 años según el estudio, ya que en otros la

44)Romney L., Sermour, op. cit., p.1144

edad promedio oscila entre los 26 a 30 años, de aquí se puede considerar en parte que, el origen de los tumores es porque la gónada femenina esta a su mayor capacidad funcional y propicia la formación quística. Otro indicador que analizaron fueron los antecedentes ginecoobstétricos como inicio de la menarca, abortos, esterilidad primaria o secundaria, dismenorrea.

45

Las consideraciones diagnósticas para la evaluación fueron de acuerdo a su condición. Asimismo, fué tambien más complejo el diagnóstico cuando era positivo el embarazo; así como por la sintomatología a presentar que el dolor en la fosa iliaca fué el más característico. En algunos casos en los que se diagnóstico transoperatorio fue 52% en cesáreas, 45% durante laparotomía por embarazo ectópico y 3% por otro tipo de cirugía. Estos resultados muestran una falta de datos de diagnóstico, así como falta de una mayor atención prenatal, con exploración cuidadosa en los primeros meses de la gestación.

Pero la incidencia de muertes o complicaciones irreversibles ha disminuído gracias a los métodos de diagnóstico como el ultrasonido, así como los radiológicos y endoscópico, que son de más difícil aplicación por el estado grávido, ya que están contraindicados.

45) Nava S. R., "Manejo de los tumores de ovario durante la gestación", Ginec. Obstet. México 47/p.244

CUADRO II

FRECUENCIA

Autores	Número de partos	Número de casos	Frecuencia
Booth	29,599	50	1: 591
Celorio	112,552	57	1:1974
Chawdhury	52,800	24	1: 220
Grimes	15,000	55	1: 273
Gustafson	100,000	45	1:2222
Haas	7,600	23	1: 330
Levine y Diamond	54,750	22	1:2489
Tawa	50,495	62	1: 315
Traut y Kunder	23,000	22	1:1045
Presente estudio	163,230	60	1:2720

FUENTE: Celorio, M. J. "Tumores de ovario y embarazo"
Rev. Esp. Obstet. Ginec. 34:87, 1975.

Las complicaciones más frecuentes fueron la torsión de pedículo (11.6%), la ruptura de la cápsula (10%) y la hemorragia intraquistica (6.8%). Lo anterior muestra que estas complicaciones aumentan por el estado grávido, que es cuando hay mayor irrigación, proliferación rápida y mayor predisposición a la malignización (Cuadro III). Las complicaciones obstétricas más frecuentes son los abortos espontáneos, partos prematuros, distocias durante el trabajo de parto y las presentaciones fetales atípicas se encuentran aumentadas. El tratamiento en estos casos fue quirúrgico y estuvo de acuerdo a la edad gestacional, así se realizaron laparotomias con anexectomías, legrados, salpingooforectomía. (Cuadro IV)

En general el pronóstico es bueno, pero sombrío pues como se ve, la incidencia de complicaciones aumenta.

46

46) Vargas L. E., "Epidemiología de los Tumores de ovario"
Ginec. Obstet. de Mex., 49:371

CUADRO III

COMPLICACIONES TUMORALES

Complicaciones	Número de casos	%
Torsión del pedículo	7	11.6
Ruptura de la cápsula	6	10.0
Hemorragia intraquística	4	6.6
Infección Tumoral	1	1.6
Total	18	29.8

FUENTE: Nava M. R., "Manejo de los Tumores de ovario durante la gestación". Gineco. y Obstet. de Méx. 41:246;1977

CUADRO IV
TUMORES OVARICOS Y GESTACION
TRATAMIENTO QUIRURGICO

	Número de pacientes
Antes de la 13 semanas	29
Anexectomía unilateral (11 ectópicos; 5 torsiones del pedículo y 13 post-legrados por abortos)	
De 14 a 27 semanas	10
1 Histerectomía en bloque por corioamniotitis (Operación programada en 4 casos y 5 com- plicaciones tumoral aguda)	
De las 28 a 42 semanas	18
(17 Cesárea y anexectomía 1 Cesárea y resección cuneiforme)	
Durante el puerperio	3
2 Anexectomía unilateral 1 Histerectomía total abdominal	

FUENTE: Nava M. R. "Manejo de los tumores de ovario durante la gestación". Ginec. y Obstet. de Méx., 41:248;1977

Histología Para entender un poco el origen de este padecimiento es necesario hacer una breve reseña de los tipos de epitelio que son elementos básicos para el funcionamiento del ovario.

Los epitelios de revestimiento son los encargados de tapizar la superficie interna y externa de varias partes del organismo y de acuerdo con la cantidad de capas de células que las integran, el epitelio puede ser simple, esto es que posee un solo tipo de células en una sola hilera; siendo planas, cilíndricas, cúbicas.

El tejido conjuntivo o conectivo son células con sustancia intercelular abundante con gran capacidad evolutiva de origen mesenquimatoso y cumple con funciones de sostén, protección y nutrición de los tejidos, éste se origina en el mesodermo embrionario con células mesenquimatosas.

Ahora bien, sabemos que el ovario está dividido en dos partes: una médula y una corteza; la médula se compone de tejido conjuntivo de variedad laxa.

La corteza está formada de una sola capa de epitelio llamado germinal.

El estroma es de tejido conjuntivo compacto con gran profusión de células; aquí se albergan los folículos ováricos.

Las ovogonias u óvulos son elementos pequeños cúbicos, en otras partes grandes, esféricos, con un núcleo, vacuolas, citoplasma claro rodeado de células epiteliales o células de la granulosa. Cuando se habla de los cordones se refiere a células divididas en

forma de cordones, esto se debe a que el tejido conjuntivo penetra en el epitelio de la corteza.

Los folículos primarios, tienen un citoplasma granulado, núcleo, y un nucleolo, estos folículos está íntimamente en contacto con el estroma de la corteza ovárica.

Las tecas se componen de tejido conjuntivo modificado, así la interna es muy vascularizada y la externa altamente fibrosa.

La membrana pelúcida esta formada por células foliculares. ⁴⁷

Hablando embriológicamente el ovario se desarrolla de los pliegues genitales que forman la prominencia celómica intra-embriónica, que están localizados uno a cada lado del embrión, entre el mesenterio dorsal y el mesonefro. Con el tiempo del tejido de estos dos pliegues se desarrollarán los ovarios.

Así las células mesodérmicas en la superficie del ovario forman una cubierta a los órganos. En otros lugares de la cavidad celómica las células superficiales se diferencian en células mesoteliales más delgadas que revisten la cavidad peritoneal. Por debajo de este epitelio de revestimiento cordones de células que tiene aspecto epitelial aparecen entre las células del estroma. Se ha admitido que los cordones de células que aparecen en la corteza del ovario representan crecimiento hacia el interior del epitelio superficial; y al mismo tiempo aparecen células germinativas primordiales en la corteza del ovario, junto con las células de los cordones. Así empieza la ovogénesis, poco después que la célula germinal alcanza la cresta mesonáfrica en el momento del nacimiento y los oocitos se encuentran en

47)Olivia F., R. op. cit., p.290

profase muy larga correspondiendo a su primera división meiótica y permanecen hasta la pubertad, que es cuando empieza el desarrollo folicular. La primera división meiótica termina en un folículo maduro. Después del oocito, las pequeñas células (el primer cuerpo polar) que se sitúan en la zona pelúcida y la membrana vitelina del oocito secundario, reciben la mayor cantidad de citoplasma. En la segunda división (se da en la edad reproductiva) se lleva a cabo en el ampulla de la trompa uterina y ocurre cuando hay fecundación, si no hay fecundación el óvulo empieza a degenerarse sufriendo atresia, que se realiza por medio de cromatólisis o sea destrucción de la cromatina nuclear y es ocupada a posteriori por el estroma. Cuando el folículo sufre este proceso de atresia, la zona pelúcida se hialiniza, el óvulo es invadido y la cromatina sufre destrucción, subsecuentemente hay reabsorción del líquido folicular y necrobiosis; sin embargo en ocasiones el líquido folicular no se reabsorbe y puede formarse un quiste.

48

48) Ham W. A., op. cit., p. 990

2.3.1 Histopatología Para referirse a las neoplasias ováricas son muchos los hechos que hay que tomar en cuenta: El primero de ellos es que los ovarios son órganos intraperitoneales, no cubiertos por serosa peritoneal. Su posición pélvica profunda y su no cubierta peritoneal tiene indudable influencia en su túnica y en el desarrollo tumoral. Otra característica que tiene es la compleja embriogénesis gonado-ovárica; por la variedad de tejidos existentes en los ovarios, con gran actividad funcional de dichos tejidos.

Numerosas hipótesis han surgido sobre el origen de los tumores ováricos, pero a pesar de éstas, aún no se ha llegado a definir cuál es el verdadero origen, ya que los factores son muchos; pero se ha postulado que los tumores nacen del mesotelio. La transformación maligna se debe a que, ocasionalmente, la serosa del ovario puede bajar su pendiente en la hendidura del estroma ovárico y secuestra el epitelio apareciendo inclusión quística. También se ha observado que en los límites del quiste hay epitelio indiferenciado columnar del cual puede surgir transformación metaplásica y formarse el tumor seroso, mucinoso o endometroide. En el embarazo puede ser por causa de dosis terapéuticas de hormonas esteroides, por reacción decidual y ocurrir la transformación en la superficie del ovario. Este proceso puede suponerse por la estimulación latente en dicho período.

49) Janouski I. Nicolas, Ovarian Tumours, p.145

50) Fox H., Tumours of the ovary, p.32

Otra hipótesis afirma que la posible derivación de los tumores serosos es por los cuerpos remanentes de los cordones medulares en el hilum ovárico, la red tubular y las células de la granulosa. Morfológicamente el epitelio es similar entre los tumores seroso y la trompa de Falopio; ésto sugiere que hay epitelio regurgitado y que se implanta en la superficie del ovario.⁵¹

Otros dos investigadores (Parmiten y Woodruff) proponen la siguiente cuestión: por qué los tumores son parecidos al mesotelio y se desarrollan frecuentemente en la pelvis femenina, y particularmente en la superficie del ovario? La respuesta es porque la cavidad pélvica es el medio idóneo para este proceso y el fluido de la cavidad es irritante o puede ser regurgitado por el epitelio de todo el tracto genital ocurriendo la aparición de un tumor. También es importante el hecho de que es más común la inclusión quística ovárica y que puede presentar receptores carcinogénicos que mantiene rodeado al epitelio germinal por periodos prolongados. Asimismo indican algunos factores endógenos como: la incidencia de infecciones tubáricas entre pacientes con tumores de ovario, implica claramente que la trompa de falopio es un factor importante en el desarrollo del ovario maligno; la zona de transición entre la trompa de falopio y la serosa ovárica pueden representar el sitio de origen del epitelio proliferativo como en la zona de transformación del cérvix.⁵²

51)Janouski N. A., op. cit., p.146

52)Fox, H. op. cit., p.34

Dentro de los tumores quísticos neoplásicos se encuentra el cistadenoma seroso, que es el más común dentro de los tumores de origen epitelial benignos; comprenden la mitad de todas las neoplasias ováricas como en Estados Unidos, Inglaterra, India, y en el mismo México. Hay dos formas: serosos simples y los quistes serosos papilares; estos últimos se caracterizan por presentar excrecencias papilomatosas, de ahí su nombre. Su tamaño es variable, que va de muy pequeños hasta llenar la cavidad abdominal; son redondos u ovoides con superficie exterior lisa y suave, con apariencia traslúcida u opaca que va de gris perlino a color café o sanguinolento, es de consistencia fluctuante. Pueden ser unilaterales o bilaterales. Están limitados dentro del pliegue del ligamento ancho o colgar libremente en un pedículo largo.

53

Características histológicas. El epitelio de los quistes serosos es rayado, o cuboidal, dispuesto en una sola capa simple, con espesor uniforme y regular, secretan un fluido seroso, encontrándose algunas veces células columnares intersticiales y claras que pueden producir mucina en pequeñas cantidades. También pueden observarse cilios en el límite de las células. El tejido conectivo (estroma) puede estar flojo y edematoso. Cuando la implantación se espera que sea maligna, se presentan, como característica propia, pequeños nódulos calcáreos llamados cuerpos de psamoma, que son producto terminal de esta implantación tumoral y según algunos investigadores es signo de

53)Willson J. Robert, Obstetric and Gynecology, p.570

respuesta inmunológica contra la neoplasia.

Los tumores asociados con embarazo crecen más rápidamente, lo que causa alarma, complicaciones y mayor predisposición a la malignización. Uno de los factores que induce al desarrollo del tumor es que puede ser un tumor de tipo estrogenizante o actividad hormonal con efecto virilizante. Se acepta que las gonadotropinas coriónicas son responsables de este factor; así, esta estimulación puede modificar la actividad funcional del estroma.

Los factores predisponentes son: la edad, paridad, estado civil, grupo sanguíneo, entidad geográfica y medio socioeconómico y cultural.

54

54) ibid., p.39

2.3.2 Sintomatología. En este padecimiento no existen síntomas subjetivos ni objetivos, inicialmente. Es un hecho que la primera alarma viene dada por el aumento de volumen del abdomen, (no en todos los casos) motivo por el cual la enferma acude a la consulta médica. Tampoco es ningún hecho excepcional el descubrimiento del tumor en ocasión de un examen médico practicado con fines no ginecológicos.

Existe pues, una etapa latente, asintomática, cuya duración es difícil precisar, ya que en la mayoría de los casos no se ha seguido la evolución, pero sí pueda decirse que existen tumoraciones ováricas que se diagnostican tras un examen ginecológico, y sin que previamente se sospeche de su existencia. Sin embargo, por las circunstancias de su situación es más pronto percetado por la mujer. Así los tumores benignos gozan de una etapa "muda" mucho más larga que los tumores malignos.

La etapa sintomática se presenta por la afirmación progresiva del padecimiento que va causando complicaciones; los síntomas van a depender de la compresión que ejerce el tumor sobre los órganos vecinos y su influencia sobre la menstruación. Así los órganos vecinos, especialmente pelvianos, serán los primeros en acusar la presencia del tumor adyacente, siendo los trastornos más frecuentes los urinarios como disuria, poliaquiuria; asimismo los órganos gastrointestinales son afectados ocasionando estreñimiento y diarrea, que en muy pocas ocasiones distan de ser constantes; un síntoma constante es la

55) Dexeus, S. Font, Tratado de Ginecología, p.924

sensación de pesantez. Por consiguiente debemos distinguir entre las neoformaciones que crecen emigrando hacia la cavidad abdominal y las que permanecen en la pelvis. En la primera circunstancia representará una disminución en los trastornos debido al acceso libre en la cavidad y el adosamiento más o menos íntimo con los órganos radicados en la pelvis baja (útero, trompa, vejiga, ureteres, recto) traerá consigo la aparición precoz de síntomas compresivos causando dolor. El proceso de migración depende en parte de las condiciones del pedículo. A medida que el tumor crece tiende a abandonar su situación pelviana para pasar a la cavidad abdominal. Cuando alcanza notables proporciones puede comprimir el paquete intestinal y producir trastornos digestivos más o menos grandes, desplazamiento renal o compresión diafragmática. Otro trastorno recae sobre la menstruación, cuya explicación patogénica es: la tumoración destruye o anula la mayor parte del parenquima ovárico, por lo tanto, en ovario aparecen trastornos en su función, mismo que puede ser funcionalmente activo (estrogénico o androgénico), causando conflicto de espacio en la cavidad uterina. Mediante esto se explica la hipo u oligomenorrea, esterilidad, los casos de menarquía precoz y desfeminización con menopausia anticipada. Finalmente, la congestión y desplazamiento uterino explica la meno y metrorragia y cierta dismenorrea, que se presenta en muy contadas ocasiones. No obstante la presencia de pérdidas transvaginales anormales en una mujer portadora de una tumoración debe hacerse sospechar la posibilidad de un

proceso maligno.

El crecimiento rápido constituye un dato en favor de la malignidad, a pesar de que otras complicaciones pueden dar el mismo síntoma (hemorragia intraquística). Dicho crecimiento junto con la compresión e invasión de los órganos vecinos, originará dolor de intensidad mayor o menor. La localización del dolor puede conducir a un diagnóstico erróneo.⁵⁶ En el embarazo los síntomas van a depender del tamaño, volumen, localización, adherencias y de la compresión sobre la cavidad pélvica, conociendo de antemano que en el embarazo hay mayor riesgo de proliferación rápida.⁵⁶

57) ibid., p.925

Diagnóstico. Sería ideal lograr en la mayoría de los casos un diagnóstico correcto del tumor ovárico: situación, volumen, y naturaleza. Sin embargo, esto se consigue sólo de una manera muy relativa a la cual el ginecólogo experimentado procurará aproximarse. Al interrogatorio las pacientes acusan, a veces, un crecimiento en el abdomen, más aún, algunas acuden por el constante dolor que acusa ya complicaciones. La inspección es eficiente cuando el tumor alcanza un volumen notable. La palpación nos da idea de los límites de la tumoración abdominal, de la forma, del trazado de su hemisferio superior, de su consistencia y de la regularidad o irregularidad de sus contornos. La percusión es útil, señalándonos la situación de las zonas claras a la misma y las relaciones del intestino con el tumor. ⁵⁷ Por lo tanto, la exploración ginecológica, propiamente dicha, es la que proporciona la clave del diagnóstico.

El diagnóstico de los tumores de ovario durante el embarazo, no es infrecuente, los más comunes que coinciden con el embarazo son los quistes, diagnosticados en ocasiones antes de la gestación y en otras durante la misma. Las variadas dificultades que pueden presentarse para un acertado diagnóstico dependen del volumen y la topografía del tumor. Los más fáciles de diagnosticar son los de mediano volumen, ya que los grandes cuando su contenido es líquido, pueden confundirse con un hidroamnios, y los pequeños, por su escaso tamaño, son inapreciados.

57) Janouski N. A., op. cit., p. 927

En la clínica hay que tener en cuenta: la inconstancia de la apreciación del tumor en la cavidad pelviana. Esto es importante ya que algunos tumores desaparecen y reaparecen, esto se explica por la movilidad conferida por el pedículo y por el volumen de la gestante.

Asentado el diagnóstico de un posible tumor se intentará dar una calificación, esto es establecer la condición futura de la mujer antes de la operación, precisando las posibilidades de mantenimiento de la menstruación, de la fertilidad y de la curación definitiva.

Los medios de diagnóstico con que contamos son: a la exploración clínica el quiste seroso puede aparecer redondo, liso y de consistencia uniforme, si es inocular, pero pierde estos caracteres cuando hay numerosas cavidades. Una historia de amenorrea coincide con un tumor ovárico, aquí se tendrá que orientar hacia el diagnóstico de tumor quístico u embarazo.⁵⁸

Urografía excretora. Es el estudio de árbol urinario con medio de contraste que nos permite tener objetivamente dicha repercusión, ya que partiendo de la pelvis o bien comprimiendo a nivel abdominal los trayectos uretrales, la vejiga y/o desplazamiento del riñón podemos tener una orientación de estas repercusiones y aún de la situación del tumor.

Diagnóstico diferencial. La confusión con el embarazo es común ya que el tumor estará flotando en la cavidad interpretándolo así como partes fetales que pelotean en el líquido amniótico, o puede

⁵⁸Romney L., op. cit., p.934

interpretarse como tal sin existir útero gestante. Asimismo, puede existir confusión cuando hay amenorrea o pequeñas pérdidas sanguíneas transvaginales que pueden interpretarse como amenaza de aborto.

La ascitis es otro problema que ocasiona duda por la condición de crecimiento abdominal. La retención de orina puede también ser causado por un tumor quístico o accidente de genitales o extragenitales como la retroversión. También puede errarse como un tumor no de procedencia genital sino que esté implantado en intestino, riñón o vesícula. De la misma manera tendrá que diferenciar de un embarazo ectópico, esto es más cuando el embarazo es relativamente tolerado y evoluciona pasando la octava o décima semana de gestación, además de que también coexisten metrorragias.

59

2.3.3. Tratamiento. El tratamiento de las neoplasias de ovario depende generalmente de la exploración, sintomatología, datos físicos y estado general de la paciente y es sencillo cuando no hay complicaciones. El plan terapéutico es similar cuando no existe embarazo; así, durante el primer trimestre es importante confirmar la presencia de un embarazo, y cuando se descubre la masa anexial en este periodo es necesario esperar hasta por lo menos el segundo trimestre, que es cuando la placenta adquiere plena capacidad funcional. Después se hará la resección, así se evitará el posible peligro de aborto. Si es diagnosticado en el segundo trimestre se esperará hasta el término del embarazo, cuando el producto ya es viable. En todo la operación en el posparto puede ser más ventajosa para la paciente y el feto. Todas las pacientes sospechosas de una neoplasia ovárica maligna o benigna deben ser sometidas a laparotomía tan pronto como se haya completado el diagnóstico.

60

González Gutiérrez propone practicar cirugía en todas aquellas neoplasias que tengan:

- 1) tumor mayor de 5 cm.
- 2) que sea sólido o bilateral
- 3) tumor que se sospeche de malignidad
- 4) tumor infectado o con pedículo torcido
- 5) tumor que comprima el útero o esté enclavado en la pelvis.

61

En los casos agudos en los que no existe sospecha de

61) Romney L., op. cit., p.1178

62) Nava S., op. cit., p.249

malignidad, el tiempo para practicar la intervención quirúrgica es entre la 13a. y la 20a. semana de gestación. Si el tumor se diagnostica antes de la semana 14 de la gestación se recomienda aplazar la cirugía hasta después del tercer mes, ya que una intervención precoz aumenta la frecuencia de abortos. Después de la semana 28 de gestación la mayoría de los autores recomienda vigilancia hasta el momento del parto efectuando la cesárea con exéresis del quiste, si éste se comporta como tumor previo. Se llevará la atención del parto por vía natural si no hay complicaciones obstétricas, efectuando la exéresis tumoral, en las primeras 24 hrs del puerperio. No obstante, existe tendencia a realizar la intervención quirúrgica en cualquier etapa de la gestación, en los casos agudos en los tumores mayores de 10 cm. ó de consistencia sólida.

La incisión abdominal recomendada es la media infraumbilical o infra y supraumbilical si el volumen tumoral es grande, puede también hacerse la insición transversal en la gestación de 12 a 20 semanas de evolución.⁶²

Así, la mejor etapa de gestación para tratar quirúrgicamente los tumores ováricos es de la 14a. a la 27a. semanas de gestación o antes de las 13 semanas; se recomienda tratamiento quirúrgico cuando aparecen complicaciones del tumor; después de las 28 semanas de gestación se sugiera dejarlo evolucionar.

El tipo de intervención empleada en mujeres con tumor benigno es la anexectomía unilateral. La sospecha de malignidad

⁶²⁾ ibid., p.250

debe fundamentarse ante la presencia de ascitis, nódulos peritoneales; infiltración a epiplón, a vejiga, intestino o apéndice, formaciones papilares superficiales, tumoral sólida o mixta si se tiene diagnóstico de malignidad. En caso de coexistir alguna de estas características la conducta aceptada en esta situación durante el puerperio o embarazos menores de 20 semanas es la histerectomía total abdominal con salpingo- ooforectomía bilateral, y apendicectomía en las etapas Ia y Ib. Sin embargo, en mujeres jóvenes que desean conservar su capacidad reproductiva, o bien durante el embarazo si el tumor está limitado a un ovario, es aceptable, aunque discutible, practicar únicamente ooforectomía unilateral y biopsia transoperatoria (Cuadro V). En este Cuadro, existen índices macroscópicos que sugieren malignidad o no.

En algunas ocasiones será necesario extirpar de urgencia un tumor ovárico por torsión del pedículo, rotura o hemorragia intraperitoneal, también debe tenerse en cuenta el respeto máximo de tejido ovárico posible.

63

63) Dexeus S. F., op. cit., p. 935

CUADRO V

HECHOS MACROSCÓPICOS MAS FRECUENTES DE LOS TUMORES OVARICOS
BENIGNOS Y MALIGNOS

BENIGNOS	MALIGNOS
Unilateral	Bilateral
Cápsula intacta	Cápsula rota
Móvil	Adherido a los órganos adyacentes
Superficie regular	Superficie con excrecencias
Ausencia de ascitis	Presencia de ascitis; especialmente hemorrágica
Superficies peritoneales regulares	Implantes peritoneales
Tumor de buen estado	Zonas hemorrágicas y de necrosis.
Quísticos	Sólidos o semisólidos
Pared quística lisa	Papilaciones intraquísticas extensas
Aspecto uniforme	Aspecto irregular

FUENTE: Romney L. Seymour, Ginecología, p. 1158

2.3.4. Complicaciones. Cuando estos tumores se complican los riesgo de mortalidad aumentan. La complicación más frecuente que se presenta es la torsión del pedículo, la que ocurre en un 10% de los casos. Aparece en los tumores de mediano tamaño y en los provistos de un largo y delgado pedículo. Asimismo, la pared abdominal flácida, con panículo adiposo escaso, favorece los movimientos de la tumoración. Las torsiones pueden ser de una vuelta o más. Como es natural, la intensidad del disturbio circulatorio se halla en relación con el número de las mismas y oscila entre una estasis discreta y la interrupción total de la circulación, con todas las consecuencias que son de preveer para la nutrición del tumor. La torsión puede ser causada por un movimiento brusco del cuerpo que, al cesar repentinamente, imprime un momento de rotación del tumor. El número de vueltas parecería guardar relación con los movimientos o accidentes posteriores y las manifestaciones clínicas, de la torsión pedicular resulta suero y sangre de su pared, contenido líquido y el parenquima tumoral, si el tumor es sólido. En el caso de la torsión de un quiste, es de temer ruptura.

64

Esta se halla estrechamente relacionada con la friabilidad de su pared y, finalmente, con la posibilidad de infección, con propagación a la serosa libre y peritonitis consecutiva.

Durante el embarazo los tumores ováricos se torsionan menos, probablemente porque el útero grávido y el nuevo inquilino en los pisos abdominopelvianos frena las veleidades evolutivas del otro

64) Dexeus S. F., op. cit., p.936

huésped, que es el tumor, al reducir el espacio libre. Algunos autores creen exactamente lo contrario.

El cuadro clínico de la torsión tiene como síntoma más frecuente el dolor, afecta comúnmente el lado del tumor, a causa de la existencia de un largo pedículo el tumor puede ser palpado en un lado opuesto, pero es sentido donde se inserta el pedículo. Ocasionalmente el dolor se irradia a la parte alta del abdomen y aún al lado opuesto. Con toda evidencia es debido a la dificultad circulatoria e irritación peritoneal vecina. La defensa muscular es la regla, localizada al comienzo y generalizándose si el caso no es atendido a tiempo. No son infrecuentes las náuseas, los vómitos; el pulso se acelera, la temperatura raramente rebasa los 38,5 C; no existe leucocitosis ni aumento de la velocidad de sedimentación, que aparecen cuando la serosa participa en el proceso o la infección complica la torsión. En los casos no operados puede surgir peritonitis y obstrucción intestinal. La mortalidad operatoria en los tumores ováricos torsionados se debe preferentemente a trombosis y embolias.

La rotura del quiste es poco frecuente, puede ocurrir por la torsión del pedículo o traumatismo y menos frecuentemente por la propia presión intratumoral. Los cambios operados como consecuencia de una torsión del pedículo alteran, mortifican la pared de la tumoración y favorecen la rotura. Las consecuencias dependerán concretamente de las dimensiones, de la solución de continuidad en la pared del tumor y de la naturaleza del

contenido del mismo. Si hay escape de una pequeña cantidad de contenido seroso o mucinoso a través de una rotura pequeña de la pared, es fácil que los síntomas sean escasos, pero si la brecha es amplia y el contenido del tumor es irritante para el peritoneo, especialmente si contiene pus, las manifestaciones serán rápidas y graves, presentando así signos de choque.

Infección. Es muy rara y es causada por varios agentes etiológicos. La infección puede llegar al ovario por vía linfática o por adherencias en el miosalpix o diverticulitis en el colon; asimismo, la torsión del pedículo y la paridad son factores que coadyuvan al desarrollo de la infección. La infección puede llegar a la supuración y originar signos de reacción peritoneal (dolor, vientre duro, náuseas, alteraciones del tránsito intestinal), produce además los síntomas propios de todo proceso séptico: fiebre, aceleración del pulso, leucocitosis y velocidad de sedimentación acelerada.⁶⁵

Ascitis. En cuanto ha sido afectado el peritoneo la ascitis aparece fácilmente, y es más frecuente en los casos malignos. Se comprende su aparición debido a la irritación de la serosa por partículas neoplásicas en los casos malignos y por transudación de líquidos a través de la cubierta del tumor, especialmente si existen disturbios circulatorios o también por excitación mecánica del peritoneo, cuando se trata de tumores benignos. El líquido ascítico tiene las características de un exudado y con

⁶⁵Burow N., Complicaciones Médicas durante el Embarazo, p.236

frecuencia es hemorrágico.

Las complicaciones de tumores asociados con embarazo no ocurren frecuentemente, pero si importan porque el 5% de los tumores ocurren con embarazo y son malignos. Las complicaciones existentes dentro del embarazo pueden demandar de inmediato ⁶⁶ intervención quirúrgica.

⁶⁶Dexeus S.F., op cit., p.239

HISTORIA NATURAL DE CISTADENOMA DE OVARIO ASOCIADO A EMBARAZO

Agente:

Se origina del mesotelio derivado del epitelio celómico; pueden ser quísticos o sólidos, de variedad serosa, mucinosa, de consistencia sólida, de color rojizo a hemorrágico, a veces con excrecencias papilomatosas.

Huésped:

Edad: más frecuente en la tercera década de la vida.

Antecedentes ginecoobstétricos: inicio de menarca tardía, relaciones sexuales tempranas, mujeres nulíparas, obesas, menopáusicas, esterilidad primaria, dismenorrea.

Medio Ambiente:

Se presenta en todos los medios socioeconómicos, con predominio en el bajo.

Escasos recursos de atención médica.

Educación higiénica y patrones culturales (hábitos higiénicos personales, promiscuidad, escolaridad nula o mínima)

Región geográfica.

Estímulo Desencadenante:

Periodo latente

Alteraciones Tisulares:

Estratificación celular con desprendimiento de agrupaciones celulares de sus puntos de origen, irritación, degeneración e inflamación del epitelio.

Síntomas Inespecíficos:

Aumento de volumen de abdomen, amenorrea, dolor pélvico, síntomas urinarios (disuria, poliaquiuria), estreñimiento, diarrea, diverticulitis, dispareunia, leucorrea.

Síntomas Específicos:

Dolor agudo pélvico, aumento de volumen de abdomen, sensación de pesantez, amenorrea.

Complicaciones:

Torsión del pedículo, ruptura del quiste, infección, amenaza de aborto, parto prematuro, infertilidad, ascitis, peritonitis, transformación maligna y muerte.

Niveles de Atención

Prevención Primaria:

Promoción de salud:

- Información a la población sobre la importancia del control ginecológico periódico.
- Dar pláticas a la población sobre educación sexual, fisiología de la menstruación, higiene personal y nutricional.

Protección específica:

- Informar a la población expuesta sobre el padecimiento.
- Informar a la población sobre la importancia de la atención médica prenatal y las posibles complicaciones durante el embarazo.

- Importancia del control ginecológico y examen periódico de Papanicolaou.

Prevención Secundaria:

Diagnóstico temprano: Historia clínica completa (Antecedentes ginecoobstétricos, Antecedentes herodofamiliares, Antecedentes personales patológicos).

Diagnóstico Diferencial: Embarazo, embarazo ectópico, embarazo molar, apendicitis, pelviperitonitis, litiasis renal.

Exámenes de laboratorio y gabinete: Biometría hemática, exámen general de orina, titulación de gonadotropinas coriónicas, detección oportuna del cáncer, exudado vaginal, urocultivo, urografía excretora, ultraecsonografía, histerosalpingografía, ultrasonido, radiodiagnóstico.

Tratamiento Oportuno: Tratamiento quirúrgico; exéresis del cistadenoma, ooforectomía unilateral o bilateral, salpingooforectomía, histerectomía total (esto de acuerdo a las semanas de gestación).

Tratamiento médico: uteroinhibidores como profiláctico de amenaza de aborto.

Prevención Terciaria:

Limitación del Daño:

- Orientar sobre importancia de la visita médica ginecológica periódica.
- Proporcionar información sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

- Visita médica obstétrica mensual.
- Seguimiento clínico y control durante un año.

Rehabilitación:

- Apoyo psicológico y emocional en período preoperatorio y postoperatorio.
- Visita médica ginecológica.
- Pláticas sobre métodos de planificación familiar.
- Reintegración a la vida normal (familiar y social).

III. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

I. 1.- Datos de Identificación:

Nombre: Z.M.H.

Fecha de ingreso: 18-06-85

Edad: 26 años Sexo: femenino Edo.Civil: casada

Escolaridad: segundo de primaria Ocupación: hogar

Religión: católica Nacionalidad: mexicana

Lugar de procedencia: Zacatecas

2.- NIVEL Y CONDICIONES DE VIDA

AMBIENTE FISICO

Habitación:

casa mediana, construcción de tabique, buena distribución
distribución de espacio, con suficiente ventilación e
e iluminación .

Propia, familiar, rentada, otros: casa familiar

Tipo de construcción: muros de tabique, piso de cemento

Número de habitaciones: cinco cuartos

Animales domésticos: un perro

Servicios sanitarios:

cuenta con luz eléctrica, y agua potable.

Control de Basura: por medio de camión recolector

Eliminación de desechos:

cuentan con drenaje completo en toda la colonia.

Iluminación: área semiurbana semipoblada

Pavimentación: semipavimentada, con servicio público
de luz parcial.

Vías de comunicación:

Telefonos: vías telefónicas escasas

Medios de transportes: escasos y retirados

Recursos para la salud: Centro de Salud de S.S. a dos calles

HABITOS HIGIENICOS

Aseo: baño cada tercer día con cambio de ropa total
aseo al momento de levantarse.

De manos y bucal: aseo de manos antes de preparar los
alimentos, después de ir al baño, aseo bucal por las mañanas
y por las noches.

Alimentación :

Desayuno (horario y alimentos): 9:00 mañana desayuna a-
tole, café negro o leche, 1 pan, 2 tortillas, frijoles

Comida (horario y alimentos): 3:30 sopa de pasta,
guisado (pollo, carne, huevo), frijoles, 3 ó 4 tortillas a
veces fruta o alguna golosina.

Cena (horario y alimentos): 10:00 café, atole o leche
1 pan de dulce, y a veces guisado de la comida o frijoles.

Alimentos que ocasionan preferencia, intolerancia, o
desagrado: los alimentos que le agradan son las frutas,

pollo, galletas, el hígado y pescado, no son de mucha preferencia pero los come.

Eliminación (horario y características)

vesical: horario aproximado (7:30, 12:00, 16:00, 22:00)

de color amarillo, a veces muy clara, sin olor fuera de lo particular, con dificultad al orinar, y poca fuerza de chorro y a veces incontinencia .

intestinal: una vez al día, casi siempre después de comer a veces con dolor al defecar y con mucha dificultad.

Descanso (tipo y frecuencia): después de la comida y de hacer el aseo de la cocina duerme de 30 a 40 minutos

Sueño (horario y características): Se duerme a las 10:00 ó 11:00 de la noche y se levanta a las 6:30 de la mañana, no padece insomnio, sueño tranquilo, sin pesadillas.

Diversiones, deporte, y estudios: no estudia, ni realiza ningún deporte, su diversión es ir con su cuñada que vive en Villa de las Flores, o a veces va al parque del centro de Ecatepec con su esposo, sus hijos y su suegra, o ve televisión.

COMPOSICION FAMILIAR.

PARENTESCO	EDAD	OCCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
Padre	27 años	chofer	total
Madre	26 años	hogar	ninguna
Hijo	5 años	estudiante	ninguna
Hijo	2 años	infante	ninguna
Suegra	50 años	hogar	ninguna

DINAMICA FAMILIAR, SOCIAL: Aparentemente buena dinámica familiar, aunque a veces falta el padre por su trabajo; ella no tiene muchas amistades, él si tiene muchos amigos. Cuando salen van al cine, o con la hermana de su marido, o al centro de Ecatepec.

A últimas fechas su esposo está en busca de trabajo. Ambos son tranquilos, refiere buena relación entre los dos, no tiene problemas con su suegra ni él con su familia, frecuenta poco a su madre y padre, por vivir en Zacatecas.

RUTINA COTIDIANA. Inicia el día a las 6:30 de la mañana prepara el desayuno a su esposo que sale de su casa a las 7:00, después va a comprar el pan y le da el desayuno a su hijo que va a la escuela y lo lleva ella ó su suegra. Al llegar desayuna con su hijo el más pequeño y su suegra, al término, hacen el aseo de la casa, y posteriormente sale al mercado y recoge a su hijo de la escuela. Llega a preparar la comida, y cuando ya está lista comen alrededor de las 3:30 ó 4:00 de la tarde. Al término hace el aseo y ve la televisión con sus hijos, o se

pone a planchar, y le ayuda a su hijo a realizar su tarea; a las 8:00 les da de cenar a sus hijos, y los acuesta para dormirse. Llega su marido del trabajo, platica con él y ven la televisión, alrededor de las 9:00 de la noche empieza a preparar la cena para ella, su suegra y su marido, al término, lava los trastos, y se van a dormir.

3.- ANTECEDENTES Y PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO

Antecedentes heredofamiliares: Abuelos maternos vivos, abuelos paternos uno muerto por alcoholismo, padre y madres vivos, 6 hermanos, 2 hijos todos aparentemente sanos. Niega antecedentes diabéticos, cardiopáticos, fímicos, luéticos, malformaciones congénitas y neoplásicos.

Antecedentes personales patológicos : Enfermedades eruptivas de la infancia. En la adolescencia sin antecedentes quirúrgicos traumáticos ni patológicos de gravedad. Ya de adulta, gripes recurrentes, así como enfermedad entérica con incapacidad de tres días. Niega antecedentes diabéticos, neoplásicos, cardiopáticos transfusionales, traumáticos, quirúrgicos o toxicomanías.

Antecedentes gineco-obstétricos: telarca 11 años, pubarca 11 años, menarca 12 años, con menstruación cada 30 días con duración de cuatro días, de regular cantidad, a veces con coágulos, dismenorréica, con dolor no incapacitante Vida sexual activa 15 años, un solo compañero, sin control de la fertilidad, relaciones

sexuales satisfechas. Gestas III, para II, abortos 0, legrados 0
embarazos 0, sin complicaciones hemorrágicas, gestacionales, ni
puerperales, partos prematuros 0; partos a término 2.
Primer embarazo en 1978, sin control prenatal, atendido por
partera empírica en su casa, lactancia hasta los 6 meses por
desaparecer, sin control de la fertilidad, producto sano ac-
tualmente. Segundo embarazo en 1983, sin control prenatal, aten-
dido por partera empírica, no sabe peso ni talla, lactancia hasta
los dos meses por desaparecer secreción láctea, producto actual-
mente sano. Ambos productos sin malformaciones congénitas.

Resumen de Antecedentes gineco-obstétricos.

Paciente femenino de 26 años, menarca 12 años, con ritmo de 30x4
Vida sexual activa 15 años, sin control de la fertilidad; gesta
III, para II, abortos 0, cesáreas 0, con fecha última de
menstruación 15-feb-85. Papanicolau el 4-abr-85 con flora
bacteriana gram -.

Problema o padecimiento por el que se presenta : inicia hace
2 meses, con dolor en fosa iliaca derecha, náuseas, y en
ocasiones vómito, por lo que acude a esta clínica .

Su padecimiento lo inicia hace un año con el mismo dolor, acude a
médico particular diagnosticándole tumoración quística, más
el facultativo ordenó estudios de Rx, EGO y recetó antiespasmódic-
os y analgésicos para el dolor. No se realizó los estudios indi-
cados, sin embargo, continuo tomando medicamentos con los que
disminuía el dolor, sin exacerbación de éste, a veces el dolor

era incapacitante y se marcaba algunas veces al estar acostada, otras al estar de pie; así mismo, presentó disuria, dispareunia y dolor al defecar algunas veces. Este dolor se agudizó hace dos meses incapacitándola para realizar sus actividades cotidianas y sexuales.

Comentarios acerca del problema o padecimiento. Participación del paciente y la familia en el diagnóstico tratamiento y rehabilitación.

Paciente de 26 años de edad, informada sobre su padecimiento, al cual no le ha dado importancia de acudir al médico por falta de información referente a la conservación de la salud. Aunado a esto problemas económicos, además que, en aquel tiempo su esposo no estaba asegurado. Ahora al agudizarse su problema acude a consulta externa de este hospital por presentar dolor en fosa iliaca derecha, por lo que sus familiares decidieron traerla, y aprovechar el servicio médico al que tienen derecho. La paciente hasta el momento se muestra cooperadora al interrogatorio y a la vez temerosa, ya que es primera vez que está hospitalizada y que acude a una consulta médica ginecológica.

II. - INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA POR APARATOS Y SISTEMAS

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparato digestivo: náusea, halitosis sin causa aparente, algunas veces distensión abdominal y dolor al defecar.

Aparato cardiorrespiratorio: sin epistaxis, hemoptisis, ni disnea, ni compromisos cardíacos.

Aparato circulatorio: ningún fenómeno vasomotor.

Aparato urinario: con disuria, poliaquiuria, con dificultad en fuerza del chorro.

Aparato genital: no secreción mamaria, con dispareunia, amenorrea, secreción vaginal amarillenta, con prurito vaginal, sensación de pesantez en la parte pélvica.

Aparato musculoesquelético: dificultad a la marcha a expensas de dolor, sin claudicación; movimientos no del todo libres, sin dolor en las articulaciones.

Aparato nervioso: buena coordinación, movilidad y sensibilidad, sin pérdida de la consciencia, ni movimientos anormales.

Piel y anexos: piel morena, sin cicatrices, hidratada, con paño facial, línea morena en abdomen, cabello bien implantado.

Organos de los sentidos: buena percepción del olfato, sin trastornos de la visión, no acufenos ni fosofenos, ni secreciones oticas o nasales.

EXPLORACION FISICA

Hábitus exterior: paciente femenino de 26 años de edad que proviene de medio socioeconómico bajo, edad aparente a la cro-

nológica, consciente, orientada en tiempo y espacio. Escolaridad hasta segundo de primaria. Facies características de dolor, postura forzada a expensas de dolor en fosa iliaca derecha, intranquila, mesomórfica, movimientos normales a la marcha.

Cabeza: cráneo normocefálico, cabello bien implantado, reflejos fotomotores, motomotores y consensuales normales. Sin secreciones oculares, sin alteraciones vasculares. Pabellón auricular bien implantado de forma y volumen pequeños, conductos auditivos externos normales, nariz pequeña, cavidad nasal bien implantada, articulación temporomaxilar con buena movilidad. Con placa dentaria completa, caries de primer grado en segundo molar superior derecho y segundo molar izquierdo, lengua de tamaño y volumen pequeñas, mucosas hidratadas, paladar, úvula y pilares sin procesos patológicos.

Cuello: cilíndrico, pequeño, con movilidad, sin problemas a la deglución, ganglios palpables, sin edema. Se palpa tiroides sin edema.

Tórax: forma cuadrada, sin alteraciones de la pared, palpación precordial normal, ruidos cardíacos rítmicos. Auscultación de campos pulmonares, ventilados sin estertores, ni dolor a la presión. Mamas de gran volumen, no se palpan tumoraciones, areola y pezón hiperpigmentadas, no secreción láctea.

Abdomen: sin cicatrices en la pared abdominal. Hiperestesia cutánea presente, dolor a la presión, con defensa muscular. Peristaltismo presente, sin ascitis, sin presencia de viceromegalias, sin presencia de hernias, con puntos dolorosos en toda la región abdominal. Puño percusión omitida por dolor en región.

genitales: vello pubiano bien implantado, genitales externos con buen tono muscular, vagina con secreción amarillenta. Se omite tacto vaginal por circunstancias ya mencionadas. Tacto día 9 de marzo, dtero en anteroverso latero desviado a la derecha.

Miembros superiores: bien conformados, con aducción y abducción normal, sin limitación en los movimientos. Miembros inferiores: bien conformados, buen llenado capilar sin várices, ni flebitis.

Talla 151 cm. Peso 80 Resp 20 Pulso 65,700 T/A 110/70

III.- DATOS COMPLEMENTARIOS EXAMENES DE LABORATORIO.

FECHA	TIPO	NORMALES	DEL PACIENTE
090485	P.I.E.	prueba de embarazo positiva	
120485	B.H.	Hemoglobina 13.5- 17.0g.	Hb.12.5
		Hematocrito 40 - 52	Hto. 39.6
		leucocitos 5000-10000	leuc.9000
		plaquetas 150-400000mm	pla. 236000
		Tiempo de P. 80-100%	T.P. 100%
		T.T.P. 30-50 seg.	T.T.P. 40,5 seg.

120485	D.O.C.		flora bacteriana bacilar gram - escasa células epiteliales positivas, ph de 6.
080585	Q.S.	glucosa 60-100 mg urea 16-35 mg creatinina 0.75 a 1.2 mg ph en sangre 7.5 a 7.45 bilirrubina indir. 0.80mg directa 0 mg!	glucosa 87.5 mg urea 13.6 mg creatinina 0.6 mg ph sangre 7.5 bilirrubina ind. 0.78mg dir. 0
	E.G.O.	ph 6 ácido densidad 1003-1035 proteínas negativas acetona negativas hemoglobina negativa S.Leucocitaria menos de 10 leucocitos por campo.	ph 6 ácido densidad 1024 proteínas negativas acetona negativas hemoglobina negativa S.L. 20 leucocitos por campo
100685	B.H.		Hemoglobina 11.2 Hematocrito 35 leucocitos 9,100

OBSERVACIONES

En base a los datos de laboratorio la paciente se encuentra embarazada, con biometria hemática dentro de los límites normales, química sanguínea normal, examen general de orina normal, exudado vaginal flora bacteriana anormal, escasa.

EXAMENES DE GABINETE

TIPO	OBSERVACIONES
050385 ULTRASONIDO	!Se practica ultrasonido pélvico en !contrándose imagen que corresponde a !útero en anteroversión flexión con !dm.78x55x46 mm. de superficie regu- !lar, línea ecopositiva de endometrio !normal, anexo derecho se observa !imagen senolúcida de 15 x 12cm de !superficie regular sin ecos compa- !tibles con proceso quístico. !I.D. cistadenoma de ovario derecho.
080485 UROGRAFIA EXCRETORA	!Placa simple, se observa escoliosis. !En cavidad derecha distribución de !gas intestinal normal. No viscerome- !galias, ambas caras visibles. !Después de la administración de !contraste, eliminación simétrica !bilateral ambos riñones Colectasia !bilateral renal, con ureteroectasia !grado II de ambos ureteres observan- !do el izquierdo desplazado, vejiga !urinaria comprimida en su techo. !I.D. tumoración pélvica renal func- !cionante, uteroectasia bilateral.
270585 DOPTHONE	!Frecuencia cardíaca fetal normal sin !reporte de características
280585 ULTRAECOSONOGRAFIA	!Útero aumentado de volumen que con- !tiene saco gestacional y en su inte- !rior se aprecia embrión de longi- !tud cefalocaudal de 73 mm. que co- !rresponden a 13 semanas de gesta- !ción, frecuencia cardíaca y movi- !mientos normales, decidua basal !que ocupa el 100% de la cavidad !uterina líquido amniótico normal, se !aprecia una imagen quística que !mide 14.4x9.9x13.7 cm., bordes irre- !gulares y no se aprecia la existen- !cia de trabéculas en su interior.

Nota de Ingreso.

Paciente que ingresa el 100685 para exéresis de masa tumoral de ovario derecho. Reporte de exámenes de laboratorio preoperatorios normales. Persiste dolor en fosa iliaca de mediana intensidad, deambulando, sin datos de irritación peritoneal. No sangrado transvaginal. Se hospitaliza y se prepara para cirugía.

Notas de Evolución

100685. Ingresada paciente de 26 años, consciente, intranquila con embarazo de 17 semanas. A exploración física signos vitales T.A. 110/70, FC 80', FR 20' Temp. 36.3 C., dolor a la palpación, en fosa iliaca derecha por tumoración ovárica, peristaltismo presente, sin compromiso de irritación peritoneal. No sangrado transvaginal, ni datos de amenaza de aborto. Se mantiene en observación y se espera decisión si se interviene quirúrgicamente o se espera una semana más.

110685 al 190685. Continúa con dolor en fosa iliaca derecha el cual persiste con mayor intensidad y aumenta a la deambulación. Hay disuria y náuseas. Signos vitales estables, normotérmica. Sin presencia de sangrado transvaginal ni actividad uterina. Se prepara para cirugía ya que hay compromiso de irritación peritoneal.

Seguimiento de la evolución postoperatoria.

200685. Se realiza exéresis de tumoración quística, benigna Cistadenoma seroso de ovario derecho, sin complicaciones quirúrgicas. La paciente se encuentra tranquila, consciente, sin datos de actividad uterina. Signos vitales estables.

210685-250685. La paciente después del postoperatorio hasta el momento de su egreso evolucionó satisfactoriamente, tranquila consciente, cooperadora a su rehabilitación. Signos vitales estables. Herida quirúrgica limpia sin secreciones. Utero gestante a nivel de cicatriz umbilical. Abdomen poco doloroso a la palpación profunda sin presencia de actividad uterina ni pérdida transvaginal. Uresis normal, tolera alimentos ya por vía oral. Se han indicado uteroinhibidores como tratamiento profiláctico. Se da de alta el día 250685. Se reciben exámenes de laboratorio de control encontrándose normales. Se da cita para control de embarazo.

Nota Postoperatoria.

Bajo bloqueo epidural, previa asepsia y antisepsia, se hace incisión infraumbilical media, aproximadamente de 12 cm, con disección por planos hasta cavidad abdominal. Exploración y pinzamiento triple de pedículo de tumoración de ovario derecho, corte y extracción de pieza de 15cm X 12cm X 8cm. Anexo

colateral adherido hacia la cara lateral derecha de útero gestante de aproximadamente 16 cm. Se cierra cavidad por planos Sangrado 100cc. Signos vitales estables, sin complicaciones quirúrgicas.

Comentarios

Los exámenes de control postoperatorio fueron normales, asimismo se dió resultados de anatomía patológica correspondiendo el cistadenoma a los de procedencia benigna seroso, y de origen epitelial, sin características de probable malignización.

3.1 PROBLEMAS DETECTADOS

De acuerdo a los estudios de laboratorio y gabinete, realizados desde el ingreso de la paciente, se nos revela por ultrasonido a una mujer embarazada con 13 semanas de gestación, además coexiste un cistadenoma de ovario derecho en la misma cavidad pélvica, por lo que en estos casos es factible la exéresis de la tumoración. Además hace pensar en una torsión de pedículo a corto plazo; asimismo, al saber la paciente que es peligroso su estado clínico, se encuentra angustiada, temerosa, por lo que necesita apoyo psicológico y emocional por parte de sus familiares, equipo de salud, así como de mayor orientación acerca de su problema por parte del personal de enfermería.

3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Se trata de paciente del sexo femenino de edad aparente a la cronológica, de 26 años, consciente, con respuesta rápida a estímulos ambientales, orientada en tiempo y espacio, angustiada. Proviene de medio socioeconómico bajo, escolaridad: segundo de primaria, hábitos higiénicos regulares, alimentación regular en cantidad y calidad. Se presenta en este hospital por presentar dolor en fosa iliaca derecha a causa de cistoadenoma seroso de ovario derecho, confirmado por ultrasonido y anatomía patológica, y, que de acuerdo a sus antecedentes ginecoobstétricos, se concluye que es una paciente de alto riesgo por encontrarse con embarazo de 18 semanas de gestación y coexistiendo masa tumoral quística en ovario derecho desde hace más de tres meses, la que ha provocado el dolor en fosa iliaca derecha, por la compresión que ejerce sobre el peritoneo y órganos adyacentes, y hace posible la torsión del pedículo del cistadenoma. Al conocimiento del problema la paciente se encuentra angustiada y temerosa ante la incertidumbre de los resultados de la cirugía. Además, otro de los factores que influyen en su intranquilidad es la posible pérdida del empleo de su esposo, ya que le fue anunciada a últimas fechas su liquidación. Ambas situaciones aumentan el estado de angustia ante la inseguridad de sí misma, como la inseguridad económica para disponer del sustento familiar. La paciente, como miembro de una sociedad, se ve afectada en su equilibrio biológico, social y emocional al recibir el impacto de todos los factores ambientales.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre: I.M.H.

Edad: 26 años

Sexo: femenino

Nacionalidad: mexicana

Estado civil: casada

Ocupación: hogar

Edad gestacional: 18 semanas

Ingreso: 18-06-85

Servicio: ginecología.

Diagnóstico médico: Cistadenoma de ovario derecho
con torsión de su pedículo.

Diagnóstico de Enfermería: Se trata de paciente del sexo femenino de edad aparente a la cronológica, de 26 años, consciente, con respuesta rápida a estímulos ambientales, orientada en tiempo y espacio, angustiada. Proviene de medio socioeconómico bajo, alimentación regular en cantidad y calidad. Se llega a este hospital por presentar dolor en fosa iliaca derecha a causa de cistoadenoma seroso de ovario derecho, confirmado por ultrasonido. De acuerdo a sus antecedentes ginecoobstétricos, se concluye que es una paciente de alto riesgo por encontrarse con embarazo de 18 semanas de gestación y coexistiendo masa tumoral quística en ovario derecho desde hace más de tres meses, la que ha provocado el dolor en fosa iliaca derecha. Al conocimiento del problema la paciente se encuentra angustiada y temerosa ante la incertidumbre de los resultados de la cirugía. Además, otro de los factores que influyen en su intranquilidad es la posible pérdida del empleo de su esposo, ya que le fue anunciada a últimas fechas su liquidación. Ambas

situaciones aumentan el estado de angustia ante la inseguridad de sí misma, como la inseguridad económica para disponer del sustento familiar.

Objetivos:

- Brindar apoyo psicológico y emocional.
- Detectar signos de alarma que pueden evidenciar la posible amenaza de aborto.
- Explicar a la paciente su estadio clínico así como el proceso de intervenir quirúrgicamente.
- Proporcionar educación higiénico dietética, destacando su importancia sobre las condiciones de salud óptimas.

PROBLEMA

Torsión del pedículo

MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA

Dolor en fosa iliaca derecha.

Disuria

Sensación de cuerpo extraño

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA

El problema del dolor es causado por mecanismos periféricos de activación de receptores específicos, excitados por estímulos de naturaleza diversa. Así, el dolor pélvico es causado por la torsión del pedículo del cistadenoma que de acuerdo a sus características de tamaño volumen, entre otras, al ir creciendo

se tuerce sobre sí mismo provocando dificultad circulatoria e irritación sobre el peritoneo, que es una fina membrana muy sensible, y en consecuencia reacciona rápidamente a los estímulos de sobre carga causando el dolor.

Los ovarios guardan relación anatómica con los ureteros y vejiga, de manera que se van afectados por el crecimiento del cistadenoma que ejerce presión sobre éstos provocando dificultad a la micción.

La migración del tumor es un proceso evolutivo del mismo que hace compresión sobre los órganos circundantes, el aumento de tamaño va causando mayor peso en la cavidad pélvica, la sensación es mayor por el crecimiento uterino desencadenado por el embarazo.⁶⁷

ACCIONES DE ENFERMERIA

Disminuir el dolor.

Vigiliar ingestión y excreción de líquidos con balance hídrico.

Aplicación de frío en la región pélvica.

Explicar las causas de la sensación de cuerpo extraño.

Proporcionar cambios de posición.

67)Romney L.S.op. cit., 1178

El problema del dolor se resolverá a través de la cirugía que es una acción médica. Desde el punto de vista de enfermería se aplicará dipirona como medicamento paliativo, en tanto no se realice la cirugía.

La Dipirona. Es un analgésico no narcótico, su composición química es el ácido acetilsalicílico. La absorción de los salicilatos es rápida y se lleva a cabo en el estómago, e intestino delgado en su porción superior; es absorbido como tal e hidrolizado en acetato por las esterasa en los tejidos y la sangre. La duración en el organismo es de dos horas después de su administración; el salicilato es excretado como tal, pero la mayor parte de él es convertido en conjugado hidrosoluble, y es eliminado por el riñón.

Mecanismo de Acción. Es sobre el dolor y reduce la inflamación del sitio de origen del dolor por efecto de transmisión del Sistema Nervioso Central. Esta reducción probablemente se deba a que hay vasodilatación. El efecto sobre el dolor puede ser muscular, inflamatorio, vascular, e irritativo, que en este caso es el mecanismo de acción particular. Estimula al SNC provocando a nivel respiratorio el incremento de frecuencia y profundidad. En grandes cantidades administradas durante el embarazo, puede provocar hemorragia a nivel placentario en la etapa embrionaria. En la mucosa gástrica produce irritación causando malestar epigástrico y náuseas.

Contraindicaciones. En pacientes con úlcera péptica, asma y embarazo, este medicamento es de empleo delicado en la primera etapa del embarazo. La dosis óptima es de menos de 0.6 gr.

diarios comúnmente administrada cada 4 horas; a dosis menores de ⁶⁸ 0.3 g. se dará cada tres horas.

RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

La ministración del analgésico se da con fin paliativo considerando, asimismo, que se trata de una paciente embarazada y que no se pueden administrar grandes cantidades de este medicamento aun en la etapa fetal ya que puede causar daño teratógeno al feto. Además el dolor cesará hasta la exéresis del cistadenoma.

Con ello se valorará el funcionamiento renal en la cantidad de eliminación de los líquidos ingeridos, de no ser así se predispondrá a la paciente a una infección uretral e inflamación vesical agudizando su problema.

El frío constriñe los vasos sanguíneos de la región disminuyendo así la circulación, lo cual reduce la inflamación y ⁶⁹ calma el dolor.

Al explicar a la paciente las causas de este malestar se establece comunicación y es más claro y comprensible para ella, ya que la cavidad abdominal contiene simultáneamente al cistadenoma pediculado del ovario y al útero grávido.

68) Bertham C. K., Farmacología Básica y Clínica, p. 623

69) Rinder E. J., Módulos de Procedimientos Básicos de Enfermería p. 200

El exceso de volumen causado por el quiste comprime, e irrita la cavidad pélvica. A los cambios de posición se disminuye la sobrecarga percibida en hemiabdomen derecho, ayudando al mismo tiempo a disminuir el dolor.

RESPONSABLE DE LA ACCION

Enfermera

EVALUACION DE LAS ACCIONES

La aplicación del medicamento asociado a los cambios de postura favoreció que disminuyera el dolor por un momento.

La ingestión de líquidos fue proporcional a los egresos urinarios sin mayor complicaciones, ya que la disuria fue leve y no tuvo mayor trascendencia.

La aplicación de frío favoreció la disminución del dolor, sin presentar mayor dificultad a la micción.

Al tener conocimiento la paciente de su estado clínico, fue más comprensible para ella la sintomatología que presenta aunque no quedó muy tranquila.

Los cambios de posición favorecieron la disminución de sensación de cuerpo extraño en hemiabdomen derecho, haciendo más tolerable las condiciones clínicas a la paciente.

PROBLEMA

Embarazo de 18 semanas de gestación.

MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA

Aumento de volumen del abdomen con crecimiento uterino.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA

El crecimiento uterino se debe a la hiperplasia e hipertrofia y elongación de las miofibrillas del útero como consecuencia de la estimulación hormonal dentro del embarazo, este crecimiento se da desde la 6a. semana de gestación. Así mismo, el camino de expansión para el crecimiento del utero es la cavidad abdominal. Así, apartir de la 16a. semanas de gestación el útero empieza a elongarse. Aunado esto a que en la misma cavidad se aloja un cistadenoma, el volumen aumenta. El producto de la concepción a esta edad es ya un feto con todos sus órganos bien diferenciados, presencia de cabello, y sexo definido; esto no quiere decir que ya sea viable.

70

ACCIONES DE ENFERMERIA

Medir fonfo uterino

Vigilar frecuencia cardíaca

Descubrir oportunamente contracciones uterinas

Detectar oportunamente la presencia de sangrado transvaginal

70) Langman Jan, Embriología Médica, p. 234

RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

Nos permite valorar en forma indirecta si la evolución del embarazo es correcta y si corresponde el tamaño del producto con la edad gestacional. Siendo su crecimiento de 4 cm. por cada mes de embarazo.

Tiene como finalidad percibir los ruidos cardíacos fetales; su frecuencia que en estas semanas ya es audible y oscila entre 160-170 latidos por minuto. Su intensidad que es leve, por ser pequeño el feto y no poder aun delimitar su posición.⁷¹

La presencia del cistadenoma reduce la superficie de la cavidad abdominal, siendo un obstáculo para el crecimiento y desarrollo fetal, por lo que es importante detectar oportunamente la presencia de contracciones uterinas, haciendo la diferencia si corresponden a la contracciones de Braxton Hills, o en potencia un signo inminente de aborto.

Normalmente no debe presentarse sangrado durante la gestación; sin embargo es una paciente que evoluciona su embarazo asociado a un proceso degenerativo y puede presentar este signo de alarma, por lo que es muy importante se detección oportuna.⁷²

RESPONSABLE DE LA ACCION

Enfermera

71) Mondragon C., H. Obstetricia Básica Ilustrada, p.168
72) ibid., p.169

EVALUACION DE LAS ACCIONES

La medición del fondo uterino correspondió a las semanas de gestación; que fué de 16cm. a nivel de la cicatriz umbilical.

La frecuencia cardíaca se escuchó con poca intensidad, no hubo oportunidad de hacer la contabilidad, ya que a la presión del estetoscopio de Pinard sobre el abdomen, la paciente experimentaba mayor dolor.

La vigilancia de la paciente fué estrecha, no fueron detectadas contracciones de Braxton Hills, ni indicios de complicaciones.

No hubo presencia de sangrado transvaginal ni otra secreción vaginal anormal.

PROBLEMA

Temor a la intervención quirúrgica y pérdida del producto.

MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA

Angustia ante la incertidumbre de los resultados de la intervención quirúrgica y las repercusiones sobre su hijo.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA

Es conveniente recordar que los estados emocionales que constituyen el cortejo habitual de la intervención quirúrgica,

representan estímulos psíquicos agresivos que, actuando sobre la médula suprarrenal, determinan descargas de noradrenalina, cuya secreción conjunta origina esbozos causantes de precoces y evidentes alteraciones hemodinámicas. Así la angustia y el temor son estados que compensan o neutralizan al individuo en su conflicto psíquico.

73

ACCIONES DE ENFERMERÍA

Establecer interacción con la paciente.

Establecer relación y comunicación verbal.

Orientar y explicar el proceso de la intervención quirúrgica

Proporcionar comodidad física.

Mostrar a la paciente interés por su situación.

RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

El interactuar con la paciente ayuda a la socialización de la misma con el personal interdisciplinario, la aceptación de su estancia hospitalaria y detectar sus necesidades.

La comunicación verbal es una manera de que la paciente exteriorice sus temores acerca de la situación conflictiva por la que pasa, logrando encausarla sin que llegue a crisis maniaco depresivas.

74

73) Romney S. L., op. cit., p.333

74) Donna A. C., Control de los Conflictos Emocionales, p.46

Al orientar y explicar a la paciente el proceso a que va ser sometida se proporciona información lógica que hace más comprensible el trance angustioso por el que cursa ayudando a la aceptación y decisión de su problema.

El brindar bienestar físico ayuda de manera simultánea al esfera psíquica, ya que ambos son dependientes.

Al mostrar interés por los problemas que están causando la angustia, se hace sentir a la paciente más segura de si misma y con mayor fortaleza interna para recibir el evento y confiar más en la enfermera y disminuir los temores a que se enfrenta.⁷⁵

RESPONSABLE DE LA ACCION

Enfermera

EVALUACION DE LAS ACCIONES

Al primer contacto con la paciente se mostró tímida y cortante.

El establecer mayor comunicación, ella empezó a mostrarse más cooperadora y abierta al diálogo.

Se explicó a la paciente el proceso al que estaría sujeta, así fue más comprensible y disminuyó su tensión nerviosa.

75) Lipkn B. G., Atención Emocional del Paciente, p. 103

Al proporcionar comodidad, la paciente se percató de que el personal la tomaba en cuenta, haciendola sentir confortable en la medida posible.

La paciente se percató del interés que se tuvo de su problema, lo que propició mayor diálogo, exponiendo abiertamente sus problemas.

PROBLEMA

Pérdida del empleo del conyugue.

MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA

Preocupación

Ansiedad

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA

El individuo socializado construye de manera gradual un concepto altamente personalizado de sí mismo, sobre el status y rol que desempeña en la sociedad; mismo que al estar en peligro acarrea desequilibrio en esta concepción, presentándose de manera simultánea en el status y rol que juega cada individuo como núcleo de la sociedad. Al mismo tiempo hay que considerar que el factor trabajo e incentivos económicos son básicos en la vida humana. No estando presentes hay pérdida de la seguridad económica y social.

76

76) Engels F., El Papel del Trabajo en la Transformación del Mono en Hombre, p.3

ACCIONES DE ENFERMERIA

Apoyo emocional.

Disminuir la preocupación.

Establecer pláticas sobre educación sanitaria.

RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

Es una forma de terapia que ayuda a la paciente a disminuir su preocupación ya que de no hacerlo puede dejar al individuo en posición vulnerable de desequilibrio.⁷⁷

La preocupación es síntoma causado por la angustia, este se puede disminuir mediante la plática con la paciente sobre las posibles fuentes de trabajo y que la paciente exteriorice cual es su mayor preocupación; logrando así la terapia.

Con las pláticas se muestra a la paciente la importancia de las medidas higiénico dietéticas para mantener la salud. Al mismo tiempo se proporciona distracción y que no piense en su conflicto económico.

RESPONSABLE DE LA ACCION

Enfermera

77) Lipkin B. G., op. cit., p.110

EVALUACION DE LAS ACCIONES

La paciente aceptó el apoyo que se le ha brindado satisfactoriamente.

Se mostró más tranquila al hablar del problema, cambiando su actitud.

La paciente se interesó por las platicas dadas, logrando así su distracción.

CONCLUSIONES

De acuerdo al curso clínico de la paciente y seguimiento desde la primera asistencia médica ginecológica a este hospital de tercer nivel de atención, se consideró paciente de alto riesgo, corroborado por pruebas de laboratorio y gabinete posteriormente, anatomía patológica. Asimismo, se veía amenazada la vida de la madre y del producto. Sin embargo, aunque fue detectado tardíamente por presentar complicación de torsión de pedículo del cistadenoma, el tratamiento fue aplicado con oportunidad por el ginecoobstetra, y la vigilancia del personal de enfermería fue adecuada.

También podemos inferir mediante los estudios anatomopatológicos de la pieza extraída quirúrgicamente, que se trató de un tumor clasificado como de origen epitelial sólido seroso, sin presencia de indicios de posible malignización; esto es según la Clasificación Internacional de los Tumores de Ovario. Sin embargo, la detección y tratamiento oportuno evitaron los posibles riesgos.

La participación de la paciente en el tratamiento y rehabilitación fue satisfactoria, aunque angustiosa para ella. Al establecer la comunicación se propició un clima de interacción entre el personal de enfermería y la paciente, en el cual ella pudo exteriorizar libremente sus angustias, temores, inquietudes y expectativas en relación a su padecimiento y las repercusiones hacia su función reproductora. Asimismo, se llegó a establecer un

vínculo de acercamiento que propició las relaciones enfermera paciente, sirviendo de marco para el abordaje de problemas psicosociales que angustiaban a la misma.

La conversación dirigida llevó a la paciente a reconsiderar situaciones futuras, lo que le permitió fijar su atención en la importancia de su estado actual, integrándose con mayor interés en el plan de atención a seguir.

Hubo seguimiento del caso con extensión de acciones de salud hacia el hogar, a través de las visitas domiciliarias que se efectuaron durante el curso del embarazo, se vigiló su estado de salud y las condiciones del feto, impartiendo pláticas de educación para la salud, abordándose diferentes tópicos.

La evolución del embarazo fue satisfactoria llegando a feliz término, desarrollándose un parto por vía vaginal del cual se obtuvo un producto único, vivo, sano, con un peso de 3050 y talla de 51cm. El puerperio transcurrió sin complicaciones.

El problema de subsistencia disminuyó en parte dado que su esposo logró conseguir trabajo de inmediato.

Es importante que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia tome en cuenta este tipo de estudio que permite abordar al paciente en forma integral como miembro de una sociedad sujeta a un momento histórico determinado, que recibe el impacto de las condiciones sociales en que vive.

El ser humano se desarrolla a través de las diferentes etapas de la vida, que cursa de acuerdo a los medios y necesidades en la vida. Asimismo, implica salud-enfermedad, que

siempre está al acecho por circunstancias propiciadas por el medio ambiente, cultura, estrato social y político. Todos ellos factores que predisponen al ser humano hacia lo patológico. De aquí el surgimiento de la medicina curativa y preventiva, tomando en consideración los hábitos y creencias en relación a la salud y enfermedad, y rescatando los valores de la medicina tradicional tan introyectada en el pensamiento de la cultura mexicana. Entre los obstáculos de la medicina preventiva se encuentra la idiosincrasia de nuestro pueblo que carece de la información referente a la atención médica institucionalizada y prestación de servicios de salud, ante los cuales el Licenciado en Enfermería y Obstetricia asume una responsabilidad para hacer efectivas sus acciones de prevención promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud de su área de competencia, prestando sus servicios a núcleos de población ubicados en áreas rurales y en los cinturones de miseria en las grandes urbes.

BIBLIOGRAFIA

- Aladjem Silvio, Riesgos en la Práctica de la Obstetricia, Barcelona, Eds. Salvat, 1978, 432pp.
- Aquiles R., Ayala, et. al. "Hormonas y receptores en Ginecología" Ginec. Obstet. Mex., 52:27-30; 1984
- Arevalo José, Luis, Manual de Histología Humana, Buenos Aires, ed. Columbia 1972, 379pp.
- Baena Paz, Guillermina, Instrumentos de Investigación, México, Ed. Mexicanos Unidos, 1983, 134pp.
- Barber H., R.; Graber E., A., "Surgical Disease in Pregnancy", Philadelphia, W.B. Suenders Company, 1974, 741pp.
- Barnes C., Allan, Desarrollo Intrauterino, España, Eds. Salvat 1970, 142pp.
- Barzilai Gema, Atlas of ovarian tumours, New York, Grune and Stratton 1949, 261pp.
- Beck C., Alfred, Práctica de Obstetricia, 4a. ed., México, Ed. Interamericana, 1985, 365pp.
- Bertham G., Katzung, Farmacología Básica y Clínica, México, Ed. Manual Moderno, 1984, 829pp.
- Bethea C., Doris, Enfermería Materno Infantil, 3a. ed., México, Ed. Interamericana, 1985, 365pp.
- Bonnadonna Gianni; Robustelli G., Manual de Oncología Médica Italia, ed. Masson, 1983 p.94
- Botella Llusiana, J., Tratado de Ginecología, tomo I, 4a. ed., México, La Prensa Médica Mexicana, 1973, 847pp.
- Bradley M., Patten, Embriología Humana, 3a. ed., México, ed. El Atenco, 1960, 790pp.
- Brunner Sholtis, L.; Smith Suddarth, D., Manual de Enfermería Médico Quirúrgica, Vol. I, 4a. ed., México, ed. Interamericana, 1984, 1533pp.
- Burow N., Gerard; Ferris F., Thomas, Complicaciones Médicas durante el Embarazo, Argentina, ed. Médica Panamericana 1984 554pp.

- Castelazo Ayala, Luis, Obstetricia, Tomo I, 4a. ed., México, ed. Fco. Mendez Dteo, 1976, 526pp.
- Calorio M., J., et al., "Tumores de ovario y embarazo", Rev. Esp. Obstet. Ginec., 34: 87; 1975
- Ciba de México, S.A. La Ansiedad y la Tensión Emocional en la Práctica Diaria 1977, 97pp.
- Clayton Sir Stanley, Ginecología, México, Ed. salvat, 1981, 185pp.
- Dexeus Santiago, Font, et al., Tratado de Ginecología, España, Ed. Salvat 1970, 978 pp.
- Dickson J., Elizabeth; Olsen Schult, M., Asistencia Materno Infantil, Barcelona, Eds. Salvat, 1980, 523pp.
- Donna Aguilera, C.; Messick Janice, E., Control de los Conflictos Emocionales, 2a. ed., México, ed. Interamericana, 1976 146pp.
- E.N.E.O., Historia Clínica de Enfermería, documento mimeografiado, México, 1985, 8 pp.
- Engels Federico, El Papel del Trabajo en la Transformación del Mono en Hombre, U.R.R., Ed. Progreso, 1979, 18pp.
- Forgue Edouard, Manual de Patología, Madrid, Ed. Espasa-Calpe, 1970, 1264pp.
- Fox, H.; Langley F., A., Tumours of the ovary, Chicago, Year Book Medical Publishers, 1976, 312pp.
- Flores H., Z., "Incidencia, Diagnóstico y Tratamiento de los Tumores de ovario", Ginec. Obstet. Mex., 28: 151; 1970
- García N., Ma. del Pilar, et al. "Evaluación del Crecimiento Fetal por la Medición de Ultrasonido de los Diámetros Biparietal y Abdominal", Ginec. Obstet. Mex. 50(300): 89-95; 1982
- Gaytan Galarza, V., "Estudio Anatomopatológico de 500 lesiones de Ovario", Pat. Quir. Cit. Exp., 11(11): 5-12; 1985
- Gonzales Calzada, Gonzalo, et al. "Tumores de ovario", Ginec. Obstet. Mex., 51(311): 55-59; 1983
- Gonzalez Merlo, L.; Burzaco, I., Avances en Obstetricia y Ginecología, España, Ed. Salvat, 1977, 223pp.

- Griffith W., Janet; Christensen J., Paula, Proceso de Atención de Enfermería, México, Ed. Manual Moderno, 1982, 393pp.
- Guerra Silva, Moises, Introducción a la Salud Pública, México, Ed. Fco. Mendez Oteo, 1975, 187pp.
- Gyton C., Arthur, Fisiología Humana, 2a. ed., México, Ed. Interamericana, 1979, 689pp.
- Ham W., Arthur, Tratado de Histología, 6a. ed., México, Ed. Interamericana, 1970, 1025pp.
- Henry G., Robert, Técnica de Exploración y Tratamiento en Ginecología, Barcelona, Ed. Toray, 1971, 254pp.
- Janouski Nicolasa, A.; Paramandhan T., L., Ovarian Tumours, Philadelphia, W.B. Saunder Company, 1973, 245pp.
- Kloos, Karlferdinand; Vogel, Martin, Patología del Periodo Perinatal, España, Ed. Salvat, 1978, 369 pp.
- Langman, Jan, Embriología Médica, 3a. ed., México, Ed. Interamericana, 1976, 373pp.
- Lipkin B., Gladys; Cohen G., Roberta, Atención Emocional del Paciente, México, Eds. Científicas, 1984, 284pp.
- Malacara, Juan Manuel; García Viveros, Mariano, Fundamentos de Endocrinología, México, La Prensa Médica Mexicana, 1977, 340pp.
- Mandel, Ernest, Tratado de Economía Marxista, 7a. ed., México Eds. Era, 1977, 377pp.
- Marinner, Ann, El Proceso de Atención de Enfermería, México, Ed. Manual Moderno, 1983, 325pp.
- Marx, C.; Engel, F. Obras Escogidas, Tomo I, Moscú, Ed. Progreso, 1978
- Mc Clintic, Robert, Fisiología del Cuerpo Humano, 2a. ed., México, Ed. Limusa, 1983, 773pp.
- Mc Lean, M.J.; Scully E., Robert, Patología Endocrina y del Ovario, México, La Prensa Médica Mexicana, 1960, 153pp.
- Mead H., George, Sociología, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1970, 390 pp.
- Meyers H., Federik; Jawetz E., Manual de Farmacología Clínica, 4a. ed., México, Ed. Manual Moderno, 1980, 869pp.

- Miller F., Norman; Anery, Hazel, Enfermería Ginecológica, 5a. ed., Ed. Interamericana, 1980, 363pp.
- Mondragon Castro, Hector, Obstetricia Básica Ilustrada, México, Ed. Limusa, 1983, 773pp.
- Morris Mc Lean, John; Schully E., Robert, Endocrine Pathology of the ovary, St. Louis, Mosby, 1965, 151pp.
- Nava R., Edmund, et.al., Tratado de Ginecología, 9a. ed., México, Ed. Interamericana, 1978, 794pp.
- Nava Sánchez, Roberto, et.al., "Manejo de los Tumores de Ovario durante la Gestación", Ginec. Obstet. Mex., 41(245): 243-253; 1977
- Niswander K., R., Diagnóstico y Tratamiento, México, Eds. Salvat, 1984, 436pp.
- Novak R., Edmund, et.al., Tratado de Ginecología, 9a. ed., México, Ed. Interamericana, 1978, 794pp.
- O. Kaser, V. et.al., Ginecología y Obstetricia, Vol. II, III, México, Ed. Salvat, 1976, p.580, 639
- Olivie F., Robertson, Histopatología, 5a. ed., México, Ed. Interamericana, 1960, 469pp.
- Perez Cabrera, Iñiga, Lineamientos del Proceso de Atención de Enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social, Carpeta 2 No. 15.
- Philipp E., Elliot, Fundamentos Científicos de la Obstetricia y Ginecología, Barcelona, Ed. Científico Médica, 1972, 1107pp.
- Pritchard, Jack, et.al., Obstetricia, 2a. ed., México, Ed. Salvat, 1980, 907pp.
- Quiroz Guetierrez, Fernando, Anatomía Humana, Tomo III, México, Ed. Porrúa, 1974, 493pp.
- Rinder, E., Janice; Nowlis, E., Ann, Modulos de Procedimientos Básicos de Enfermería, México, Ed. Manual Moderno, 1983, 465pp.
- Romero Salinas, Gerardo, "Fisiología de la Contractilidad Uterina", Mundo Médico, 11(124): 81-86; 1984
- Romney L., Sermour, et.al., Ginecología y Obstetricia, España, Eds. Salvat, 1979, 1219pp.

- Rosales Barrera, Susana, et.al., Fundamentos de Enfermería
Tomo III, U.N.A.M., E.N.E.O., Talleres S.U.A., p.101
- Serow S., Schully, Tipos Histológicos de Tumores de Ovario,
Ginebra O.M.S., 1973 No. 9, Clasificación Internacional
de Tumores.
- Smith W., Dorothy, Enfermería Médico Quirúrgica 4a. ed.,
México, Ed. Interamericana, 1978
- Ufer, Joachim, Hormonoterapia en Ginecología y Obstetricia
3a.ed., España, Ed. Alhambra, 1972, 199pp.
- Valenzuela R., Manuel, et.al., "Correlación Anatómica
de los Tumores de Ovario", Ginec. Obstet. Mex.,
51(317): 253-257; 1983
- Vargas Lopez, Eleazar, et.al., "Epidemiología de los Tumores
de Ovario", Ginec. Obstet. Mex., 49(296): 367-375; 1981
- Velv Shor, Pinsky, "Factores Socioeconómicos en el Embarazo
de Alto Riesgo", Ginec. Obstet. Mex., 41(247): 369; 1977
- Velv Shor, Pinsky, et.al., "Diagnóstico Ecosonográfico de
las Tumores en Ginecología", Ginec. Obstet. Mex.,
49(292): 123-133; 1981
- Watson Hankins, Joellen; Pierfederic L., Higgins, Enfermería
Ginecológica y Obstetrica, México, Ed. Harla, 1984,
450pp.
- Whittaker O., James, Psicología, 3a.ed., México, Ed.
Interamericana, 1977, 793pp.
- William F., Canong, Manual de Fisiología Médica, 4a.ed.,
México, Ed. Manual Moderno, 1974, 671pp.
- Willson J., Robert; Clayton T., Beecham, Obstetric and
Gynecology, 4a.ed., Saint Louis, The C.U. Mosby
Company, 1971, 720pp.
- Zarate Treviño, Arturo, Endocrinología Ginecológica y del
Embarazo, 2a.d., México, La Prensa Médica Mexicana,
1980, 180pp.
- Zuckerman, Conrado, "Neoplasias Ováricas", Mundo Médico,
9(199): 61-64; 1982

A N E X O S

PERIODO PREPATOGENICO

HISTORIA NATURAL DE CISTAMENNA DE OVARIO ASOCIADO A ENDOMETRIO

PERIODO PATOGENICO

Agente: Se origina del mesotelio derivado del epitelio ectodermo puede serquistico, o talidico de variedad serosa o mucinosa de consistencia sólida o semi-sólida, de color rosado a hemorrágico, con excrescencias papilomatosas.

Reserva: Más frecuente en la tercera década de la vida. A.G.O. Inicio de menarca tardía relaciones sexuales tempranas, mullares múltiples, obesas, neoplásicas, embarazadas, esterilidad primaria, dismenorrea.

Medio Ambiente: Todos los medios socioeconómicos, con predominio en el bajo. Exceso de recursos de atención médica.

Educación: Hábitos higiénicos personales deficientes (promiscuidad), rutina geográfica.

Estadio Desencadenante

Período Latente

Alteraciones Tissulares

Estratificación celular, con diferenciación de sus puntos de origen, irritación, degeneración e inflamación del epitelio.

Síntomas inespecíficos

Aumento de volumen de abdomen, poliuria, estreñimiento, diarrea, diverticulitis, dismenorrea, leucorrea.

Síntomas Específicos

Dolor agudo pélvico, aumento de volumen de abdomen, amenorrea, sensación de pesadez.

Complicaciones

Transformación maligna, peritonitis, ascitis, infección, ruptura del quiste, torsión del pedículo. En embarazo: amenaza de aborto, parto prematuro, infertilidad.

Muerte

NIVELES DE ATENCIÓN

Prevención Primaria

Promoción de Salud: Información a la población sobre la importancia del control ginecológico periódico.

Dar charlas a la población sobre nutrición, fisiología de la menstruación, higiene personal y nutricional.

Protección Específica: Informar a la población expuesta sobre el padecimiento.

Educar a la población sobre la importancia de la atención médica prenatal y las posibles complicaciones durante el embarazo.

Importancia del control ginecológico y exámenes periódicos de Papanicolaou.

Prevención Secundaria

Diagnóstico Temprano: Historia Clínica completa (A.G.O., A.M.F., A.P.P.) Diagnóstico diferencial: Embarazo ectópico o molar, apendicitis, pelvi-peritonitis, litiasis renal.

Exámenes de Laboratorio y Gabinete: Biometría hemática Examen general de orina, titulación de gonadotropinas coriónicas, detección oportuna del Cáncer, estudio vaginal, urocultivo, urografía excretora, ultrasonografía, histopatología.

Tratamiento Quirúrgico: Tratamiento quirúrgico extenso del cistadenoma, ooforectomía unilateral o bilateral salpingooforectomía, histerectomía total, esto de acuerdo a las semanas de gestación. Tratamiento médico: uteroinhibidores con profiláctico de amenaza de aborto durante el primer trimestre de embarazo.

Prevención Terciaria

Limitación del Daño: Orientar sobre la visita médica ginecológica periódica.

Proporcionar información sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

Visita médica Obstétrica mensual.

Seguimiento clínico y control durante el año.

Rehabilitación: Apoyo psicológico y emocional en período preparto y postparto.

Visita médica ginecológica.

Charlas sobre métodos de planificación familiar.

Reintegración a la vida normal (familiar y social).

Horizonte Clínico

Nombre: E.M.H.
 Sexo: Femenino
 Edad: 26 años
 Nacionalidad: Mexicana
 Ocupación: Hogar
 Ingreso: 19-08-85

Dx. de Enfermería: Paciente femenino de 26 años de edad consciente, con respuesta rápida a estímulos ambientales. Llega a este hospital por presentar dolor en fosa iliaca derecha a causa de masa tumoral del mismo flanco. Embarazada con 18 semanas de gestación. Al conocimiento de su problema se encuentra angustiada y temerosa ante la incertidumbre de los resultados de la cirugía y por que es primera vez que se hospitaliza. Aumentando su angustia por la posible pérdida de empleo de su esposo.

Dr. Médico: Cistadenoma de ovario derecho con torsión su pedículo.

Objetivos:

- Brindar apoyo psicológico y emocional.
- Detectar signos de alarma que pueden evidenciar la posible amenaza de aborto.
- Explicar a la paciente su estado clínico así como el proceso de intervención quirúrgicamente.
- Proporcionar educación higiénico dietética, destacando su importancia sobre las condiciones de salud óptimas.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA EL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE DE LA ACCION	EVALUACION DE LAS ACCIONES
Torsión del pedículo	Dolor en fosa iliaca derecha	El problema del dolor es causado por mecanismos periféricos de activación de receptores específicos, excitados por estímulos de naturaleza diversa. Así, el dolor pélvico es causado por la torsión del pedículo del cistadenoma que de acuerdo a sus características de tamaño volumen, entre otras, al ir creciendo se tuerce sobre sí mismo provocando dificultad circulatoria e irritación sobre el peritoneo, que es una fina membrana muy sensible, en consecuencia reacciona rápidamente a los estímulos de sobre carga causando el dolor.	El problema del dolor se resolverá através de la cirugía que es una acción médica. Desde el punto de vista de enfermería se aplicará dipirona como medicamento paliativo, en tanto no se realice la cirugía. La Dipirona es un analgésico no narcótico, su composición química es el ácido acetilsalicílico. La absorción de los salicilatos es rápida y se lleva a cabo en el estómago, intestino delgado en su porción superior; es absorbido como tal e hidrolizado en acetato por las esterases en los tejidos y la sangre. La duración en el organismo es de dos horas después de su administración; el salicilato es excretado como tal, pero la mayor parte de él es convertido en conjugado hidrosoluble, y es eliminado por el riñón. Mecanismo de Acción. Es sobre el dolor y reduce la inflamación del sitio de origen del dolor por efecto de transmisión del SNC. Esta reducción probablemente se deba a que hay vasodilatación. El efecto sobre el dolor puede ser muscular, inflamatorio	La ministración del analgésico se da con fin paliativo considerando, asimismo, que se trata de una paciente embarazada y que no se pueden administrar grandes cantidades de este medicamento aun en la etapa fetal ya que puede causar daño teratógeno al feto. Además el dolor cesará hasta la exéresis del cistadenoma	Enfermera	La aplicación del medicamento asociado a los cambios de postura favorecerá que disminuya dolor por un momento.

PROBLEMA

MANIFESTACIONES
DEL PROBLEMA

RAZÓN CIENTÍFICA
DEL PROBLEMA

ACCIONES DE
DE ENFERMERIA

RAZÓN CIENTÍFICA
DE LAS ACCIONES DE
ENFERMERIA

RESPONSABLE
DE LA ACCION

EVALUACION DE
LAS ACCIONES

Disuria

Los ovarios guardan relación anatómica con los ureteres y vejiga, de manera que se ven afectados por el crecimiento del citadenoma que ejerce presión sobre estos provocando dificultad a la micción.

vascular, e irritativo, que en este caso es el mecanismo de acción particular. Estimula al SNC provocando a nivel respiratorio el incremento de frecuencia y profundidad. En grandes cantidades administradas durante el embarazo, puede provocar hemorragia a nivel placentario en la etapa embrionaria; en la mucosa gástrica produce irritación causando malestar epigástrico y náuseas, inhibe la síntesis de protomina en grandes cantidades.

Contraindicaciones. En pacientes con úlcera péptica, asma y embarazo, este medicamento es de empleo delicado en la primera etapa del embarazo. La dosis optima es de menos de 0.6 g. diarios comúnmente administrada cada 4 horas; a dosis de menores de 0.3 g. se dará cada tres horas.

Vigilar ingestión y excreción de líquidos con balance hídrico.

Con ello se valorará el funcionamiento renal en la cantidad de eliminación de los líquidos ingeridos, de no ser así se predispondrá a la paciente a una infección uretral e inflamación vesical agudizando su problema.

Enfermera

La ingestión de líquidos fue proporcional a los egresos urinarios sin mayores complicaciones, ya que la disuria fue leve y no tuvo mayor trascendencia.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA.	RESPONSABLE DE LA ACCION	EVALUACION DE LAS ACCIONES
Sensación de cuerpo extraño intracavitario.	La migración del tumor es un proceso evolutivo del mismo que hace compresión sobre los órganos circundantes, el aumento de tamaño va causando mayor peso en la cavidad pélvica, la sensación es mayor por el crecimiento uterino desencadenado por el embarazo.	Explicar las causas de la sensación de cuerpo extraño.	Aplicación de frío en la región pélvica.	El frío constriñe los vasos sanguíneos de la región disminuyendo así la circulación, lo cual reduce la inflamación y calma el dolor. Al explicar a la paciente las causas de este malestar se establece comunicación y es más claro y comprensible para ella, ya que la cavidad abdominal contiene, simultáneamente al citadenoma pediculado del ovario y al útero gravido.	Enfermera	La aplicación de frío favoreció la disminución del dolor, sin presentar mayor dificultad a la micción.
			Proporcionar cambios de posición	El exceso de volumen causado por el quiste comprime e irrita la cavidad pélvica. A los cambios de posición se disminuye la sobrecarga percibida en hemiabdomen derecho, ayudando al mismo tiempo a disminuir el dolor.	Enfermera	Los cambios de posición favorecieron la disminución de sensación de cuerpo extraño en hemiabdomen derecho, haciendo más tolerable las condiciones clínicas a la paciente.

PROBLEMA

**MANIFESTACIONES
DEL PROBLEMA**

**RAZON CIENTIFICA
DEL PROBLEMA**

**ACCIONES DE
ENFERMERIA**

**RAZON CIENTIFICA
DE LAS ACCIONES
DE ENFERMERIA**

**RESPONSABLE
DE LA ACCION**

**EVALUACION DE
LA ACCIONES**

Detectar oportunamente la presencia de sangrado transvaginal

Normalmente no debe presentarse sangrado durante la gestación; sin embargo es una paciente que evoluciona su embarazo asociado a un proceso degenerativo y puede presentarse este signo de alarma, por lo que es muy importante su detección oportuna.

Enfermera

No hubo presencia de sangrado transvaginal ni otra secreción vaginal anormal.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA EL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE DE LA ACCION	EVALUACION DE LAS ACCIONES
Temor a la intervención quirúrgica y pérdida del producto.	Angustia ante la incertidumbre de los resultados de la intervención quirúrgica y las repercusiones sobre su hijo.	Es conveniente recordar que los estados emocionales que constituyen el cortejo habitual de la intervención quirúrgica, representan estímulos psíquicos agresivos que, actuando sobre la médula suprarrenal, determinan descargas de adrenalina y noradrenalina, cuya secreción conjunta origina esbozos causantes de precoces y evidentes alteraciones hemodinámicas. Así la angustia y el temor son estados que compensan o neutralizan al individuo en su conflicto psíquico.	Establecer interacción con la paciente	El interactuar con la paciente ayuda a la socialización de la misma con el personal interdisciplinario, la aceptación de su estancia hospitalaria y detectar sus necesidades	Enfermera	Al primer contacto con la paciente, se mostró tímida y cortante.
			Establecer relación y comunicación verbal.	La comunicación verbal es una manera de que la paciente exteriorice sus temores acerca de la situación conflictiva por la que pasa, logrando encausarla a que no llegue a una crisis maniaco depresiva.	Enfermera	Al establecer mayor comunicación, ella empezó a mostrarse más cooperadora y abierta al diálogo.
			Orientar y explicar el proceso de la intervención quirúrgica	Al orientar y explicar a la paciente el proceso a que va sometida se proporciona información lógica que hace más comprensible el trance angustioso por el que cursa ayudando a la aceptación y decisión de su problema.	Enfermera	Se explicó a la paciente el proceso al que estaría sujeta, así fue más comprensible y disminuyó su tensión nerviosa.
			Proporcionar comodidad física.	El brindar bienestar físico ayuda de manera simultánea a la esfera psíquica ya que ambos son dependientes.	Enfermera	Al proporcionar comodidad la paciente se percató de que el personal la tomaba en cuenta, haciéndole sentir confortable en la medida posible.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICO/ DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE DE LA ACCION	EVALUACION DE LAS ACCIONES
			Mostrar a la paciente interés por su situación	Al mostrar interés por los problemas que están causando la angustia, se hace sentir a la paciente más segura de sí misma y con mayor fortaleza interna, para recibir el evento, y confiar más en la enfermera y disminuir los temores a que se enfrenta.	Enfermera	La paciente se percató del interés que se tuvo de su problema, lo que propició mayor diálogo, exponiendo abiertamente sus problemas.
Pérdida de empleo del conyugue.	Preocupación	Quando el individuo socializado se construye de una manera gradual un concepto altamente personalizado de sí mismo, sobre el status y rol que desempeña en la sociedad, mismo que al estar en peligro acarrea desequilibrio en esta concepción presentándose de manera simultánea en el rol que juega cada individuo como núcleo de la sociedad, al mismo tiempo hay que considerar que el factor trabajo e incentivos económicos son básicos en la vida humana. No estando presentes hay pérdida de la seguridad.	Apoyo emocional	Es una forma de terapia que ayuda a la paciente a disminuir su preocupación ya que de no hacerlo puede dejar al individuo en posición vulnerable de desequilibrio.	Enfermera	La paciente acepto el apoyo que se le ha brindado satisfactoriamente.
	Ansiedad		Disminuir la preocupación	La preocupación es síntoma causado por la angustia, este se puede disminuir mediante la plática con la paciente sobre las posibles fuentes de trabajo y que la paciente exteriorice cual es su mayor preocupación.	Enfermera	Se mostró más tranquila al hablar del problema, cambiando su actitud.
			Establecer charlas sobre educación sanitaria.	Con pláticas se muestra a la paciente la importancia de las medidas higiénico dietéticas para mantener la salud. Al mismo tiempo se promueve distracción y que no piense en su conflicto económico.	Enfermera	La paciente se interesó por las pláticas dadas, logrando su distracción.

G L O S A R I O

Aborto	Pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable.
Adrenalina	Hormona secretada por la medula suprarrenal.
Albumina	Proteína simple, soluble en el agua y coagulable por el calor, que existe en casi todos los tejidos orgánicos.
Amenorrea	Ausencia de flujo menstrual.
Cáncer	Tumor maligno en general y especialmente el formado por células epiteliales.
Cromatolisis	Desintegración de la cromatina nuclear.
Dispareunia	Coito difícil o que produce dolor.
Disuria	Emisión dolorosa o difícil de la orina.

Epitelio Capa celular que cubre todas las superficies externas e internas del cuerpo y se caracteriza principalmente por estar formada de células de morfología y disposición variable, sin sustancia intercelular ni vasos.

Excrecencias Tumor de cualquier naturaleza saliente de la superficie de un órgano.

Exéresis Separación quirúrgica de una parte, natural o accidental del cuerpo.

Globulina Miembro de una clase de proteínas que se caracteriza por ser insolubles en agua pura, pero son solubles en soluciones diluidas de cloruro de sodio. Tiene menor solubilidad que la albúmina.

Hidramnios Hidropesía del amnios; exceso de líquido amniótico.

Histerectomía Extirpación parcial o total del útero.

Histerosalpingografía	Radiografía del útero y de la trompa de Falopio, previa inyección de una sustancia radiopaca.
Inflamación	Conjunto de fenómenos reaccionales que se producen en el punto irritado por un agente patógeno.
Laparotomía	Insición quirúrgica de la pared abdominal.
Mesotelio	Capa de células derivadas del mesodermo que tapiza la cavidad del embrión. Capa de células escamosas que cubre la superficie de las serosa.
Metrorragia	Hemorragia uterina sin relación menstrual.
Neoplasia	Formación de tejido nuevo/ Tumor.
Noradrenalina	Hormona simpaticomimética secretada por la glándula suprarrenal que difiere de la adrenalina por la ausencia del grupo metílico.

Doforectomía	Escisión quirúrgica de uno a ambos ovarios.
Pedículo	Porción estrecha de un tumor o colgajo que le sirve de base de implantación.
Psamoma	Tumor que contiene materia arenosa o calcárea, especialmente pequeño tumor fibroso, y duro.
Proteína	Miembro de un grupo de compuestos nitrogenados, no cristalizables, semejantes entre sí, que forman los constituyentes característicos de los tejidos y líquidos orgánicos.
Quiste	Tumor formado por un saco cerrado, normal o accidental, especialmente el que contiene líquido o sustancia semisólida.
Remanente	Residuo de alguna cosa.
Rotura	Abertura o quebra que se hace en un órgano.

Salpingooforectomía

Ablación quirúrgica del ovario y la trompa de falopio.

Seroalbúmina

Albúmina del suero de la sangre.

Tenesmo

Deseo continuo, doloroso e ineficaz de orinar o defecar producido por un estado irritativa del cuello vesical o del ano o recto.

Teratología

Suma de conocimientos relativos a los monstruos.

Torsión

Acción y efecto de torcer, disposición en hélice de un cuerpo largo.

Tumor

Tumefacción o hinchazón morbosa, masa persistente de tejido nuevo sin función fisiológica que crece independientemente de los tejido próximos.

Ooforectomía

Escisión quirúrgica de uno a ambos ovarios.

Pedículo

Porción estrecha de un tumor o colgajo, que le sirve de base de implantación.

Psamoma

Tumor que contiene materia arenosa o calcárea, especialmente pequeño tumor fibroso, y duro.

Proteína

Miembro de un grupo de compuestos nitrogenados, no cristalizables, semejantes entre sí, que forman los constituyentes característicos de los tejidos y líquidos orgánicos.

Quiste

Tumor formado por un saco cerrado, normal o accidental, especialmente el que contiene líquido o sustancia semisólida.

Remanente

Residuo de alguna cosa.

Rotura

Abertura o quiebra que se hace en un órgano.