

2ej. 48



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y  
OBSTETRICIA

## PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA PACIENTE CON MIOMATOSIS UTERINA

ESCUELA NACIONAL DE  
 ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 ESTU DIO COORDINACION DE C.E.S. Y C.O.  
 QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
 LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 P R E S E N T A :  
 JOVO JAIMES JAIMES



## **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

1. INTRODUCCION	1
1.1. Campo de Investigación	4
2. MARCO TEORICO	
2.1. Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino.	5
2.2. Etiología y Patogenia de la Miomatosis Uterina.	16
2.2.1. Morfología.	17
2.2.2. Signos y Síntomas.	19
2.2.3. Diagnóstico.	22
2.2.4. Tratamiento.	25
2.2.5. Complicaciones.	31
2.2.6. Historia Natural de la Miomatosis Uterina.	33
3. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA	
3.1. Datos de Identificación.	34
3.1.1. Perfil del Paciente.	35
3.1.2. Padecimiento Actual.	40
3.1.3. Exploración Física.	42
3.1.4. Datos Complementarios.	43
3.1.5. Diagnóstico de Enfermería.	45
4. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.	46
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFIA	54
HEMEROGRAFIA	59
ANEXOS	60

## 1. INTRODUCCION.

Los órganos del aparato reproductor femenino o masculino pueden ser afectados por enfermedades específicas que, en determinado momento, llegan a incapacitar al individuo en sus actividades diarias o inclusive conducirlo a la muerte.

En el caso de la mujer, ésta desempeña una función -- primordial en la continuidad del ser humano, por lo cual no se deben soslayar las afecciones en los órganos reproductores por entidades nosológicas graves, que pueden impedir que la función reproductiva sea satisfecha.

En el útero, tanto el cuerpo uterino y el endometrio tienen baja respuesta inmunocompetente por lo cual son dañadas frecuentemente por neoplasias. El mioma es la neoplasia más común del sistema reproductor femenino, ya que ocupa una frecuencia del 10 al 20% en mujeres de más de treinta y cinco años, pero no son raros en el segundo decenio y, claro está, pueden persistir y descubrirse en edad avanzada.

En sentido literal, neoplasia significa nuevo crecimiento o neoformación, y la masa de células que forma el nuevo crecimiento es una neoplasia. Es mucho más significativa la definición de Willis, al señalar que una neoplasia es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede del de los te

cidos normales, que no está coordinado con estos mismos y -- que persiste de la misma manera excesiva después de cesar el estímulo que desencadenó el cambio.

A esta definición se puede agregar que la masa anormal carece de finalidad, hace presa del huésped y es prácticamente autónoma.

El mioma consiste en un tumor benigno, discreto, redondo y firme, compuesto por fibras musculares lisas y tejido conjuntivo.

La designación benigna, significa que la lesión no amenaza la vida, es de crecimiento comparativamente lento, no se diseminará por el cuerpo y es susceptible de extirpación con cura del paciente.

Varios autores coinciden en clasificar a la miomatosis uterina, en relación con su localización anatómica. Krupp y Chatton por ejemplo, la clasifican en:

1. Intramural.
2. Submucoso.
3. Subseroso.
4. Intraligamentario.

5. Parasitario, es decir, que obtiene su irrigación - sanguínea de algún órgano al cual se fija.
6. Cervical.

No obstante, hay que hacer notar que el mioma, en cu lesquiera de sus localizaciones, como neoplasia que es, ob-- tendrá su alimentación del huésped, lo cual ocasiona perju cio a éste.

### 1.1. Campo de Investigación.

El presente Proceso de Atención de Enfermería se realizará en el Hospital General de Zona Tlatelolco No. 27, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el primer piso lado B, a una paciente con miomatosis uterina.

## 2. MARCO TEORICO.

### 2.1. Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino.

Los órganos que constituyen el aparato reproductor femenino son: los ovarios; las trompas de Falopio también llamadas tubas uterinas; el útero; la vagina; la vulva, integrada por los labios menores, labios mayores, clitoris y monte del púbis; puede considerarse también a las mamas como parte del sistema reproductor femenino.

Los ovarios ubicados uno a cada lado del útero, se encuentran sostenidos "por una parte del ligamento ancho del útero, un pliegue de peritoneo denominado mesoovario; anclados al útero por el ligamento ovárico y unidos a la pared pélvica por el ligamento suspensorio. Cada ovario tiene un hilio, punto de entrada de vasos sanguíneos y nervios".<sup>1</sup>

Macroscópicamente los ovarios están compuestos por el epitelio germinal, el estroma y los folículos ováricos. Hay que señalar, que el epitelio germinal es la fuente de origen de los óvulos y las células foliculares durante la vida fetal.

---

1 Tortora Gerard J., et.al., Principios de Anatomía y Fisiología. Editorial Harla, México 1975, p. 558.



La importancia del ovario en cuanto a su función, está dada por los óvulos y los folículos, en lo que se inicia la maduración de los óvulos, fenómeno conocido como meiosis. Además los ovarios o gónadas femeninas son productoras de importantes hormonas.

En efecto, en el organismo femenino suceden una serie de eventos debidos a la producción de dos fenómenos: el ciclo menstrual y el ciclo ovárico. En el primero se dan cambios en el endometrio, hecho que de no presentarse sugiere la fertilización del óvulo. En cada ciclo ovárico ocurre la maduración del óvulo. Ambos ciclos mencionados son controlados hormonalmente.

Durante la pubertad de la mujer, las hormonas gonadotróficas de la hipófisis anterior inician los ciclos menstrual y ovárico, junto con otros cambios asociados. "La -- Hormona Folículo Estimulante estimula el desarrollo inicial de los folículos ováricos y la secreción de estrógenos por los folículos. La Hormona Luteinizante, estimula el desarrollo posterior de los folículos ováricos hasta la ovulación y estimula la secreción de progesterona por las células ováricas".<sup>2</sup> Tanto los estrógenos como la progesterona influyen en el cuerpo de distintas maneras. Los estrógenos

---

2 Ibidem. p. 561.

tienen las siguientes funciones: "(1) desarrollo de los caracteres sexuales secundarios en la pubertad; (2) estimulación de la mucosa uterina (endometrio) en la proliferación cíclica de sus células y en el desarrollo glandular y vascular; (3) estimulación del desarrollo de las glándulas mamarias; (4) controla el balance de líquidos y electrolitos y aumenta el anabolismo proteico; (5) contribución al impulso y conducta sexuales; (6) inhibición de la producción de Hormona Folículo Estimulante de la hipófisis. La progesterona por su parte tiene las siguientes funciones: (1) continúa la proliferación del endometrio; (2) continúa el desarrollo de la glándula mamaria; (3) inhibe la ovulación; (4) hace posible la implantación del óvulo fecundado y mantiene el embarazo durante los primeros meses y (5) inhibe las contracciones uterinas".<sup>3</sup>

En lo que se refiere a las tubas uterinas, estas desempeñan un papel muy importante, ya que transportan el óvulo al útero. Ambas tubas uterinas o trompas de Falopio, se localizan entre los pliegues de los ligamentos anchos del útero. "Cada una consta de un istmo, el tercio medial estrecho; una ampolla, la parte más amplia, más larga y más tortuosa de la tuba cuyo borde libre termina en el infundíbulo una estructura semejante a un embudo formado por muchos pro-

---

3 Crouch James E. Anatomía Humana Funcional. Editorial Continental, México, 1983, p. 640.

cesos ramificados, las fimbrias".<sup>4</sup> Cada tuba uterina se encuentra estructurada por tres t nicas o capas: una capa interior, la mucosa; la t nica media muscular y la capa serosa. "La capa interior mucosa, tiene células columnares ciliadas que producen una corriente que impulsa el óvulo en el interior de las tubas uterinas, y células secretoras que se cree contribuyen a la nutrición del óvulo. La capa media muscular, está compuesta de fibras circulares de músculo liso. Las contracciones peristálticas del músculo sirven para desplazar el óvulo hacia abajo, en dirección al útero".<sup>5</sup>

Al hablar del útero no debemos soslayar el papel fundamental que desempeña en la menstruación, la implantación del óvulo una vez fecundado, el desarrollo del feto durante el embarazo y su expuls n durante el parto. Especialmente el útero se encuentra situado entre la vejiga y el recto. Previamente al primer embarazo tiene una longitud de aproximadamente 7.5 cm., una anchura de 5 cm., y un grosor de 1.75 cm. Recibe a las tubas uterinas en sus ángulos superiores y se conecta con la vagina en su parte inferior. Anatómicamente el útero está constituido por tres porciones, una en forma de c pula y que colinda con la entrada de las tubas uterinas es el fondo, otra porción la más grande, es el cuer

---

<sup>4</sup> Idem.

<sup>5</sup> Tortora Gerard J. et.al. Op. Cit. p. 558.

po, que se estrecha en su porción inferior dando forma al --  
cuello. Entre el cuello y el fondo se localiza la región --  
llamada istmo. Con respecto al cuello hay que señalar que --  
consta de un canal cervical que se comunica con la cavidad --  
uterina por medio del orificio interno y se abre a la vagina  
a través del orificio externo. "Normalmente el útero está --  
flexionado entre el cuerpo y el cuello. En esta posición, --  
el cuerpo del útero se dirige hacia adelante y ligeramente --  
hacia arriba por encima de la vejiga urinaria y el cuello se  
proyecta hacia abajo y hacia atrás, uniéndose a la vagina en  
un ángulo casi recto".<sup>6</sup>

El útero es sostenido en su posición por varios cordo  
nes fibromusculares que son prolongaciones del peritoneo pa  
rietal. Sin embargo el principal soporte del útero lo cons  
tituyen el piso de la pelvis y los órganos vecinos. Los prin  
cipales ligamentos que sostienen al útero en su posición son  
los dos ligamentos anchos y no menos importantes resultan --  
los ligamentos uterosacros, el ligamento cardinal y los liga  
mentos redondos. Los ligamentos anchos unen el útero a cada  
lado de la cavidad pélvica, a través de ellos pasan los va  
sos y los nervios uterinos. "Los ligamentos uterosacros, --  
también son extensiones peritoneales que unen el sacro al --  
útero a cada lado del recto. El ligamento cardinal (cervi--

---

6 Ibid., p. 561.

cal lateral) se extiende en el interior y por debajo de la base del ligamento ancho entre la pared de la pelvis, el cuello y la vagina...Los ligamentos redondos son bandas de tejido conjuntivo fibroso localizandose entre las capas del ligamento ancho. Se extienden desde el útero precisamente debajo de las tubas uterinas hasta parte de los órganos genitales externos".<sup>7</sup>

Histológicamente el útero consta de tres capas: la capa serosa o perimetrio, el miometrio y el endometrio. La capa externa, la serosa, es la que se convierte en el ligamento ancho, forma las excavaciones vesicouterina y rectouterina (fondo de saco de Douglas) si se repliega sobre la vejiga o sobre el recto.

El miometrio es la capa media, tiene como característica de ser más gruesa en el fondo que en el cuello, está constituida de fibras musculares lisas, las que al parto, dilatan el cérvix y contribuyen a la expulsión del feto.

La capa interior es el endometrio y se divide a su vez en dos capas: la funcional, que es la que se desprende durante la menstruación y la capa basal, la cual se conserva para dar origen a una nueva capa funcional.

---

<sup>7</sup> Idem.

Las ramas de la arteria uterina se encargan de irrigar las capas del útero descritas anteriormente. Cuando las ramas de la arteria uterina, denominadas arterias arqueadas, penetran al endometrio, se dividen en dos ramas, una que irriga a la capa basal para regenerar la capa funcional y otra que se introduce en esta última capa y que sufre cambios durante el ciclo menstrual.

"El término ciclo menstrual se refiere a una serie de cambios que se presentan en el endometrio en una mujer no embarazada y el ciclo ovárico es una serie mensual de hechos -- asociados con la maduración del óvulo".<sup>8</sup> En ambos ciclos y en otros cambios ocurridos durante la pubertad participan las hormonas gonadotróficas de la hipótesis anterior, siendo estas la Hormona Folículo Estimulante (HFE) y la Hormona Luteinizante (HL). La primera participa en el desarrollo de los folículos ováricos y en la secreción de estrógenos por los folículos. La segunda, estimula la ovulación y la secreción de progesterona por los ovarios. La progesterona y los estrógenos -- hormonas sexuales femeninas, también participan en distintos eventos del organismo de la mujer. En el caso de los estrógenos, intervienen en la definición de las características sexuales secundarias, en el desarrollo y mantenimiento del endometrio y de los órganos reproductores femeninos, participan -

---

8 Idem.

en el control del balance de líquidos y electrolitos, aumentan el anabolismo proteico y el impulso sexual. La secreción de la HFE se ve afectada cuando los niveles de estrógenos se encuentran en el punto más alto. Por otra parte, la progesterona entra en función junto con los estrógenos para preparar el endometrio para la implantación del óvulo fecundado, al mismo tiempo que prepara las mamas para la secreción láctea.

El ciclo ovárico y el ciclo menstrual suceden de una manera simultánea. Es decir que, mientras que se da el desprendimiento paulatino de la capa funcional del endometrio (proceso que dura aproximadamente 5 días) y la consecuente expulsión de sangre, moco, células epiteliales y líquido tisular, el ciclo ovárico se encuentra en operación.

El ciclo ovárico es un fenómeno fisiológico que se manifiesta con el desarrollo de varios folículos ováricos, uno de los cuales tiene la exclusividad de alcanzar la madurez. El folículo primario llega a desarrollarse en folículo secundario a través de la secreción de estrógenos y también es notoria la secreción de HFE una vez que el líquido folicular ha aumentado e impulsado el óvulo hacia el borde del folículo.

Una vez que a llegado a término la fase menstrual, da inicio la fase preovulatoria, en la que ocurre la maduración del folículo secundario, en folículo vesiculoso del ovario --

(De Graff), el cual es expulsado del ovario con la ovulación. La HFE es la hormona dominante en este periodo pero también - aumenta la secreción de estrógenos y la HL es secretada progresivamente, sin ignorar la producción de pequeñas cantidades de progesterona por el folículo de De Graff.

El aumento de estrógenos conduce a la reparación del endometrio. En dicho proceso se presenta la fase folicular, - debida a la secreción de estrógenos por el folículo en desarrollo.

Con la liberación del óvulo en la cavidad pélvica, producida por la ruptura del folículo, los altos niveles de estrógeno inhiben la secreción de HFE y la HL se incrementa. -- Después de la ovulación las células foliculares dan origen al cuerpo amarillo, una vez que aumentan de tamaño.

La fase ovulatoria se presenta normalmente el día 14 - en un ciclo de 28 días. Por otra parte, la fase post-ovulatoria abarca desde el día 15 hasta el día 28. En esta última fase, los niveles de estrógenos disminuyen, la HL se incrementa y la progesterona, hormona dominante, inicia la preparación - del endometrio para la recepción del óvulo fertilizado. "Las actividades preparatorias son el aumento de la secreción de las glándulas endometriales que se hacen tortuosas, la vascularización del endometrio superficial, el engrosamiento del-



endometrio y el aumento de la cantidad de líquido tisular".<sup>9</sup>

Por otra parte, la vagina, órgano muscular localizado entre la vejiga y el recto, se encuentra unida en su parte posterior al útero, sirviendo como vía de paso para la menstruación. Se encuentra revestida por una túnica mucosa que presenta pliegues transversales caracterizados por su gran extensibilidad. Además la capa muscular, compuesta de músculo liso, puede distenderse considerablemente, lo que permite que la vagina no solamente sirva como receptáculo del pene, sino que también forme parte del canal del parto. En el orificio vaginal se localiza un pliegue delgado de mucosa vascularizada conocido como el himen y que lo cierra parcialmente. La mucosa de la vagina es humedecida por secreciones del útero ricas en glucógeno, que al descomponerse forma un medio ácido limitando con ello el crecimiento microbiano. La neutralización de la acidez se debe a la alcalinidad del semen, lo que evita la muerte de los espermatozoides.

Los órganos genitales externos de la mujer son denominados colectivamente con el término vulva o pudendo femenino y está integrada por el monte pubiano, labios pudendos mayores, labios pudendos menores, el clitoris y el vestíbulo en el cual se observan los orificios vaginal y uretral a cuyos

---

<sup>9</sup> Ibid., p. 564.

lados se encuentran ubicadas las glándulas vestibulares menores y mayores.

En otro aspecto, al dar inicio la pubertad las glándulas mamarias femeninas se desarrollan, es decir, los conductos mamarios se alargan, se depositan en la mama ciertas cantidades de grasa, la areola y el pezón se tornan grandes y pigmentados. Estos cambios están relacionados con la iniciación de la menstruación, la formación del cuerpo amarillo y la producción de estrógenos por el ovario.

## 2.2. Etiología y Patogenia de la Miomatosis Uterina.

Existe polémica en cuanto a la función que desempeña -- el hiperestrenismo en la etiología de la miomatosis uterina. -- Está comprobado que después de la menopausia los miomas disminuyen de volumen tornándose fibrosos, incluso calcificados. -- En ocasiones se presentan durante la posmenopausia. Con la extirpación de los ovarios se produce atrofia de estos tumores. Resulta interesante el hecho de que durante el fenómeno de la gestación sufren hipertrofia progresiva y presentan proliferación celular importante. Debido a ello se cree que son originados por estimulación estrógena excesiva. Esto sin embargo, -- no ha sido experimentado en animales, no hay pruebas de que el estrógeno inicie su formación o que su papel exceda de mantener su volumen. "Así, pues, quizá convenga considerar los leiomiomas como lesiones dependientes de factores endocrinos, -- cuyo crecimiento o volumen son regidos por los estrógenos".<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Robbins Stanley L. Patología Estructural y Funcional. ----  
Editorial Interamericana. México 1980, p. 1188.

### 2.2.1. Morfología.

Los miomas, también conocidos como liomiomas, donde --- quiera que surgan son masas generalmente redondas, de color blanco grisáceo, no tienen capsula y al corte muestran en su superficie un aspecto arremolinado característico. En raras ocasiones invaden los ligamentos uterinos, el segmento inferior del útero o el cérvix. Son nombrados descriptivamente, en relación a las capas uterinas que llegan a ocupar. Cuando se localizan en el miometrio se llaman intramurales. Si se encuentran debajo de la serosa se llaman subserosos. De presentarse bajo la mucosa son nombrados submucosos. Ya sean submucosos o subserosos, llegan a sobresalir hacia la cara externa del útero o del endometrio siendo en tales casos pediculados. "Las lesiones subendometriales pediculadas suelen presentarse como pólipos bulbosos, completamente cubiertos de endometrio, pero de extremo distal redondo y duro". <sup>11</sup>

Aún cuando pueden sobresalir en la cavidad uterina, --- los miomas casi nunca provocan ulceración o esfacelo de la mucosa endometrial. Cuando sucede que el pedículo es largo es definido como ilioma errante o migratorio. Se denominan parasitarias a las neoplasias que se separan del útero al adherirse al epiplón o a estructuras adyacentes. Los miomas subsero-

---

11 Idem.

sos se convierten en intraligamentarios cuando se insertan en el ligamento ancho.

Rara vez los miomas aparecen aisladamente y llegan a -- ser únicos, pues generalmente son tumores masivos que pueden simular útero gravido. Ocasionalmente los tumores llegan a -- presentar degeneración carnosa caracterizada por la presencia de zonas de reblandecimiento de color amarillo pardo a rojo. -- Las masas se tornan calcificadas en la edad avanzada, sobre -- todo después de la menopausia. Si bien es cierto que los miomas son frecuentes en la tercera y cuarta décadas de la vida -- y en una de cada cuatro mujeres en vida sexual activa, cuando llegan a presentarse en mujeres jóvenes pueden observar aumento de tejido conectivo. De darse en edad avanzada las células de músculo liso experimentan atrofia progresiva, de manera -- que el tumor se convierte en una masa colágena constituida -- principalmente por tejido fibroso. Pueden ocurrir cambios de-- generativos o quísticos, dando como resultado zonas necróti-- cas, isquémicas, con hemorragia, en las que se evidencia di-- gestión proteolítica importante de las células muertas.

### 2.2.2. Signos y Síntomas.

La sintomatología en la miomatosis uterina puede estar completamente ausente, llegando a descubrirse solamente durante una exploración física sistemática. No obstante, los leiomiomas uterinos pueden ser palpables, cuando la paciente refiere un abultamiento a nivel de bajo vientre. Hay que señalar que el mioma, de originar signos, el mas importante de ellos es la hemorragia profusa y prolongada, en el tiempo de la menstruación. "Los miomas submucosos lo suficientemente grandes como para desplazar a las vísceras adyacentes causan dismenorrea, leucorrea, hipermenorrea y metrorragia".<sup>12</sup> En realidad se desconoce la causa que pueda originar este signo, atribuyéndolo algunos autores como Robbins a hiperestrinismo-concomitante, pues los miomas se acompañan de los cambios hiperplásticos correspondientes a un aumento de estrógenos. Otros autores como Novak, afirman que estos tumores causan hemorragia al comprimir el endometrio: "Obivamente, incluso en ausencia de miomas submucosos, la cavidad uterina está notablemente expandida por los tumores. Este efecto produce una superficie endometrial muy amplia que puede causar la hemorragia".<sup>13</sup>

---

12 Krupp Marcus A. et al. Diagnóstico Clínico y Tratamiento - 17a. edic. Editorial El Manual Moderno. México 1982. p.515.  
 13 Novak Edmundo R., et al. Tratado de Ginecología. Traduc. - Jorge Orizaba Samperio. Nueva Editorial Interamericana, décima edición. México 1984, p. 439 .

Aún cuando el dolor no es un síntoma característico de la miomatosis, su aparición es debida a trastornos circulatorios. "Como en casos en que no hay embarazo, los miomas subserosos pediculados pueden experimentar torsión con necrosis hasta el grado de que el mioma se desprenda del útero."<sup>14</sup> De darse la torsión, el dolor es agudo, acompañado de náuseas y vómitos. Cuando los miomas son voluminosos y se encuentran muy enclavados en la pelvis, el dolor se produce por compresión de los troncos nerviosos, ocurriendo irradiación a la espalda y extremidades inferiores.

En los miomas de gran tamaño debido a la compresión de la uretra, se produce disuria, poliuria, llegándose inclusive a la retención de orina, también hay irritabilidad vesical y pueden provocar hidroureteronefrosis. Llegan a presentarse alteraciones digestivas cuando los miomas se extienden hasta la parte superior del abdomen. Si comprimen el recto o afectan intestino, hay estreñimiento, constipación, dolor al defecar, llegando al grado de provocar obstrucción intestinal. De darse distorsión u obstrucción del sistema genital, puede producirse esterilidad. El edema de miembros inferiores es común cuando la vena cava o las venas ilíacas son comprimidas por el mioma. La pérdida de sangre conduce a la anemia, hay debilidad, lasitud y aliento corto.

---

14 Pritchard Jack A., Macdonald Paul C. Williams Obstetricia Salvat Mexicana de Ediciones, 1980, p. 703.

"En mujeres embarazadas los miomas causan peligros adicionales: aborto, presentaciones anormales, mal encajamiento, parto prematuro, dolor (debido a la degeneración carnosa o a torsión), distocia, parto ineficaz y hemorragia posparto".<sup>15</sup> Durante el embarazo, los miomas crecen rápidamente, pueden -- observarse modificaciones en el tamaño de núcleos y células -- y cambios mitóticos frecuentes, signos alarmantes de malignización.

---

15 Krupp Marcus A., et al. Op. Cit. p. 515



### 2.2.3. Diagnóstico.

En aquellas pacientes que tienen paredes abdominales con escaso panículo adiposo, es posible identificar un aumento de consistencia en ciertos sectores del útero agrandado. Con la palpación se identifican los nódulos que deforman la superficie del órgano, como es el caso de los miomas subserosos. De este modo se establece que el mioma o los miomas están formando parte del cuerpo uterino. Los cervicales y los submucosos corporales en vías de expulsión se hacen evidentes cuando asoman a través del cuello uterino. En otras ocasiones es posible sospechar la presencia de los submucosos con una mayor precisión mediante la histerografía, útil, auxiliar en el diagnóstico de los cervicales. Hay desplazamiento uterino en el caso de los intraligamentosos unilaterales. Puede establecerse con exactitud el diagnóstico cuando se utilizan a la par de la histerometría o histerografía, los antecedentes genitales de la paciente, el tacto y la gráfica menstrual. Aunque debe considerarse que todo error es posible.

Debe efectuarse un diagnóstico diferencial con embarazo uterino, adenomiosis, sarcoma, tumores ováricos, endometriosis anexial y adherencias de anexos o vísceras. "El sangrado uterino, la dismenorrea y la leucorrea pueden presentarse también en otros tipos de neoplasias, cervicitis, esteno-

sis cervical y otras alteraciones de tipo ginecológico. Todas estas posibilidades deben considerarse aun cuando se haya establecido el diagnóstico de mioma".<sup>16</sup>

Con el embarazo al igual que con la miomatosis, sucede reblandecimiento del útero, si en la enfermedad se han producido lesiones degenerativas. Esto provoca cierta duda para establecer el diagnóstico, que será preciso si se consideran las reacciones del embarazo y se realiza una anamnesis adecuada.

Si el embarazo y la miomatosis se desarrollan simultáneamente, se dificulta el diagnóstico. "Cuando el mioma es de pequeño tamaño no modifica en forma llamativa el volumen de la matriz, por lo cual éste coincide con el tiempo de embarazo, juzgado por la duración de la amenorrea".<sup>17</sup> Por el contrario, si el tamaño es grande y no existe relación entre el volumen uterino y el tiempo de embarazo, se simplifica la tarea diagnóstica.

El diagnóstico diferencial que debe hacerse con los tumores del ovario, debe dirigirse principalmente hacia los cistoadenomas con gran tensión intratumoral, porque la consistencia se ve aumentada. Resulta difícil el diagnóstico sobre todo cuando el tumor ovárico se ha adherido al útero o evoluciona en una paciente que ha padecido pelviperitonitis.

---

<sup>16</sup> Idem.

<sup>17</sup> Calatroni Carlos J., Ruiz Vicente. Terapéutica Ginecológica. Edit. El Ateneo. Buenos Aires, 1978, p. 327.

Es útil el tacto cuando se ha determinado la independencia del tumor con el útero. Se impone el criterio para diagnosticar miomatosis cuando hay hipermenorrea o cistoadenomatosis, cuando existe un desarrollo del tumor relativamente rápido.

Resulta difícil también diferenciar la endometriosis -- anexial. "La algomenorrea premenstrual e intramenstrual o, lo que tiene más valor, el aumento del foco endometriósico en el momento de las reglas facilitarán el diagnóstico."<sup>18</sup>

Cuando existe degeneración del mioma, una placa simple de pelvis puede revelar opacidades. "La ultrasonografía puede revelar el tumor. En mujeres no embarazadas, el examen vaginal bajo anestesia general con dilatación y legrado, puede ser --- útil para establecer el diagnóstico en casos dudosos." <sup>19</sup>

---

18 Idem.

19 Krup Marcus A., et al. Op. Cit. p. 515.

#### 2.2.4. Tratamiento.

Deben de considerarse varios aspectos para implementar el tratamiento. Estas son: la existencia o no de síntomas; la edad de la paciente; deseo de fecundación; volumen, cantidad y localización de los miomas; por último, el estado general de la paciente y su deseo de conservar la menstruación.

Cuando los síntomas están ausentes, lo mejor es no realizar ningún tratamiento, aunque exista la certeza de miomatosis sobre todo en mujeres cercanas al climaterio. De presentar hipermenorrea, si no se ve afectado el estado general de la paciente, no se seguirá ninguna conducta terapéutica, pero si se hace necesaria la vigilancia mediante examen genital cada seis meses y un examen citológico anual.

No obstante que algunos miomas no producen sintomatología, en ocasiones es necesario tratar la miomatosis, para impedir riesgos futuros. El tratamiento consiste en cirugía, -

hormoterapia o radioterapia, señalando que cada método terapéutico tiene sus ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones.

Con la cirugía radical se logra acabar con la enfermedad definitivamente y se aplica en aquellas mujeres mayores de 35 años con trastornos menstruales no controlables médicamente, aunque los miomas sean pequeños; se realiza cuando existe crecimiento del mioma hacia la cavidad abdominal; en mujeres portadoras de grandes núcleos tumorales asociados o no a sangrado y en pacientes mayores de 35 años en quienes existan trastornos compresivos.

La miomectomía es ideal en casos en que la paciente es menor de 35 años y no se asocia a ninguna otra causa la infertilidad o esterilidad; en mujeres adultas en quienes la función menstrual representa estabilidad emocional o matrimonial cuando el mioma es pediculado y experimenta torsión y en el caso de miomatosis y embarazo.

El tratamiento hormonal implica solamente curación clínica, por lo que el mioma permanece en el útero y los síntomas vuelven a presentarse cuando se interrumpe la utilización de las hormonas. Sin embargo, no se hace necesario el consumo de hormonas de por vida, sino que se suspende definitivamente al aparecer la menopausia. Se sigue una conducta similar con la radioterapia.

Los rayos X serán usados en aquellas pacientes que --- tengan un riesgo quirúrgico excesivo. Es necesario señalar -- que el empleo de este método terapéutico depende ciertas con-- diciones del mioma. Estas condiciones son: "a) El volumen no-- debe sobrepasar el de un puño de adulto... b) la localización del mioma debe ser intraparietal"<sup>20</sup>. Asimismo también existen contraindicaciones debidas al mioma mismo, ellas son: "a) los-- miomas sub-serosos y submucosos, tanto más si son pediculados b) los que dan síntomas de compresión; c) los miomas doloro-- sos pues tienen fenómenos degenerativos, y d) los que se desa-- rollan rápidamente, porque si ello es debido a la transfor-- mación sarcomatosa, la dosis castración es insuficiente".<sup>21</sup> Antes de pensar en el uso de los rayos X deberá descartarse-- embarazo. Una vez que se inicie tal tratamiento es indispensa-- ble la indicación de anticonceptivos para impedir la fecun-- dación de un óvulo radiado.

También existe la opción de que en lugar de rayos X, puede usarse radio o cobalto en aplicaciones cavitarias, pe-- ro existe la remota posibilidad de infección, porque tiene -- que taponarse la vagina. Con la fisioterapia intracavitaria,-- el endometrio se destruye y los ovarios siguen funcionando. - Por lo tanto, se suprime la hipermenorrea, pero el desarrollo del tumor sigue adelante, pues la función endócrina del ova--

---

20 Calatroni Carlos J., Ruiz Vicente. Op.Cit. p. 328.

21 Idem.

rio no ha sido suprimido, quedando la duda de si el desarrollo tumoral es debido a transformación sarcomatosa.

Por otra parte, el tratamiento hormonal está indicado en los miomas que producen alteraciones menstruales, en pacientes que tienen contraindicaciones quirúrgicas, en las que están próximas a la menopausia y en aquellas que por su edad no deben ser castradas. Además deben reunirse las siguientes condiciones: "1) el tamaño del mioma no excederá el de un útero con un embarazo de tres meses; 2) el diagnóstico de mioma debe establecerse con seguridad; 3) no debe existir otro proceso concomitante que contraíndique el empleo de hormonas; -- 4) en cambio deben tratarse los miomas asociados con afecciones susceptibles de beneficiarse con la medicación, como por ejemplo, endometriosis, y 5) el mioma debe ser indoloro por medio de la palpación y el tacto... Los resultados de la terapéutica hormonal son muy buenos cuando se cumplen sus indicaciones; en más de un 85% de los casos se logra una curación clínica".<sup>22</sup> Con las hormonas se reduce el empleo de la radioterapia, con la ventaja de que pueden indicarse a pacientes jóvenes.

Las hormonas actúan reduciendo el desarrollo tumoral y provocando involución del endometrio. Las dosis de gestágenos, dependerán de la cantidad del sangrado, modificándose --

<sup>22</sup> Ibidem., p. 329.

así la amplitud de la medicación: "10 mg diarios, por boca -- desde el 16° al 25° día. Si las pérdidas fueran muy abundantes la medicación se extenderá desde el 10° al 25° día".<sup>23</sup>

Los miomas no tienen por sí mismos ninguna contraindicación para el tratamiento quirúrgico, los contraindicaciones las da la paciente.

Las operaciones que pueden efectuarse son: miomectomías e hysterectomías totales, las hysterectomías segmentarias han dejado de realizarse debido a que pueden aparecer cambios malignos. En las dos primeras pueden utilizarse criterios que varían dependiendo del volumen de los miomas de su cantidad, de su localización, de que tan agresivos sean para la paciente por ejemplo cuanto los miomas producen esterilidad, cuando producen un sangrado excesivo al grado que la paciente tenga que ser sometida a transfusiones sanguíneas o cuando el mioma experimenta torsión y la paciente deba operarse de urgencia.

La miomectomía está indicada en aquellos casos en los cuales el volumen y número de los miomas existentes permitan conservar un útero con posibilidades de llevar hasta su término un futuro embarazo. Para mantener la función uterina será necesario considerar si la paciente no desea tener hijos o si

---

23 Idem.



poseyéndolos, no quiere más, caso en el que se decidirá cirugía radical, ya sea por vía vaginal o abdominal.

En lo que respecta al pronóstico, hay que decir que -- por tratarse de un tumor benigno, no representa mayor problema; la transformación maligna es poco probable que se presente y las complicaciones concomitantes que pueda sufrir la paciente no ponen en peligro su vida si los criterios para tratarla son los correctos.

### 2.2.5. Complicaciones.

Las complicaciones que llegan a presentarse guardan relación directa con el volumen, la cantidad y la localización de los miomas, así como también si estos se desarrollan a la par de un embarazo.

El sangrado excesivo y prolongado, alteraciones urinarias que pueden llevar a la infección, la anemia aguda y las alteraciones intestinales, son provocadas por los miomas de gran tamaño, además la torsión, la esterilidad, los abortos y los partos prematuros son consecuencias graves que afectan biológica, psicológica y socialmente a la paciente con miomatosis.

Otra de las complicaciones, si no la más frecuente si la más grave es la malignidad del tumor. En efecto, "el liomiosarcoma o leiomiomasarcoma es el más frecuente y le corresponden 75 por 100, aproximadamente, de los sarcomas uterinos".<sup>24</sup>

El liomiosarcama casi siempre nace del miometrio. Aunque cuando es discutido su origen, se acepta en general, que proviene del liomioma benigno.

---

24 Robbins Stanley L. Op. Cit., p. 1192

Los liomiosarcomas pueden originarse ya sea de las masas que invaden la pared uterina o de las que sobresalen en el interior de la matriz. Histológicamente muestran todas las lesiones anaplásticas que en su citología presentan todos los sarcomas con crecimiento ingoberando. Si aparecen 10 mitosis en 10 campos, quiere decir que hay malignidad. Aun con la extirpación, existe recidiva en un 50% de los casos y se observan metástasis a huesos, pulmones, cerebro y cavidad abdominal. La supervivencia alcanza los cinco años, hecho que indica la gravedad del problema.

PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO			HORIZONTE CLINICO	
PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIANA			
Promoción de la Salud	Protección Específica	Diagnóstico temprano	Tratamiento oportuno	Limitación de la Incapacidad	
Rehabilitación					
<p>Exámenes periódicos a grupos aparentemente sanos.</p> <p>Orientación higiénica</p> <p>Educación nutricional</p>	<p>Solicitar atención médica en caso de menstruación prolongada y excesiva</p> <p>Vigilancia estrecha a pacientes embarazadas portadoras</p> <p>Alimentación rica en todos los nutrientes, principalmente en Hierro.</p> <p>Orientar a la mujer acerca de los fenómenos fisiológicos de la menstruación y la menopausia.</p>	<p>Exploración Física e Historia Clínica</p> <p>Examen Ginecológico y Gráfico Menstrual</p> <p>-Histereografía</p> <p>-Histereografía</p> <p>-Placa Simple de Pelvis</p> <p>-Ultrasonografía</p> <p>-Examen Vaginal</p> <p>-Examen Citológico</p>	<p>-Histerectomía</p> <p>-Radioterapia</p> <p>-Miomectomía</p> <p>-Histerectomía</p>	<p>Educación y motivación del paciente y su familia.</p> <p>-Control y vigilancia periódica de la bacteria urológica urinaria</p> <p>-Examen genit tal y citológico anual</p> <p>-Asistencia y supervisión médica</p> <p>-Adaptación psicosocial</p>	<p>En todos los aspectos de la paciente: social, familiar y sexual</p> <p>-Psicológica</p>
<p>2.2.6. Historia Natural de la Miomatosis Uterina</p> <p>Factores del Agente</p> <p>se desconoce la causa</p> <p>se cree que es originada por hiperestreremismo</p> <p>Factores del huésped</p> <p>Edad: Más frecuente en la cuarta década de la vida.</p> <p>Pueden aparecer en el segundo decenio, no debe soslayarse la edad avanzada. Embarazo.</p> <p>Factores del Ambiente</p> <p>Facilidades para el cuidado y promoción de la salud</p>	<p>MIOMA submucoso voluminoso</p> <p>Hemorragia profusa y prolongada durante la menstruación</p> <p>Tumoración palpable en bajo vientre</p>	<p>SÍNTOMAS DE COMPRESIÓN POR MIOMAS VOLUMINOSOS</p> <p>-dismenorrea</p> <p>-leucorrea</p> <p>-hipermenorrea</p> <p>-metrorragia</p>	<p>-aborto espontáneos</p> <p>-mal-encajamiento</p> <p>-parto precoz</p> <p>-dolor (debido a degeneración carnosal)</p> <p>-distocia</p> <p>-hemorragia posparto</p> <p>úteru:</p> <p>distrofia</p> <p>poliuria</p> <p>retención de orina, irritabilidad vesical</p> <p>retención de heces</p> <p>retención de orina, irritabilidad vesical</p> <p>obstrucción intestinal</p>	<p>Muerte</p> <p>Liomiosarcoma</p>	

## 3. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

## 3.1. DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre C. T. M. D. J.

Servicio 10 "B"

No. de cama 149

Fecha de ingreso 10-III-87.

Edad 34 años

Sexo Femenino

Estado Civil Casada

Escolaridad Técnica.

Ocupación Srta. Ejecutiva.

Religión Católica.

Nacionalidad Mexicana.

Lugar de procedencia México, D.F.

Domicilio Toronjil # 117 Colonia Sermeño.

## 3.1.1 PERFIL DEL PACIENTE.

## AMBIENTE FISICO.

## Habitación:

Características físicas (iluminación, ventilación, etc.)

Habitación: Bien ventilada, iluminada adecuadamente, con paredes y techo de concreto, baño, cocina y dormitorios.

Propia, familiar, rentada, otros: Rentada.

Tipo de construcción: Cemento, ladrillo y concreto.

Número de habitaciones: Cinco.

Animales domésticos: Un perro pequeño.

## Servicios Sanitarios:

Agua (intradomiciliaria, hidrante público, otros).

Intradomiciliaria, cuentan con tanque de agua y cisterna.

Control de Basuras: Tres veces por semana, en camión de gobierno, aunque no es constante.

Eliminación de desechos (Drenaje, fosa séptica, letrina, Otros).

Eliminación de desechos a través de drenaje intradomiciliario.

Iluminación: Adecuada, cuenta con seis lámparas distribuidas en dormitorios, sala, recámaras, cocina y baño.

Pavimentación: Domicilio pavimentado al igual que la calle.

Vías de comunicación:

Télefono: Cuenta con teléfono público.

Medios de transporte:

Autómovil particular, autobús, metro y pesero.

Recursos para la salud.

Cuenta con seguro social, aunque también acude con médico particular.

#### HABITOS HIGIENICOS:

Aseo: Baño (Tipo, frecuencia) Baño con regadera, con una frecuencia de cuatro veces por semana.

De manos antes de comer y después de ir al baño.

Bucal Tres veces al día, después de cada comida.

Cambio de ropa personal (parcial, total y frecuencia)

Ropa exterior diariamente, interior con el baño.

#### Alimentación:

Desayuno (horario, alimentos) Jugo o fruta, leche, huevo, tortilla.

Comida (horario, alimentos) Llegando del trabajo,  
 Consume sopa, guisado, frijoles y tortilla.

Cena (horario, alimentos) Un vaso de leche tibia y  
 pan.

Alimentos que originan:

PREFERENCIA. Salpicón, pierna en adobo, la fruta

Desagrado El entomatado, comidas muy "picantes"

- Intolerancia. Chicharrón de cerdo, en chile  
 verde.

Eliminación (Horario y características)

Vesical Entre seis y ocho veces por día, sin pujo  
 ni tenesmo, chorro constante y amarillo cla  
 ro.

Intestinal Una vez al día, por las mañanas, trozo  
 formado, sin moco sin sangre.

Descanso (Tipo y frecuencia)

Generalmente por las noches, alrededor de las sie  
 te de la noche.

Sueño (Horario y características).

De las once de la noche a las seis de la mañana, inin  
 terrumpido.

Diversión y/o deportes.

Le divierten las telenovelas y las revistas cómicas.



no practica ningún deporte.

Estudio y/o trabajo.

No estudia, solo trabaja como secretaria en una oficina

Otros

#### COMPOSICION FAMILIAR.

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
Esposo	38	Ingeniero Electricista	200,000.00

#### DINAMICA FAMILIAR.

Se lleva bien con su marido, tienen peleas esporádicas, resuelven los conflictos, los problemas económicos los resuelven juntos. A veces van al cine el fin de semana.

**DINAMICA SOCIAL.**

Tienen un grupo pequeño de amigos a los que visitan regularmente y con los que acueden a reuniones sociales ocasionalmente. Visitan a la familia por lo general cada ocho días.

**COMPORTAMIENTO o Conducta:** No se "mete" con nadie para evitar problemas, tiene relaciones superficiales con vecinos.

**RUTINA COTIDIANA.**

Se levantan a las seis de la mañana, prepara el desayuno - desayunan, mientras él se baña, ella tiende la cama y se arregla, se van a trabajar.

Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento, emociones) muestra preocupación por la próxima -- operación, no obstante se muestra resignada.

## 3.1.2. PADECIMIENTO ACTUAL.

Problema padecimiento por el que se presenta.

Acude a urgencias por presentar hiperpolimenorrea. refiere dolor tipo pungitivo en FID, de moderada intensidad, - no náuseas, no vómitos, abdomen distendido, timpánico, se toca formación tumoral en hipogastrio, es diagnosticada - con miomatosis uterina hace ocho meses.

Antecedentes personales patológicos.

Apendicectomía hace 15 meses, fractura de tobillo derecho hace tres años aproximadamente, hipertensión arterial detectada hace cinco años.

Antecedentes familiares patológico

Padre, madre, tios maternos y paternos diabéticos; tía paterna con HTA por cáncer cérvico-uterino.

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento.

Cuando fue diagnosticada de miomatosis uterina, se sugirió HTA, la cual no aceptó porque deseaba un hijo. Al negarse la posibilidad de un embarazo por probable esterilidad su esposo mostró acuerdo con la intervención quirúrgica.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico - tratamiento y rehabilitación.

La familia apoya la desición que ellos tomaron. Ella por su parte hubiera deseado poder tener un hijo, sin embargo,

señala que si no existe otra solución mejor, se somete a la operación por los sangrados excesivos que ha presentado y que la han provocado debilidad.

### 3.1.3. EXPLORACION FISICA.

#### Inspección:

Aspecto físico: Buena hidratación, con -- palidez de tegumentos, sin facies de dolor.

Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento, emociones) Muestra preocupación por la próxima operación, no obstante se muestra resignada.

Palpación: Abdomen globoso a expensas de pániculo-adiposo, se paba masa tumora a 7 cms. de sínfisis -- del pubis, dura, dolorosa, móvil. Al tacto vaginal -- no se logra delimitar el útero por masa tumoral; cérvix abierto corto, permeable a un dedo.

Percusión Abdomen con sonido timpánico.

Auscultación Pulmones bien ventilados, estertores-- ausentes, ruidos cardiacos normales y de buena inten-- sidad; peristalsis normal.

## 3.1.4. DATOS COMPLEMENTARIOS

## EXAMENES DE LABORATORIO.

FECHA	TIPO	CIFRAS		OBSERVACIONES
		NORMALES	DEL PACIENTE	
5.I.87	Hb.	12-16g/100ml	8.4	
	Hto.	45-52%	34%	
	Tp.		51%	
	TPT.	30-45 seg.	28 seg.	

## EXAMENES DE GABINETE

T I P O	O B S E R V A C I O N E S
USG	Utero con Contornos irregulares, con zonas de degeneración

**PROBLEMAS DETECTADOS.**

La paciente presenta anemia por laboratorio y clínicamente, pues se observa palidez de tegumentos y refiere caída fácil de cabello, fatiga fácil y adinamia. Presenta sangrado trasvaginal desde 17-1-87 en que empezó a menstruar. Por el momento refiere dolor de tipo punzitivo en hipogástrico de leve intensidad.

### 3.1.5. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Paciente proveniente de clase media, con adecuados hábitos alimenticios, conciente, orientada, deprimida, con palidez de tegumentos, con T.A. de 110/70, F.C.-104, F.R./24, - T.36.8°C. Se encuentra en decúbito dorsal, canalizada en -- MSD con solución glucosada al 5%, 500 ml., para permeabilizar vena y con paquete de sangre total en miembro superior izquierdo. Con sangrado trasvaginal, refiere dolor de bajo-ventre, se palpa tumoración en fosa ilíaca derecha. Es diagnosticada de miomatosis uterina y programada para histerectomía total abdominal.



## 4. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

Nombre de la Paciente. G. T. M. D. J. Edad, 34 años  
Fecha de ingreso . 10-III-87 Número de Cama.- 149.

Servicio.- Hospitalización, 1ºB Dx. Médico.- Miomatosis uterina.

Dx. de Enfermería.- Paciente proveniente de clase media, con adecuados hábitos de alimentación, conciente, --- orientada, deprimida, con palidez de tegumentos, con tensión arterial de 100&60, frecuencia cardiaca: 104 x', 26 respiraciones por minuto y con una temperatura de 36.8°C. Se encuentra en decúbito dorsal, canalizada en miembro superior derecho con solución glucosada al 5%, 500 ml., para permeabilizar vena y con paquete de sangre total en miembro superior izquierdo. Con sangrado trasvaginal, refiere dolor de bajo vientre, se palpa tumoración en fosa ilíaca derecha. Es programada para histerectomía total abdominal.

Objetivos del plan en base al problema.- Disminuir el estado depresivo mediante apoyo emocional.

b) Explicar las causas del sangrado y las consecuencias del mismo.

c) Tranquilizar a la paciente sobre los efectos de la intervención quirúrgica en su organismo.

PROBLEMA: DEPRESION.

Manifestaciones del problema: Poco abierta al diálogo; llanto ocasional.

Fundamentación científica: Por depresión se entiende - la disminución del estado afectivo. El contenido ideatorio - se limita a algunos cuantos temas, el habla espontánea también se limita, las respuestas a las preguntas son retardadas y condensadas.

Acciones de Enfermería: Apoyo emocional; mostrar comprensión; explicar efectos fisiológicos del tratamiento propuesto.

Fundamentación Científica: El individuo tiene necesidades psicológicas.

Sugerir una operación como medio de tratamiento, puede despertar depresión por alteración en los fenómenos de la reproducción.

La paciente ginecológica suele necesitar más compren-

sión que otros pacientes.

Con la histerectomía, la obesidad y el hirsutismo no se presentan si no se extirpan los ovarios. Las relaciones sexuales no se alteran, pues la libido y el orgasmo no desaparecen.

Evaluación: La paciente respondió favorablemente, al comprender los efectos de la intervención quirúrgica en su organismo. Su conversación fue variada y fluida y aceptó su futuro.

Problema: Sangrado trasvaginal.

Manifestaciones del problema: Flujo continuo de sangre a través de la vagina.

Fundamentación científica: El signo más importante de la miomatosis uterina es el sangrado profuso y prolongado en el tiempo de la menstruación.

Acciones de Enfermería: Explicar las causas del sangrado.

Fundamentación científica: El desconocimiento del porqué de la sintomatología, afecta a la paciente ginecológica -

pues además de sus trastornos físicos, hay muchos factores -  
emocionales que dominan la situación.

Evaluación.- Mas que el malestar físico, la Paciente  
mostraba dudas y temores acerca de su sangrado, cuestiones -  
que fueron atenuadas en gran medida.

Problema.- Anemia.

Manifestaciones del problema.- Palidez de tegumentos;  
caída fácil de cabello; adinamia; fatiga fácil; Hb. 7.4; Hto.  
28%.

Fundamentación científica.- En el adulto, la anemia -  
por deficiencia de hierro es casi siempre el resultado de per  
dida de sangre, entre cuyas causas, en la mujer, se encuentra  
el sangrado menstrual excesivo.

Acciones de enfermería.- Transfusión sanguínea; vigi-  
lar la presencia de signos de reacción hemolítica a la trans-  
fusión.

Fundamentación científica.- Las transfusiones sangui-  
neas se usan para restaurar el volumen sanguíneo después de  
hemorragias.

El volumen sanguíneo o la masa eritrocitaria deben reponerse hasta aproximadamente 70% de lo normal después de una hemorragia.

Habitualmente puede mantenerse una capacidad de transporte de oxígeno aumentando el nivel de Hb hasta 50-70%.

En todas las reacciones hemolíticas transfusionales importantes hay una hemoglobinemia inmediata; es posible encontrar escalofríos y fiebre; dolor en la espalda, pecho o abdomen. Son molestias frecuentes la ansiedad, la aprensión y la cefalea.

Evaluación.- Se transfundieron 600 mililitros de sangre total, obteniéndose como resultado una mejoría física en la paciente, bastante notoria.

## CONCLUSIONES

La miomatosis uterina es una enfermedad progresiva e incapacitante. Aunque es una patología benigna, tiene la potencialidad de convertirse en maligna, con la consecuente mortalidad, de no tomarse las medidas asistenciales adecuadas y en forma expedita.

Una vez diagnosticada la enfermedad y realizados los exámenes pertinentes para diferenciarla de embarazo uterino, adenomiosis, sarcoma, tumores ováricos, endometriosis anexial, adherencias de anexos o vísceras, cervicitis, estenosis cervical y otros tipos de neoplasias, debe valorarse si se toman medidas radicales o conservadoras, de acuerdo al volúmen y número de los miomas; edad de la paciente y su deseo de embarazo.

Por regla, es necesario extirpar los miomas que producen síntomas por presión. La miomectomía debe practicarse en casos de mujeres jóvenes y con deseo de embarazo. En este tipo de pacientes resulta muy útil y con grandes posibilidades de éxito, el tratamiento hormonal, con el que se logra una curación clínica.

La paciente que va a ser sometida a una intervención quirúrgica por miomatosis uterina, debe estar conciente de -

que no habrá alteraciones en las relaciones sexuales, si llega a extirpárse el útero.

El personal de enfermería debe tener presente la sensibilidad emocional de la paciente histerectomizada, para poder coadyuvar a una pronta recuperación. Pero si se da la situación de que el tratamiento hormonal ha sido establecido como mejor opción, entonces deberá instituirse una vigilancia estrecha sobre la paciente.

En cuanto a las complicaciones que se presentan, hay que señalar que guardan relación con el tamaño, la cantidad y la localización de los miomas, no olvidando que el embarazo se considera de alto riesgo y que generalmente no llega a feliz término en la paciente portadora de miomas.

Los miomas que desarrollan malignidad, llevan casi siempre a la enferma hacia un desenlace fatal, pues aún cuando se descubra a tiempo el liomiosarcoma, tiene un alto grado de recidiva una vez que ha sido extirpado, induciendo por ello al establecimiento de un pronóstico nada favorable para la vida.

Así, se hace necesario enfatizar el enorme carácter de importancia que tiene la vigilancia estrecha, cuando se ha tomado la desición de no intervenir quirúrgicamente a la

paciente con miomatosis uterina, teniendo siempre en mente - la posibilidad de que evolucione hacia la malignidad del tumor, cuyas consecuencias son irremediables, en la mayoría de los casos.



## BIBLIOGRAFIA

- Alvaro Rusell Ramón. Textos de Ginecología 3a. Edic  
La Prensa Médica Mexicana, ---  
1980, 587 pp.
- Antiga Trujillo Nedelia et al. Antología de Lecturas -  
Básicas y Método Científico.  
México, Basave y Sama Editores, 1981, 446 pp.
- Baena Paz Guillermina Instrumentos de Investigación.  
12a. Edic. Editores Unidos Me-  
xicanos, 1984, 134 pp.
- Baez Villaseñor José. Hematología Clínica. 5a. Edic.  
México. Editorial Librería de  
Medicina, 1976, 358 pp.
- Bennington Fouty El Laboratorio en el Diagnósti-  
co Clínico. 1a. Edic. México,  
Edit. Interamericana, 1976, --  
600 pp.

- Benson Ralph C. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétricos. 6a. Edic. Méx. Editorial El Manual Moderno , 1982, 491 pp.
- Berkow Roberto El Manual Merck. 6a. Edic. -- U.S.A. Edit. Merck, 1978, 2298 pp.
- Brunner Lillian Sholtis. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Traduc. José Rafael Blengio. Tomo 2. 4a. Edic. México, Nueva Editorial Interamericana, 1984, 835 pp.
- Crouch James. E. Anatomía Humana Funcional. 2a. Edic. Méx. Compañía Editorial Continental, 1983, 727 pp.
- Dexeus Font Santiago. Tratado de Ginecología. 2a. - Edic. Barcelona, Salvat Editores, 1970, 995, pp.
- Dugas Bervely W. Tratado de Enfermería Práctica 3a. Edic. México, Editorial Interamericana, 1974, 880 pp.

Faconer Josafat,

et al. Farmacología y Terapéu  
tica. 3a. Edic. México, Editori-  
al Interamericana, 1981, 585  
pp.

Farreras Valentí Pedro.

et al. Medicina Interna. Tomo  
I. 9a. Edic. España, Editorial  
Marín S.A. 1978, 1099 pp.

Ferst Elinor V.

Principios Fundamentales de -  
Enfermería. Traduc. Esperanza  
Torres.- Editorial La Prensa  
Médica Mexiana, 1958, 523 pp.

González Ramos J.

Gineco-Obstetricia. 5a. Edic.  
México, Editorial Interamericaa  
na, 1967, 571 pp.

Guyton Artur.

Fisiología y Fisiopatología  
Básicas. Traduc. Alberto Folch  
Pi. 2a. Edic. México, Editorial  
Interamericana, 1979, 689 pp.

Harmemam Grace.

Fundamentos de Enfermería/1a.  
Edic. México, Editorial Centro  
Regional de ayuda Técnica 1970  
225 pp.

Harmer Xertha.

Tratado de Enfermería Prácti-  
ca. 1a. Edic. Editorial La ---  
Prensa Médica Mexicana. 1962,  
1309 pp.

Jawetz Ernest.

Manual de Farmacología Clínica.  
4a. Edic. Méx. Editorial El Ma  
nual Moderno, 1980, 869 pp.

Jones Howard W.

Tratado de Ginecología de No--  
vak. Traduc. Jorge Orizaga --  
Samperio. 10a. Edic. México, -  
Nueva Editorial Interamericana,  
1984, 878 pp.

Kron Thora.

Manual de Enfermería. 4a. Edic.  
México, Editorial Interamerica  
na, 1987, 225 pp.

Krupp Marcus A.

et al. Diagnóstico Clínico y  
Tratamiento . 17a. Edic. Méxi-  
co, Editorial el Manual Moder-  
no, 1982, 1324 pp.

- Mason Mildred A. Enfermería Médico-Quirúrgica. México, Edit. Interamericana, 1962, 333 pp.
- Marriner Ann. El Proceso de Atención de Enfermería. 4a. Edic. México, Editorial El Manual Moderno, - 1980, 869 pp.
- Medina Aguilar R. El Banco de Sangre.- 2a. Edic. Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1963, 202 pp.
- Pérez Avila Noé. Como Hacer una Investigación. México, Edic. de Superación Académica, 1984, 71 pp.
- Pritchard Jack A. Williams Obstetricia. Salvat  
Macdonal Paul C. Mexicana de Ediciones, 1980, 967,pp.
- Robbins Stanley L. Patología Estructural y Funcional. Edit. Interamericana, 1980, 1516 pp.

Tortora Gerard J.

et al. Principios de Anatomía y Fisiología México, Editorial Harla, 1975, 628 pp.

Yura H.

et al. El Proceso de Enfermería. España, Editorial Alhambra, 1982, 222 pp.

Velázquez José M.

et al. Curso Elemental de Psicología. Tomo III. 29a. Edic México, Editorial Porrúa, 1970, 307 pp.

#### HEMEROGRAFIA

Braier L.

Diccionario Enciclopédico de Medicina Jims. 4a. Edic. Barcelona, Editorial Jums, 1980, -- 1165 pp.

## ANEXO

## Glosario de Términos.

**Atrofia.** Disminución de la cantidad de protoplasma vivo después que ha alcanzado su desarrollo normal. Puede deberse a disminución del número de células, en el tamaño de células o a ambos factores.

**Gegeneración.** (del lat. de, sin y genus, raza). Regresión orgánica, en oposición a desarrollo, aplicada particularmente a cambios en los tejidos u órganos.

**Esfaecelo.** (del gr. sphokelos, gangrena). Mortificación de los tejidos que se desprenden del medio a que pertenecen histológicamente a consecuencia de gangrena.

**Hipertrofia.** (del gr. hiper, aumento y trophe, nutrición). Aumento en el tamaño de las células que constituyen un tejido; significa un aumento en la cantidad de protoplasma vivo y de la capacidad funcional a expensas de la capacidad de reserva de las células. Es reversible si cesa el estímulo que la produjo.

**Isquemia.** (del gr. ischein, detener y haima, sangre). Deficiencia local y temporal de sangre, debida principalmente

mente a vasocostricción arterial. La isquemia aguda provocada por la ligadura de una arteria importante o como consecuencia de trombosis o embolia vascular, determina rápidamente la necrosis de la zona afectada, a menos que se restablezca rápidamente una circulación colateral eficiente.

Leucorrea. (del gr. leukos, blanco, y rhoia, flujo). Aumento de la secreción de las glándulas vulvovaginales, - caracterizado por un líquido claro y fluente en los casos - normales; viscoso blanquecino en los casos de inflamación - ligera; flemoso y espeso, en caso de inflamación glandular.

Metrorragia. Hemorragia uterina, independiente de la menstruación.

Necrosis. (del gr. nekrosis, muerte). Muerte de las células en su totalidad o en parte; muerte rápida de grupos celulares más o menos extensos de un organismo. Los tejidos conservan, durante algún tiempo y hasta cierto punto, después de muertos, sus primitivos caracteres morfológicos.

Polimenorrea. (del gr. polys, men, mes, y rhoia, flujo). Aumento de la frecuencia de las reglas, con acortamiento del periodo intermenstrual.

Pólipo. (del gr. polys, muchos, y pous, pies). Tu--



mor blanco generalmente pediculado, que se desarrolla en una membrana mucosa a expensas de alguno de los elementos de esta.

**Serosa.** (del lat. serosus, túnica). Membrana compuesta de mesotelio y tejido conjuntivo subyacente que tapiza las cavidades pleural, pericárdica y peritoneal. Capa peritoneal del intestino.

mor blanco generalmente pediculado, que se desarrolla en una membrana mucosa a expensas de alguno de los elementos de esta.

Serosa. (del lat. serosus, tónica). Membrana compuesta de mesotelio y tejido conjuntivo subyacente que tapiza las cavidades pleural, pericárdica y peritoneal. Capa peritoneal del intestino.