

42.
207



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería
y Obstetricia

MIOMATOSIS UTERINA

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE INVESTIGACION

Estudio ^{U. N. A. M.} Clínico en Proceso de

Atención de Enfermería

Que para obtener el título de

Licenciada en Enfermería y Obstetricia

p r e s e n t a

LETICIA JARQUIN LOPEZ



México, D. F.

1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Pág.

INTRODUCCION

I.	<u>MARCO TEORICO</u>	10
1.1	Generalidades de anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.	10
1.2	Patología de la miomatosis uterina	25
1.3	Etiología	29
1.4	Evolución	30
1.5	Signos y síntomas	33
1.6	Diagnóstico	38
1.7	Complicaciones	40
1.8	Tratamiento	41
1.9	Historia Natural de la Miomatosis Uterina	52
II.	<u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	57
2.1	Datos de identificación	57
2.2	Nivel y condiciones de vida	57
2.3	Problema actual o padecimiento	60
2.4	Exploración física	61
2.5	Datos complementarios	62
2.6	Diagnóstico de enfermería	63

	Pág.
III. <u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	64
CONCLUSIONES	81
BIBLIOGRAFIA	84
ANEXOS	
GLOSARIO DE TERMINOS	

INTRODUCCION

El tratamiento de la paciente ginecológica se inició con dos objetivos:

1. Conservar o restaurar la salud de la mujer.
2. Conservar su capacidad procreadora, si así lo desea.

El primer objetivo se persigue durante toda la vida de la paciente, el segundo hasta que la mujer llega a la menopausia o que decide no ser fecundada.^{1/}

Los trastornos de los órganos reproductores de la mujer producen un efecto emocional enorme, en los últimos años el índice de patología ginecológica en especial el mioma uterino, ha aumentado notablemente, ya que el 20% de la totalidad de la mujer que rebasan los 35 años presentan miomas, aunque por lo general lo hacen sin síntomas.

El mioma se presenta con mayor frecuencia en la raza negra que en la blanca y es más común entre los 30 y los 40 años de edad, después de la menopausia no suelen presentarse los tumores y los que existen disminuyen de tamaño, aunque no desaparecen. Cuando el tumor crece después de la menopausia, es señal de que hay una degeneración secundaria de cualquier naturaleza.^{2/}

1/ Brunner, Lilian Sholtis; Enfermería médico quirúrgica, p. 532.

2/ Williams, et.al.; Obstetricia, p. 703.

El mioma uterino es la neoplasia más común del sistema genital femenino, con frecuencia se le llama a los miomas, tumores fibroides, es un tumor benigno, compuesto de fibras musculares lisas y de tejido conjuntivo; estos miomas pueden ser únicos o lo que es más común múltiples.

Su tamaño puede ser microscópico o pueden alcanzar grandes proporciones llegando a ocupar todo el abdomen, su estructura es densa, se encuentran bien encapsulados y forman nódulos pequeños o grandes que pueden separarse de la pared muscular del útero.^{3/}

El mioma tiene un desarrollo autónomo e indefinido y además lento, su crecimiento depende fundamentalmente de la irrigación y de los niveles de estrógenos circulante.

Otros factores pueden variar su desarrollo aumentándolo rápidamente cuando la multiplicación celular se acelera por transformación sarcomatosa o si por fenómenos degenerativos se producen cavidades quísticas en la masa tumoral, los tumores pueden localizarse en el cuello o en el cuerpo del útero, siendo esta última la más común, cuando alcanza un gran tamaño comprime la vejiga pudiendo provocar retención urinaria por bloqueo de la uretra.^{4/}

3/ Ibidem., p. 704.

4/ Novak, Edmundo; op.cit., p. 430.

Tomando como base la posición que pueden ocupar los miomas en las distintas capas que forman las paredes uterinas, se dividen en tres grupos:

1. Tumores submucosos: éstos se desarrollan debajo del endometrio y lo van desplazando a medida que aumentan de tamaño. Este tipo de tumor constituyen el 50% de la totalidad de los miomas, éstos son más propensos a producir hemorragias y necesitan histerectomía aunque sean pequeños, el peligro de degeneración sarcomatosa es mayor.
2. Los miomas intersticiales o intramusculares son los que se encuentran en la pared muscular no muy cerca de la mucosa o serosa. Cuando son de gran tamaño o múltiples dan lugar a un gran aumento del órgano y dan una consistencia nodular notable.
3. Los tumores subserosos o subperitoneales pueden ser sésil o pediculados, a veces las venas que recubren la superficie del fibroma se rompen y causan hemorragias peritoneales, por lo general los tumores subserosos se desarrollan entre los repliegues del ligamento ancho (intraligamentoso), éstos llegan a comprimir los vasos ilíacos.^{5/}

5/ Ibidem., pp. 431-432.

La imagen histológica característica del mioma consiste en células musculares lisas, fusiformes. El tamaño de las células es uniforme, las formaciones miomatosas no poseen cápsula definida, pero se encuentran perfectamente delimitados de la musculatura uterina que las rodea.

El mioma es la neoplasia más común del aparato genital femenino, consiste en un tumor benigno, discreto, redondo y firme, compuesto por fibras lisas y tejido conjuntivo.

No se tiene nada definido acerca de la etiología de los miomas uterinos, aunque se ha comprobado histológicamente que proceden del tejido muscular.^{6/}

Se cree que las hormonas ováricas tienen un papel importante en la producción del mioma uterino, no se ha encontrado explicación alguna del porque se presentan en unas mujeres y en otras no, aunque sabiendo que el estrógeno se produce en todas las mujeres.

Un gran número de mujeres con mioma ovulan produciendo progesterona, sin embargo, el crecimiento del mioma depende en gran parte del estrógeno, no se presenta hasta la menarquia y disminuyen de tamaño después de la menopausia, con el empleo de estrógenos, los

^{6/} Krupp, Marcus A., et.al; Diagnóstico clínico y tratamiento, p. 519.

miomas aumentan de tamaño repentinamente durante el tiempo que las pacientes ingieren este medicamento. En ocasiones los miomas crecen después de la menopausia, cuando ésto ocurre, se piensa en una aparición sarcomatosa.^{1/}

La presencia del mioma no necesariamente produce síntomas, la hemorragia es el principal síntoma que caracteriza a los fibroides. Siempre debe estar uno alerta a una lesión concomitante, por ejemplo un adenocarcinoma, un pólipo o un factor funcional ya que los miomas suelen acompañarse de hiperplasia endometrial. La congestión venosa del endometrio depende de miomas intramurales, cualquiera que sea su causa, la normalidad hemorrágica es la metrorragia y ésta es más intensa cuando existen tumores submucosos.

El dolor no es un síntoma característico del mioma cuando hay dolor se piensa en una enfermedad inflamatoria pelviana concomitante. Lo que ocurre con frecuencia en los tumores de gran tamaño es una sensación de pesadez gravitativa o de dismenorrea.

La aparición del dolor se debe, por lo general, a trastornos circulatorios, unidos probablemente a procesos necróticos locales o procesos inflamatorios, acompañados de adherencias a los órganos vecinos

^{1/} Novak, Edmundo; op.cit., p. 438.

como epiplón o intestinos. Cuando los miomas subserosos pedicula- dos sufren torsión el dolor puede ser agudo, acompañado de náuseas y vómito, en los tumores de gran tamaño o en los que se encuentran enclavados en la pelvis el dolor resulta de la compresión que ejer- ce sobre los troncos nerviosos, con irradiación a la espalda y a las extremidades inferiores.^{8/}

Los miomas voluminosos ejercen presión sobre la vejiga produciendo irritabilidad vesical, poliuria y disuria, cuando se hayan enclavados en la pelvis pueden provocar retención de la orina por bloqueo de la uretra. Los efectos de presión en el recto pueden causar estreñimien- to y dolor al defecar, también suelen provocar trastornos digestivos por el tamaño del tumor.^{9/}

Dentro de los síntomas secundarios puede haber anemia con debilidad, lasitud, cefalea; en pruebas de laboratorio la cuenta de eritrocitos puede estar disminuida como resultado de la pérdida de sangre, pero con enfermedades ocasionales hay policitemia, quizá como resultado de la producción de eritropoyetina por los miomas. En los datos ra- diológicos, una placa simple de pelvis, puede demostrar opacidades si existen calcificaciones o degeneración del tumor, la histerografía puede demostrar tumores cervicales o submucosos. Como exámenes

8/ Ibidem., p. 437.

9/ Ibidem., p. 439.

especiales se puede realizar una ultrasonografía pélvica que puede revelar un 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.^{10/}

En algunos casos puede establecerse un diagnóstico de presunción de mioma uterino, al palpar el tumor a través de la pared abdominal, estos tumores son de consistencia dura, de contornos irregulares, móviles, a menos que por su tamaño ocupen la totalidad del abdomen, y no son dolorosos.

El diagnóstico del mioma es fácil, en especial con intestino y vejiga vacíos. Entre los dedos exploradores y la mano libre, puede percibirse una o varias excrescencias nodulares sobre la superficie uterina, y a veces es necesaria la exploración bajo anestesia.

El crecimiento uterino irregular que se observa en los miomas debe diferenciarse de crecimientos similares pero regulares que pueden ocurrir en el embarazo uterino adenomiosis, hipertrofia uterina benigna, sarcoma y adherencias de anexos o vísceras. El sangrado uterino, la dismenorrea y la leucorrea pueden presentarse también en otros tipos de neoplasia, cervicitis, estenosis cervical y otras al

^{10/} Ibidem., p. 439.

teraciones de tipo ginecológicos; todas estas posibilidades deben considerarse cuando se haya establecido el diagnóstico.^{11/}

No todos los miomas requieren tratamiento activo, pero como todos pueden agravarse más tarde, el tratamiento debe estar asociado a que es necesario realizar exámenes periódicos con intervalos regulares de seis meses.

En todos los casos deben considerarse factores como la edad, deseo de procreación, probabilidad de menopausia incipiente, etc., incluso cuando los síntomas parecen aconsejar cirugía.^{12/}

Una de las medidas de urgencia es emplear, si son necesarias, las transfusiones, se requiere tratamiento quirúrgico de urgencia cuando existe torsión de un mioma pediculado, o cuando hay obstrucción intestinal. Un tratamiento es el raspado diagnóstico y el examen microscópico del endometrio. La miomectomía tiene su mayor aplicación en la extirpación de tumores en los casos en los cuales tiene gran importancia conservar la capacidad reproductora. Siempre se debe preceder la miomectomía del raspado diagnóstico si hubo hemorragia anormal, ya que esta última puede depender de una lesión intrauterina como adenocarcinoma y no del mioma. Cuando la histerec

^{11/} Krupp, Marcus A.; op.cit., p. 515.

^{12/} Novak, Edmundo; op.cit., p. 442

tomía se realiza en mujeres jóvenes, se debe respetar uno o los dos ovarios.^{13/}

Campo de la investigación:

El estudio clínico se llevó a cabo en el Hospital General de Zona número 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el servicio de Ginecología, ubicado en el primer piso, ala B, en una paciente con miomatosis uterina.

^{13/} Krupp, Marcus A.; op.cit., p. 516.

I. MARCÓ TEORICO

1.1 Generalidades de anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

Los órganos del aparato reproductor femenino se dividen en externos e internos. Los órganos externos comprenden la vulva y la vagina, los órganos internos lo forman el útero, las trompas y ovarios.

Organos genitales externos:

Los órganos genitales externos suelen designarse con el nombre de vulva, que incluye todas las estructuras visibles externamente desde el borde inferior del pubis hasta el perineo, está formada por los siguientes elementos:

1. Monte de Venus
2. Labios mayores
3. Labios menores
4. Clítoris
5. Vestíbulo
6. Meato urinario
7. Orificio vaginal
8. Himen

9. Glándulas vulvo vaginales o de Bartholin. ^{14/}

^{1/2} Monte de Venus:

Es una acumulación de grasa, se sitúa por encima de la sínfisis del pubis. Después de la pubertad su piel se reviste de pelo ensortijado el vello pubiano.

Labios mayores:

Los labios mayores son dos pliegues longitudinales y salientes, formados por tejido adiposo recubierto de piel que se extienden hacia abajo y hacia atrás a partir del Monte de Venus.

Durante la pubertad se desarrollan considerablemente constituyendo uno de los caracteres sexuales secundarios. Antes de la pubertad la vulva tiene un aspecto plano y los labios mayores son mucho más prominentes que los menores.

Después de la pubertad, los labios mayores se extienden hacia atrás, en dirección del perineo. En las niñas y en las adultas vírgenes suelen estar bastante juntos, ocultando completamente las partes subyacentes, mientras que en las multiparas suelen estar abiertos.

^{14/} Novak, Edmundo; et.al., Tratado de ginecología, p. 1

Los labios mayores se prolongan directamente con el Monte de Venus por arriba y se desvanecen en el perineo, por atrás, juntándose en la línea media para formar la comisura posterior.

Los labios mayores suelen medir de 7 a 8 centímetros de longitud, 2 a 3 centímetros de ancho y de 1 a 1.5 de espesor.

Labios menores:

Al separarse los labios mayores, muestran dos pliegues planos y rojizos, los labios menores o minfas que se juntan en el extremo superior de la vulva.

En la mujer nulipara están cubiertos por los labios mayores; en las multiparas sobresalen de éstos.

Cada labio menor consta de un delgado pliegue de tejido, que cuando está cubierto por los labios mayores presentan un aspecto húmedo y rojizo, similar al de una mucosa, tiene muchos folículos sebáceos y algunas glándulas sudoríparas.

Los labios menores convergen hacia adelante y cada uno se divide, cerca de su extremidad superior, en dos laminillas, de las que las inferiores se unen y forman el frenillo del clítoris y las superiores se desvanecen en el prepucio. Hacia atrás se desvanecen de manera casi imperceptible en los labios mayores o se aproximan a la

línea media en forma de elevaciones bajas que se unen y constituyen la horquilla.^{15/}

Clítoris:

El clítoris es un pequeño órgano eréctil, de forma cilíndrica, situada en el extremo anterior de la vulva y que sobresale de los labios menores, los cuales forman su prepucio y su frenillo. Consta de glánde, cuerpo y dos pilares. Es homólogo del pene, rara vez supera los 2 centímetros de longitud aún estando eréctil, es la principal zona erógena de la mujer.

Vestíbulo:

El vestíbulo es una área en forma de almendra, limitada por los labios menores, que se extienden desde el clítoris a la horquilla. Está perforado por cuatro orificios, la uretra, la vagina y los conductos de las glándulas de Bartholin.

La porción posterior del vestíbulo situado entre la horquilla y el orificio vaginal, se designa como fosa navicular, esto sólo se observa en la mujer nulipara, ya que se oblitera después del parto.

^{15/} Williams, op.cit., p. 10.

Meato urinario:

El meato urinario es el pequeño orificio externo de la uretra, tiene forma triangular o de hendidura, está situado en la línea media del vestíbulo, de 1 a 1.5 centímetros por debajo del arco púbico y por encima del orificio vaginal. Suele estar como arrugado. Los conductos parauretrales o de Skene desembocan en el vestíbulo, a ambos lados de la uretra, pero algunas veces lo hacen en su pared posterior por encima del orificio.

Orificio vaginal:

El orificio vaginal ocupa la porción inferior del vestíbulo y es de tamaño y forma muy variable. En las vírgenes queda oculto por los labios menores superpuestos y, cuando se apartan éstos, aparecen casi por completo cerrado por el himen.

Himen:

El himen es variable en cuanto a forma y consistencia, está compuesto principalmente por tejido conjuntivo rico en fibras elásticas y colágenas.

En la mujer adulta virgen, constituye una membrana de espesor variable que cierra más o menos visiblemente el orificio vaginal y que

presenta una abertura cuyo tamaño varía desde una punta de un alfiler hasta un calibre que permite el paso de la punta de un dedo o, incluso, de dos. La apertura himenal suele tener forma de media luna o circular, pero en ocasiones puede ser cribiforme, tabicada o franjeada. ^{16/}

Glándulas de Bartholin:

Las glándulas de Bartholin son dos pequeñas glándulas de 0.1 a 1 centímetro de diámetro, situadas por debajo del vestíbulo a ambos lados del orificio vaginal.

Están localizadas debajo del músculo constrictor de la vagina y algunas veces aparecen cubiertas en parte por los bulbos vestibulares.

La función de las glándulas consiste en secretar moco, con objeto de lubricar el orificio y el conducto vaginal, especialmente durante el coito.

Vagina:

La vagina es un conducto musculomembranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero y se encuentra entre la vejiga urinaria y el recto.

^{16/} Ibidem., p. 12.

Es el conducto excretor del útero, por el que salen sus secreciones y la menstruación; es el órgano femenino del coito y forma parte del canal del parto. Por delante está en contacto con la vejiga y la uretra, por detrás con el recto.

Aproximadamente la cuarta parte de la vagina se halla separada de la parte terminal del intestino o recto por el fondo del saco peritoneal llamado de Douglas o rectouterino.

La extremidad superior de la vagina es una bóveda en la que sobresale la porción inferior del cuello uterino. La bóveda vaginal se subdivide en fondo de saco anterior, posterior y dos laterales. Los fondos de saco tienen gran importancia clínica, ya que a través de sus delgadas paredes, casi siempre se pueden palpar los órganos pélvicos internos.

La longitud de la vagina es muy variable, ya que puede medir de 6 a 10 centímetros.

La mucosa vaginal tiene un color rosado obscuro, el pH de la secreción vaginal varía según la actividad ovárica. Antes de la pubertad oscila entre 6.8 y 7.2, siendo menor en la mujer adulta, en la cual el pH oscila entre 4 y 5.^{17/}

^{17/} Ibidem., pp. 16-17.

Organos genitales internos.

Utero:

El útero es un órgano muscular cubierto en parte por el peritoneo. Su cavidad está revestida por el endometrio. Durante el embarazo, el útero sirve para recibir, retener y nutrir el óvulo fecundado, que se expulsa durante el parto.

El útero no gestante está situado en la cavidad pélvica entre la vejiga y el recto, y su extremidad inferior sobresale en la vagina. Casi toda su pared posterior se encuentra cubierta de peritoneo, mientras que su porción inferior limita en su parte anterior el fondo de saco de Douglas.

El útero es piriforme y aplanado y consta de dos partes desiguales; una porción superior triangular, el cuerpo y una porción inferior cilíndrica o fusiforme, el cuello.

La cara anterior del cuerpo es casi plana, pero la cara posterior es claramente convexa. Las trompas de Falopio se inician en los cuernos del útero, es la unión del borde superior con el lateral.

El borde superior convexo, comprendido entre los puntos de inserción de las trompas recibe el nombre de fondo uterino. Lateralmente el

útero, por debajo de la inserción de las trompas, no está cubierto directamente por el peritoneo sino que recibe la inserción de los ligamentos anchos.

El útero es variable en cuanto a forma y tamaño según la edad y número de partos. En las niñas mide de 2.5 a 3 centímetros de longitud, en las adultas nulíparas mide de 5.5 a 8 centímetros de longitud y en las multiparas mide de 9 a 9.5 centímetros. El útero de las nulíparas y de las multiparas, presentan también considerables diferencias en peso, ya que oscilan en las primeras, entre 45 y 70 g. y en las últimas de 80 g. o algo más.

Cuello uterino:

El cuello es la porción del útero situada por debajo del istmo y del orificio interno. La inserción de la vagina lo divide en las porciones supravaginales y vaginal.

La cara posterior de la porción supravaginal está cubierta por el peritoneo, mientras que sus caras laterales y anterior están en contacto con el tejido conjuntivo de los ligamentos anchos y de la vejiga. La porción vaginal del cuello hace prominencia en la vagina, y su extremo inferior constituye el orificio externo.

El orificio externo tiene un aspecto muy variable en la mujer nulipara, es una pequeña abertura oval regular. Tiene la consistencia de cartílago nasal.

Después del parto, el orificio se convierte en una hendidura transversa que divide el cuello en los llamados labios anterior y posterior.

19/

Cuerpo uterino:

La pared del cuerpo uterino consta de tres capas:

1. Serosa
2. Muscular
3. Mucosa.

La capa serosa está formada por el peritoneo, que recubre el útero, al que está firmemente adherido, excepto por encima de la vejiga y en los bordes, donde se desvía hacia los ligamentos anchos.

La capa interna o mucosa, que sirve de revestimiento a la cavidad uterina, es el endometrio. Consiste en una membrana delgada, aterciopelada, de color rosado que si se examina con detenimiento, se ve perforada por un gran número de pequeños orificios que corres-

ponden a las glándulas uterinas. El espesor del endometrio es muy variable, pudiendo medir desde 0.5 hasta 3 a 4 mm., ésto se debe a las constantes modificaciones cíclicas durante el período reproductor de la vida.

Ligamentos del útero:

El útero está sostenido en su posición normal por seis ligamentos, constituidos por repliegues peritoneales que contienen en su interior las formaciones ligamentosas. Los ligamentos uterinos, pares y simétricos, son los ligamentos anchos, redondos y los uterosacros.

1. Ligamentos anchos:

Son dos estructuras en forma de alas que se extienden desde los bordes laterales del útero hasta las paredes de la pelvis y dividen a la cavidad pélvica en los compartimientos anterior y posterior.

Cada ligamento ancho está formado por un repliegue de peritoneo que encierra diversas estructuras y tiene los bordes superior, lateral, inferior y medial.

Los dos tercios del borde superior forman el mesosalpinx, al que está unida la trompa de Falopio. El tercio externo forma el ligamento infundibulopélvico (ligamento suspensorio del ovario). La porción del

ligamento ancho que se sitúa por debajo de la trompa de Falopio es el mesosalpinx.

2. Ligamentos redondos:

Son dos bandas musculares redondeadas que nacen a cada lado de la pared lateral del fondo, un poco por debajo y por delante de la inserción de la trompa.

Se dirigen hacia afuera, entre las dos hojas del ligamento ancho, describiendo una curva, y llegan al orificio inguinal interno, para pasar a través de él y terminar en la porción superior del labio mayor. ^{20/}

En la mujer no embarazada el diámetro del ligamento redondo oscila entre 3 y 5 mm. Se compone de tejido muscular liso, que se continúa directamente con el de la pared uterina, su función sería evitar el desplazamiento del útero hacia atrás.

Durante el embarazo experimenta una considerable hipertrofia.

3. Ligamentos uterosacros.

Se extienden desde la porción posterior y superior al cuello uterino, circundan el recto y se insertan en las fascia que cubre la II y III vértebras sacras. Se compone de tejido conjuntivo y muscular y es-

tán recubiertos por el peritoneo. Forman los límites laterales del fondo de saco de Douglas y ayudan a mantener el útero en su posición normal al ejercer tracción sobre el cuello.

Posición del útero:

La posición normal del útero es en ligera anteflexión. Cuando la mujer está en posición erecta, el útero permanece casi horizontal y algo doblado sobre su cara anterior, de manera que el fondo uterino descansa sobre la vejiga mientras que el cuello mira hacia atrás en dirección a la punta del sacro, con su orificio externo a la altura de las espinas isquiáticas. La posición del útero varía según el grado de distensión de la vejiga y del recto.

El útero normal es un órgano dotado de cierta movilidad. El cuello se mantiene fijo, pero el cuerpo tiene libertad de movimientos en el plano anteroposterior. Por consiguiente, la postura y la gravedad determinan, en cierto grado, la posición del útero. Es probable que la anteflexión del útero se deba a la inclinación de la pelvis hacia adelante en la posición erecta.^{21/}

Riego sanguíneo:

La irrigación vascular del útero procede principalmente de las arterias uterinas y ováricas. La arteria uterina, rama principal de la

21/ Williams, op.cit., p.23

hipogástrica, después de descender un corto trecho penetra en la base del ligamento ancho, cruza el uréter por encima y continua hacia el borde lateral del útero. Antes de llegar a la porción supravaginal del cuello, se divide en dos ramas. La arteria cervicovaginal, riega la porción inferior del cuello y la porción superior de la vagina.

La rama principal tuerce brúscamente hacia arriba y sigue a lo largo del borde uterino en forma de vaso sinuoso, una de cuyas ramas, de gran tamaño irriga la porción superior del cuello y numerosas ramificaciones más pequeñas penetran en el cuerpo uterino. Poco antes de llegar a la trompa, se divide en tres ramas terminales: la fúndica, la tubárica y la ovárica se anastomosa con la rama terminal de la arteria ovárica; la tubárica, que pasa por el mesosalpinx, riega la trompa y la rama fúndica se distribuye por la porción superior del útero.

La arteria ovárica es una rama de la aorta que penetra en el ligamento ancho a través del ligamento infundibulopélvico. Al llegar al ilio, del ovario, da varias ramas pequeñas que penetran en el ovario, mientras que el tronco principal atraviesa el ligamento ancho en toda su longitud y continúa hasta la porción superior del borde uterino, donde se anastomosa con la rama ovárica de la arteria uterina.^{22/}

^{22/} Quiroz Gutiérrez, Fernando; op.cit., pp. 324-325.

Trompas de Falopio:

Son dos conductos musculomembranosos encargados de transportar los óvulos desde el ovario hasta el útero.

Tiene de 11 a 12 centímetros de longitud y, desde el punto de vista descriptivo, puede dividirse en cuatro partes:

1. La porción intersticial, es la parte estrecha incluida dentro de la pared muscular del útero, en la que penetra la trompa para llegar a la cavidad uterina.
2. El istmo, es la porción estrechada de la trompa próxima a la inserción de ésta en el cuerpo uterino.
3. Ampolla, es la parte media, más ensanchada.
4. El tercio distal, más o menos constituye el pabellón, que tiene aspectos infundibuliformes, y cuyos pequeños orificios se encuentran rodeados de franjas terminadas en punta o fimbrias.

La musculatura tubárica experimenta constantemente contracciones rítmicas, cuya frecuencia varía en los períodos del ciclo menstrual.

Las contracciones alcanzan el máximo de frecuencia e intensidad durante el transporte del óvulo y son lentas y débiles durante el embarazo.

Ovarios:

Los ovarios son glándulas genitales de la mujer, son dos formaciones ovoides, situadas a cada lado de la pelvis, por debajo de las trompas; son glándulas mixtas cuya secreción externa origina los óvulos, y cuya secreción interna genera las hormonas ováricas, que intervienen en la producción de los caracteres sexuales secundarios en la mujer.

Son de color rosa pálido en la niña y rosado en la mujer adulta, color que aumenta de intensidad durante el período menstrual. En la mujer adulta alcanza un peso de 8 gr., en estado de reposo, pero después del período menstrual disminuye su peso en uno y hasta dos gramos. Su consistencia es firme.

El ovario posee, como medio de fijación, cuatro ligamentos:

1. Ligamento lumboovárico
2. Ligamento uteroovárico
3. El mesoovario
4. Ligamento tuboovárico. ^{23/}

1.2 Patología de la miomatosis uterina.

El mioma uterino es un tumor miometrial benigno, esferoide, de co-

lor rosado y consistencia firme, de la serie mesenquimatosa, formada por fibras musculares lisas (lisomiomas).^{24/}

El 20% de la totalidad de las mujeres que pasan de los 35 años presentan estos miomas. Este padecimiento es causa de aproximadamente el 10% de los problemas ginecológicos.

Esta neoplasia suele presentarse más frecuentemente en las mujeres nuliparas, en personas de piel oscura y se observa con mayor frecuencia entre los 30 y 45 años de edad.

Después de la menopausia no suelen presentarse nuevos tumores, y los ya existentes disminuyen de tamaño, aunque no desaparecen.

Cuando crecen después de la menopausia es señal de que hay una degeneración secundaria de cualquier naturaleza, esto siempre hace sospechar de una transformación sarcomatosa.^{25/}

Los miomas uterinos pueden ser únicos, o lo que es más frecuente múltiple. Su tamaño puede ser microscópico o alcanzar proporciones descomunales, pudiendo pesar hasta 45 kilos o más.

Su estructura es densa, se encuentran bien encapsulados y forman nódulos pequeños o grandes que pueden separarse de la pared muscular del útero.

^{24/} Benson C., Ralph; Manual de ginecología y obstetricia, p. 556

^{25/} Novak, Edmundo; op.cit., p. 362.

El útero puede tener muchos miomas en diferentes etapas del desarrollo y degeneración. Se han encontrado enfermas de miomatosis con varios cientos de tumores, y se encuentran miomas solitarios en sólo el 2% de ellos.

Cada tumor está limitado por una pseudocápsula, lo cual favorece su enucleación, los vasos sanguíneos están por la periferia y arborizan dentro del tumor.

Localización:

Los tumores pueden localizarse en el cuello o en el cuerpo del útero, siendo esta última modalidad la más común, cuando alcanzan gran tamaño comprimen la vejiga pudiendo provocar retención urinaria por bloqueo de la uretra.^{26/}

Tipos:

Tomando como base la posición que pueden ocupar los miomas en las distintas capas que forman la pared uterina se dividen en tres grupos:

1. Tumores submucosos:

Se desarrollan inmediatamente por debajo del endometrio, desplazando

26/ Krupp A., Marcus, et.al.; Diagnóstico clínico y tratamiento, p. 515.

lo a medida que aumenta de tamaño. Constituyen el 5% de la totalidad de los miomas, son mucho más propensos a producir hemorragias profusas y necesitan histerectomía aunque sean pequeños.

El peligro de degeneración sarcomatosa, también es mayor en este grupo. La mucosa de revestimiento se vuelve atrófica y se ulcera. Algunos tumores submucosos, aún los de gran tamaño, son sésiles, otros se pediculizan a consecuencia de la acción repulsiva del músculo uterino y pueden hacer profusión por el cuello e incluso por la vagina.

2. Miomas intersticiales:

Son los que se encuentran situados en la pared muscular, no muy cerca de la mucosa o de la serosa. Si son de gran tamaño y múltiples, dan lugar a un gran aumento de volumen del órgano al cual imprimen un contorno y una consistencia nodular notable.

3. Tumores subserosos o subperitoneales.

Al igual que los submucosos, pueden ser sésiles o pediculados. A veces grandes vendas que recubren la superficie del fibroma se rompen y causan hemorragia intraperitoneal masiva.

Por lo regular los tumores subserosos se desarrollan entre los repliegues del ligamento ancho (mioma intraligamentosos), llegando a

comprimir el ureter y los vasos ilíacos.

1.3 Etiología.

Nada definido se sabe acerca de la etiología de los miomas uterinos, aunque se ha comprobado que histológicamente proceden de tejido muscular.

La mayor parte de los investigadores aceptan la opinión de Mayer, quien sostiene que no se originan de elementos maduros sino de células inmaduras.^{27/}

Los estrógenos tienen una doble acción sobre el mioma, actúan directamente sobre él estimulando la mitosis, y en forma indirecta, mejorando la irrigación del miometrio en el cual se desarrolla y al que parasita.

No se ha encontrado ninguna explicación de por qué se presentan en unas mujeres y en otras no, aún sabiendo que el estrógeno se produce en todas. Ocurre también que gran número de mujeres con miomas ovulan produciendo progesterona supuestamente más o menos antiestrógena y antitumorígenas.

Los miomas del cuello no tienen estrógeno dependencia o si tienen es

^{27/} Novak, Edmundo; op.cit., p. 336

mínima, puesto que no involucran con el cese de la actividad endócrina del ovario.

1.4 Evolución.

El mioma tiene un desarrollo autónomo e indefinido y además lento, pues se trata de un blastoma benigno cuyo crecimiento depende funcionalmente de la irrigación y del nivel de estrógeno circulante.

Otros factores pueden hacer variar su ritmo de desarrollo, aumentándolo rápidamente cuando la multiplicación celular se acelera por transformación sarcomatosa o si por fenómenos degenerativos se producen cavidades quísticas en la masa tumoral.

Es frecuente que en el curso de la evolución de los miomas aparezcan complicaciones, la mayoría de ellas son resultado de transformaciones nutricias.

Esto se observa principalmente en los submucosos y subserosos. En los primeros las contracciones uterinas que tienden a expulsarlos estiran el pedículo y lo adelgazan, con lo que la nutrición se resquebraja y aparecen los fenómenos degenerativos como son: ^{28/}

1. Degeneración hialina
2. Reblandecimiento quístico
3. Calcificaciones
4. Necrosis.
5. Transformación sarcomatosa.

La atrofia es el único fenómeno degenerativo favorable para la paciente. Esta atrofia se trata de una involución con reducción de volumen más o menos marcado, lo que depende fundamentalmente del tejido conjuntivo presente en el tumor. Los que tienen gran cantidad de tejido conjuntivo se atrofian poco, mientras que los constituidos por fibras musculares disminuyen de tamaño en forma apreciable. La atrofia del mioma se comprueba regularmente en la menopausia.

La degeneración hialina. Es la más frecuente de todas las modalidades secundarias, se ve en distintos grados en casi todos los miomas.

Esta degeneración puede afectar extensas zonas del tumor, o pueden presentarse en forma de hebras y largas columnas que se comunican entre sí y parecen desgarrar los haces musculares.^{29/}

Reblandecimiento quístico. Este reblandecimiento se caracteriza por

^{29/} Calatroni J., Carlos, et.al.; Ginecología, p. 324.

la aparición de cavidades de tamaño variado, llena de líquido gelatinoso con alto contenido en proteínas. La degeneración quística se observa en el 8 - 10% de los miomas.

Calcificación. Se presenta casi siempre que hay un trastorno circulatorio, como ocurre en los miomas de las mujeres de edad. Los depósitos de carbonato, fosfato y sulfato de calcio pueden hacerse en la superficie tumoral a la manera de una cámara o en el interior del mioma, tanto en forma dispersa o compacta, esta última constituye una masa dura de consistencia petrea.

Necrosis. Se debe por lo general a trastornos del riego sanguíneo o infección grave. Se observa en los miomas pediculados, ya sean subserosos o submucosos, porque en ellos la nutrición a través del pedículo es lo que con más frecuencia se compromete por torsiones.

La torsión del pedículo es más fácil cuando es largo y el volumen y el peso del tumor es mayor.

La consecuencia es la necrosis con infarto hemorrágico constituyendo así el mioma rojo por su color. La necrosis se presenta en un 10 a 12% de los miomas, pero sólo en un 3 a 4% de ellas es total.

Infección. Se presenta sobre todo en los miomas submucosos, por lo general se trata de infecciones sépticas, exógenas y ascendentes. La

necrosis previa favorece la infección, ya que se trata de zonas de menor resistencia por los tejidos afectados y las bacterias que provienen de los procesos genitales y extragenitales pueden colonizar en ese lugar de escasa defensa y producir supuración con desagradables consecuencias.^{30/}

1.5 Signos y síntomas.

Muchos miomas evolucionan sin originar síntomas y éstos son descubiertos por azar al realizar algún examen clínico o genital, motivado por molestias ajenas al tumor.

También puede suceder que una mujer con un mioma tenga síntomas genitales provocados por un proceso dependiente del mioma, como es una metrorragia causada por una hiperplasia endometrial por ciclos monofásicos prolongados, asociados con un mioma subseroso asintomático.^{31/}

Los síntomas provocados por el mioma son variables y dependen de la localización, volumen, alteraciones nutricias o degenerativas o transformación maligna.

30/ Calatroni J., Carlos; op.cit., p. 325.

31/ Ibidem., p. 325

Los miomas originan síntomas generales y locales, dentro de los que se encuentran los siguientes:

1. Tumoración palpable:

En muchos casos, la paciente consulta al médico por notar un abultamiento a nivel de bajo vientre, o, si se trata de un tumor de gran tamaño, un aumento general de todo el abdomen.^{32/}

2. Sangrado endometrial anormal:

El sangrado endometrial anormal es la manifestación clínica más importante de los miomas.

El sangrado es debido a la pérdida de la efectividad contráctil del miometrio, ya que los núcleos tumorales actúan como cuerpos extraños alterando la estructura muscular de útero e impidiendo una contracción uniforme.^{33/}

El sangrado de un mioma submucoso, aparentemente se debe a la torsión y confusión de los vasos circundantes o ulceración del endometrio. Es más frecuente que la paciente tenga menstruación prolongada intensa, pero también puede desarrollar cualquier variante de todos los tipos de sangrado anormal.

^{32/} Novak, Edmundo; op.cit., p. 368.

^{33/} Calatrono J., Carlos; op.cit., p. 325.

Los grados menores de metrorragia pueden presentarse en pacientes con un tumor que tiene zonas de trombosis venosa endometrial y necrosis en sus superficies dependientes, en particular si es pediculado y tiene una protusión parcial a través del conducto cervical.

El sangrado anormal de los miomas con frecuencia produce anemias por deficiencia de hierro el cual se puede volver incontrolable con el tratamiento de hierro cuando el sangrado es intenso y prolongado.^{34/}

3. Dolor:

El dolor no es un síntoma característico del mioma, puede deberse a degeneración en el interior del tumor después de la oclusión circulatoria o de la infección, torsión del pedículo de un tumor subseroso o al esfuerzo contractil del miometrio para expulsar al tumor submucoso del interior de la cavidad uterina.

También se puede pensar que el dolor es ocasionado por una inflamación pelviana o una endometriosis pelviana concomitante, así como a diversas causas genitourinarias o gastrointestinales.

Los miomas submucosos primitivos o secundarios, totales o parciales, obligan al miometrio a una actividad contráctil prolongada. En los tumores de gran tamaño o en los que se encuentran enclavados en

^{34/} Benson, Ralph; op.cit., p. 246.

la pelvis, el dolor resulta de la compresión ejercida sobre los troncos nerviosos, con irradiación a espalda y extremidades inferiores.

35/

Efectos de compresión:

Se produce cuando el mioma, por su volumen y localización actúa sobre órganos o estructuras vecinas. La compresión de la uretra o vejiga origina retención parcial o total de la orina, tenesmo, disuria, polaquiuria; la del recto ocasiona brotes hemorroidales, estreñimiento, tenesmo; la del ureter puede ocasionar uronefrosis, a veces asintomática y sólo demostrable por la urografía.

Los síntomas de compresión se observan en los miomas subserosos pelvianos, sean o no intraligamentosos.

Signos físicos:

Palpación abdominal. En algunos casos puede establecerse el diagnóstico de presunción del mioma uterino, al palpar el tumor a través de la pared abdominal. Estos tumores son de consistencia dura, de contornos nodulares e irregulares, móviles, a menos que por su tamaño ocupen la totalidad del abdomen y no son dolorosos.

Palpación pelviana bimanual. En muchos casos el diagnóstico de mioma es muy fácil, especialmente con intestino y vejiga vacíos. Entre los dedos exploradores introducidos en la vagina y la mano libre, pueden percibirse una o varias excrecencias nodulares sobre la superficie uterina muchas veces es necesaria la exploración bajo anestesia.

36/

Datos de laboratorio:

Se puede presentar anemia como resultado de sangrado uterino excesivo y disminución en la reserva de hierro. Algunas pacientes presentan eritrocitosis. Se ignora la causa, pero el hematócrito retorna a valores normales después de la extirpación del útero.

Puede haber leucocitosis y elevación de la eritrosedimentación en los casos de degeneración aguda o de infección. También puede haber fiebre si los miomas se infectan.

Datos radiológicos:

Los tumores grandes aparecen como masas de tejido blando en las radiografías de la pelvis y el abdomen inferior, sin embargo, la atención muchas veces se enfoca a un mioma por la calcificación dentro del tumor.

Exámenes especiales:

La histerograffa o la histeroscopia pueden ser de ayuda para identificar un mioma submucoso en la paciente estéril.

La neumograffa pélvica o la ultrasonograffa ayudan a distinguir una masa pélvica en la paciente obesa.^{37/}

1.6 Diagnóstico.

El diagnóstico del mioma se funda en la comprobación de un útero aumentado de tamaño que conserva su forma si el núcleo es intersticial y con un desarrollo centrífugo uniforme o deformado si el blastoma es subseroso.

En pacientes que relajan sus paredes abdominales y éstas no son muy gruesas, es posible reconocer el aumento de consistencia de ciertos sectores de la matriz agrandada cuando las pacientes son obesas y no tienen la facilidad de relajar sus músculos abdominales, el examen pélvico realiza bajo anestesia.

La diversidad de localizaciones, número y características del mioma imposibilita una descripción de conjunto, aunque para el diagnóstico es suficiente reconocer que el tumor forma parte o está vinculado

^{37/} Benson, Ralph; op.cit, p. 246.

con el cuerpo o cuello uterino.

En los miomas subserosos se palpa el o los nódulos que deforman la superficie del órgano. Los submucosos se hacen evidentes cuando asoman a través del conducto cervical.^{38/}

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial debe plantearse con el embarazo, los tumores ováricos, los procesos anexiales inflamatorio y la endometriosis. El diagnóstico diferencial con el embarazo es sencillo, puesto que falta la característica táctil de la gestación, el reblandecimiento del órgano. Si en el mioma se han producido lesiones degenerativas que lo reblandecen hay dudas para establecer el diagnóstico, más aún cuando el mioma por su volumen dificulta la circulación de retorno y ocasiona reblandecimiento del cuello y cianosis del introito por hiperemia secundaria.

Los quistes ováricos tensos, los tumores o las masas inflamatorias tuboováricas induradas, pueden confundirse con miomas subserosos. El aumento de tamaño del útero por embarazo, cáncer, adenomiosis, hipertrofia del miometrio subinvolución, anormalías congénitas, o anexos adherentes puede ser erróneamente atribuido al mioma.

^{38/} Calatroni, J. Carlos; op.cit., p. 326.

Debido a que puede haber un feto dentro del útero miomatoso, deberá hacerse una prueba de embarazo a todas las mujeres en edad reproductora. El sangrado anormal recurrente puede ser causado por cualquiera de las diferentes afecciones que trastornan al útero.

La hiperplasia, pólipos, sangrados disfuncionales (no orgánicos), carcinoma tubario, neoplasia ovárica, endometriosis, adenomiosis y estrógeno exógenos u hormonas esteroides, todas pueden causar sangrado anormal. El diagnóstico definitivo se puede establecer por un legrado parcial.^{39/}

1.7 Complicaciones.

Mioma y embarazo. Aunque no se sabe si los miomas en sí alteran o no la fertilidad, la miomectomía mejora la oportunidad de concebir en algunas mujeres, después de que se han excluido otras causas de esterilidad.

No se ha demostrado que los miomas aumenten la frecuencia de aborto temprano. Durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, los miomas pueden aumentar de tamaño debido al edema o a la hemorragia y los cambios degenerativos pueden conducir a dolor e hiperestesia localizada.

^{39/} Benson, Ralph; op.cit., p. 247.

Durante el parto, los miomas pueden producir inercia uterina, distosia fetal o bloqueo del conducto del parto. Los miomas pueden bloquear las contracciones uterinas eficaces después del parto y debe anticiparse la posibilidad de hemorragia puerperal.

Complicaciones en mujeres no embarazadas. Las complicaciones más frecuentes de los miomas, es el sangrado profuso con anemia grave o choque.

Es menos frecuente la obstrucción urinaria o intestinal a causa de los miomas muy grandes o parásitos, y la transformación maligna es rara.

Precauciones:

Se debe utilizar con precaución los estrógenos en pacientes posmenopáusicas con leiomiomas. La dosis debe ser la mínima necesaria para controlar los síntomas, el tamaño de los tumores se controla estrechamente con exámenes pélvicos cada seis meses.

1.8 Tratamiento.

La elección del tratamiento depende de la edad de la paciente, su paridad, la presencia o no de embarazo, el deseo de futuros embarazos, su salud general, y los síntomas que refieren así como las di-

mensiones, la localización y el estado de conservación de los leiomiomas.

Medidas de urgencia. Pueden ser necesarias las transfusiones para corregir la anemia. Se puede aplicar paquete globular durante varios días en pacientes con anemia crónica. Está indicado el tratamiento quirúrgico en la torsión aguda o la obstrucción intestinal causada por un mioma pediculado o parasitario.

La miomectomía está contraindicada durante el embarazo, excepto en el caso de un mioma torcido que puede iniciar el trabajo de parto y ocasionar muerte fatal.

Medidas específicas:

1. En mujeres no embarazadas. En la mayoría de las enfermas, los miomas no requieren tratamiento, en particular si no hay síntomas o si la mujer es posmenopáusica. El diagnóstico clínico de mioma debe ser inequívoco y la paciente debe ser explorada cada seis meses para detectar crecimiento significativo no aparente para ella, así como para asegurar al médico de que ha hecho el diagnóstico preciso.
2. En mujeres embarazadas. El tratamiento quirúrgico pondrá en peligro al producto. Si un útero miomatoso no es mayor

que un embarazo de seis meses, alrededor de la decimosexta semana de la gestación, es probable la presencia de un embarazo sin complicaciones.^{40/}

Cuando el mioma es asintomático, el mejor tratamiento es no dar tratamiento, ésto no indica abandonar a la paciente, por el contrario, es indispensable un examen genital cada cuatro meses aproximadamente y un examen citológico anual. Se le hará saber que cualquier problema que presente en ese lapso como son: alteraciones menstruales, dolor, trastornos en la micción, etc., debe consultarlas rápidamente.

Existen indicaciones para actuar en forma activa en miomas que no producen síntomas, ya sea para evitar riesgos futuros o solucionar situaciones determinadas indirectamente por su presencia, estas indicaciones son:

1. Miomas de un volumen superior al que correspondería un embarazo de tres meses, o que sobrepasen por arriba la mitad de la distancia umbilicopubiana, por la frecuencia de los fenómenos degenerativos.
2. Los miomas pediculados cualquiera que sea su tamaño, por la posibilidad de torsiones.

^{40/} Ibidem., pp. 348-349.

3. Los miomas cervicales tienen un desarrollo indefinido y darán síntomas de compresión.
4. Los miomas que tienen un desarrollo muy rápido.
5. Los miomas que plantean dudas diagnósticas con blastomas de ovario.
6. Los miomas que han dificultado partos anteriores o se teme que puedan dificultar a futuros.
7. Los que llevan a la portadora a estados de angustia permanente y no es posible convencerla de la inocuidad del tumor.
8. Los que se asocian con afecciones quirúrgicas concomitantes.
9. Los miomas asintomáticos, sin riesgos futuros, pero en mujeres que viven en lugares alejados y en quienes ocasiona más inconvenientes la observación de un tratamiento activo.
10. Los que en el curso de la observación tienen alteraciones degenerativas o provocan síntomas.

Tratamiento activo:

Está indicado en todos los casos en que el mioma causa síntomas o siendo asintomático se expone a la mujer a los riesgos futuros ya mencionados.

El objetivo terapéutico ideal es la extirpación del tumor, pero esto no siempre es posible, pues exige una intervención quirúrgica y en determinados casos, implica una mutilación cuando junto con el blag toma se debe extirpar todo a partir del útero, sin embargo el tratamiento quirúrgico es el único que logra una curación definitiva.

Cuando el tumor no debe ser extirpado, es necesario recurrir a otros procedimientos como la fisioterapia y el tratamiento hormonal, que suprimen los síntomas y dejan al mioma en el útero, con ello se obtendrá una curación clínica; con las hormonas la curación clínica sólo se logra mientras son administradas, los síntomas reaparecen cuando éstas son suprimidas.

En la miomatosis la hormonoterapia es transitoria, sólo mientras funcione el ovario, con la menopausia la medicación puede suspenderse definitivamente.

Cada uno de los métodos terapéuticos tienen ventajas e inconvenientes, indicaciones y contraindicaciones; de la valoración de cada uno de ellos surgirá cual es el mejor en cada caso, sólo así se indicará el tratamiento de elección.^{41/}

41/ Ibidem., p. 352.

Fisioterapia:

Está indicada en todas las mujeres en las que existen contraindicaciones quirúrgicas absolutas o un riesgo quirúrgico excesivo. El principio general de la fisioterapia está supeditada a ciertas condiciones del mioma, para que este tratamiento tenga buen éxito.

Las condiciones que debe reunir un mioma para ser tratado con rayos X, son:

1. El volumen no debe sobrepasar a un puño de adulto, pues los de mayor tamaño tienen una nutrición que suele ser defectuosa y el déficit nutricio será más acentuado aún después de la irradiación. En esas condiciones es de esperar la aparición de fenómenos degenerativos que pueden ser desagradables.
2. La localización del mioma debe ser intraparietal.

Las condiciones para ser irradiados se dan en un 10 a 12% de los miomas.

Contraindicaciones de la fisioterapia:

Una de las contraindicaciones es la edad de las pacientes, debe evitarse los rayos X antes de los 45 años.

Las contraindicaciones expuestas por el mioma son:

- a. Los miomas subserosos y submucosos, especialmente si son pediculados.
- b. Los que dan síntomas de compresión.
- c. Los miomas dolorosos.
- d. Los que se desarrollan rápidamente.

Antes de iniciar la fisioterapia se debe descartar la posibilidad de un embarazo. La fisioterapia de los miomas puede efectuarse con rayos X o con radio, se optará por uno u otro procedimiento de cada uno de ellos.

La ventaja de la roentgenoterapia es que se trata de un procedimiento ambulatorio, la aplicación es percutánea y no ocasiona ninguna molestia a la paciente.

Tratamiento hormonal:

El tratamiento hormonal está indicado en todos los miomas que se caracterizan por alteraciones menstruales como es la hipermenorrea con polimenorrea o sin ella.

Además de este síntoma, debe reunir las siguientes condiciones:

1. El tamaño del mioma no excederá el de un útero con un embarazo de tres meses o no, debe sobrepasar por arriba de la mitad de la línea umbilicopubiana.
2. El diagnóstico del mioma debe establecerse con seguridad.
3. No debe existir otro proceso concomitante que contraindique el empleo de hormonas.
4. Pueden tratarse los miomas asociados con afecciones susceptibles de beneficiarse con la medicación, como la endometriosis.
5. El mioma debe ser indoloro por medio de la palpación y el tacto.

La medicación hormonal está indicada como tratamiento definitivo en aquellas pacientes que, además de reunir las condiciones expuestas, para el tumor y los síntomas que ocasiona, tienen contraindicaciones quirúrgicas; las que están próximas a la menopausia y en aquellas que por su edad no deben ser castradas.

Si mediante métodos auxiliares de diagnóstico se comprueba que la miomatosis tiene ciclos monofásicos y, en consecuencia, produce pseudohiperpolimenorrea, se prescribirá gestágeno 10 mg.s, diarios vía oral desde el 16o. al 25. día del ciclo.

El gestágeno o la asociación estrógeno-gestágeno, pero con mayor acción antagonica con los estrógenos endógenos, una disminución de la mitosis, con lo que torna más lento el desarrollo tumoral.

Además, cuando se administran por lapsos prolongados, provocan una involución del endometrio, cuya consecuencia es una reducción de la pérdida pseudomestrua al suspender la medicación.

Los resultados de la terapia hormonal son buenos cuando se cumplen sus indicaciones, en más del 85% se logra una curación clínica.

Tratamiento quirúrgico:

Si se tiene presente que un 30% de los miomas no requieren tratamiento activo, que un 15% llenan condiciones para ser tratados con medios físicos u hormonales, se deduce que un 55% son susceptibles a un tratamiento quirúrgico.

La cirugía es el único tratamiento que permite una curación radical y anatómica, ya que extirpa el tumor y es al mismo tiempo conservador, puesto que no interfiere con la función ovárica.

Los miomas no ofrecen por sí mismos ninguna contraindicación absoluta o transitoria, las de la portadora del tumor.

El tratamiento quirúrgico está indicado en:

1. Mujeres menores de 45 años.
2. Miomas voluminosos que sobrepasan la mitad de la distancia umbilicopubiana o el tamaño de un útero con embarazo de tres meses.
3. Miomas que dan síntomas de compresión.
4. Miomas pediculados, ya sean submucosos o subserosos.
5. Miomas cervicales.
6. Miomas complicados (necrosis aséptica o no, torsión del miomas, transformación sarcomatosa, etc.), en algunos de estos casos la intervención tiene carácter de urgente.
7. Miomas que afectan la fertilidad.
8. Miomas que coexisten con afecciones quirúrgicas.
9. Miomas de diagnóstico incierto.
10. Miomas en los que ha fracasado el tratamiento por medios físicos u hormonales.

Las operaciones que pueden efectuarse son: miomectomía, histerec-
tomía parcial o total.

Miomectomía. Es la operación de elección, la intervención se limita a la extirpación del o los blastomas. En los miomas pediculados la operación se reduce a la polipectomía. Si el mioma es subseroso, la polipectomía se efectúa por vía abdominal, si se trata de un mioma submucoso la técnica varía según las características del tumor.

La miomectomía está indicada en todos aquellos casos en los cuales el volumen y el número de los miomas existentes permitan conservar un útero con probabilidades de llevar hasta un término un futuro embarazo.

Histerectomía. Cuando la miomectomía no puede considerarse como el tratamiento de elección por el número y el tamaño de los miomas, es necesario recurrir a intervenciones más amplias, como en la histerectomía parcial o total.

Si no resulta posible conservar la integridad de la función uterina, o si la paciente no desea hijos, o si teniéndolos no quiere más, debe hacerse una histerectomía total.

Para la histerectomía total se optará por vía abdominal en los miomas voluminosos, cuando el diagnóstico es incierto, cuando hay lesiones asociadas como anexitis, apendicitis, etc., cuando el mioma

está o se sospecha que puede estar complicado, cuando se trata de vírgenes o nulíparas con vagina estrecha.

La vía vaginal es la de elección cuando la vagina es amplia y se trata de pacientes muy obesas.^{42/}

1.9 Historia Natural de la Miomatosis Uterina.

Factores del agente: desconocidos, probable alteración de la hormona estrogénica.

Factores del huésped: se presenta en mujeres, en la 3a. y 4a. década de la vida, es más común en las mujeres de raza negra, hay mayor riesgo en las nulíparas.

Factores del medio ambiente: se da en todos los niveles socioeconómicos, tanto en el medio urbano como rural y con escasos recursos para la atención médica.

Horizonte clínico:

Estímulo desencadenante: sangrado uterino anormal.

Cambios anatomofuncionales: tumores submucosos, se desarrollan debajo del endometrio y lo van desplazando a medida que aumentan de

^{42/} Calatroni, J. Carlos; op.cit., pp. 326-332.

tamaño, son los más propensos a producir hemorragias; los miomas intersticiales se encuentran en la pared muscular no muy cerca de la mucosa o serosa, cuando son de gran tamaño o múltiples dan lugar a un aumento del órgano y consistencia nodular notable; los tumores subserosos se desarrollan entre los repliegues del ligamento ancho. éstos llegan a comprimir los vasos ilíacos y el uréter.

Signos y síntomas: tumoración palpable, hipermenorrea, anemia, retención parcial o total de la orina, tenesmo, disuria, hemorroides, estreñimiento.

Limitación del daño: el daño se puede limitar mediante un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. El tratamiento es la histerectomía.

Invalidez o estado crónico: la paciente no podrá embarazarse, habrá esterilidad y probable alteración emocional.

Los tumores causan la muerte cuando no hay un diagnóstico oportuno y se presente hiperpolimenorrea, el cual puede originar un choque hipovolémico.

Período prepatogénico.

Prevención primaria:

Promoción a la salud

Educación higiénica a la población

Dar orientación acerca de la importancia de la visita periódica al médico

Dieta nutritiva y balanceada

Adecuada ingestión de líquidos

Protección específica:

Dar orientación a la población sobre el padecimiento y complicaciones.

Realizar exámenes ginecológicos aproximadamente cada seis meses.

Realizar exámenes médicos inmediatos cuando el sangrado uterino sea abundante, cuando haya sangrado después de la menopausia, cuando se presente dolor pélvico y haya dificultad para la micción.

Período patogénico:

Prevención secundaria:

Diagnóstico y tratamiento oportuno. El diagnóstico se realiza mediante una historia clínica completa, valoración de los signos y síntomas,

realizar exámenes ginecológicos a pacientes mayores de 35 años, hacer estudios complementarios como ultrasonograma, biopsia de endometrio, medición del factor estrogénico, realizar palpación binal en donde se encontrará el útero distorsionado por una o más masas firmes.

El tratamiento puede ser:

Curativo: histerectomía total o parcial.

Paleativo: miomectomía

Hormonales: con mayor acción estrogénica.

No hormonales: la fisioterapia.

Limitación del daño: el daño se puede limitar mediante la hormono-terapia, mientras los ovarios funcionen y en pacientes que por su edad no es aceptable la cirugía o está contraindicada en pacientes próximas a la menopausia.

Tener una estrecha vigilancia médica para descubrir tempranas reci-divas malignas.

Vigilar la respuesta al tratamiento.

Dar fisioterapia a las pacientes mayores de 45 años.

Prevención terciaria:

Rehabilitación: ésto implica la rehabilitación física inmediata para evitar flebitis, estreñimiento y retención urinaria.

Consejos y apoyo moral por parte de pacientes que se han sometido a histerectomía.

Reintegrarse a la vida normal, tanto familiar, social y laboral, lo más pronto posible y en las mejores condiciones.

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

2.1 Datos de identificación

Nombre: L.G.V. Sexo: femenino.

No. de cama: 112

Edad: 25 años

Servicio: ginecología

Fecha de ingreso: 21/XII/85

Estado civil: casada

Escolaridad: profesional

Religión: católica

Ocupación: profesora de educación primaria

Nacionalidad: mexicana

Lugar de procedencia: México, D.F.

2.2 Nivel y condiciones de vida

Ambiente físico:

Características físicas de la habitación: cuenta con buenas condiciones de iluminación y ventilación.

Es casa rentada.

Tipo de construcción: concreto y tabique.

Cuenta con tres habitaciones, cocina y baño.

Servicios sanitarios:

Agua: intradomiciliaria, suficiente para cubrir sus necesidades.

Control de la basura: el control lo realiza diariamente el camión recolector, pasa cada tercer día.

Eliminación de desechos: poseen drenaje, así como baño con W.C.

Iluminación: la calle cuenta con adecuada iluminación.

Pavimentación: cuenta con banquetas pavimentadas.

Vías de comunicación:

Teléfono: existen teléfonos públicos en los alrededores.

Medios de transporte: existe transportación colectiva aceptable.

Recursos para la salud: Instituto Mexicano del Seguro Social, médicos particulares.

Hábitos higiénicos:

Baño: diariamente con cambio de ropa total.

De manos: las veces que sea necesario

Bucal: tres veces al día.

Alimentación:

Desayuno: leche, huevos, fruta y pan

Comida: quisados de verduras y carne, sopa de arroz
agua de fruta y postre.

Cena: leche, pan y el guisado que sobra de la comida.

Eliminación:

Vesical: tres veces al día, por lo general de amarillo
claro.

Intestinal: una vez al día.

Descanso:

Sueño: duerme aproximadamente de 7 a 8 horas diarias

Diversión: la televisión, el cine y el teatro.

Estudio y/o trabajo: trabaja en una escuela primaria como profesora de 4o. año de primaria.

Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Paciente	25 años	Profesora	\$ 65 000.00
Esposo	30 años	Ing. Ind.	\$100 000.00

Tiene dos hijos menores de edad.

Dinámica familiar: existen buenas relaciones familiares.

Dinámica social: su relación con los vecinos y compañeros de trabajo es aceptable.

Comportamiento: aparentemente es tranquila.

Rutina cotidiana: levantarse, afeitarse, desayunar, irse a trabajar, pasar por los niños a la casa de su mamá, llegar a comer y a hacer la comida para el día siguiente, merendar, dormir.

2.3 Problema actual o padecimiento.

Inicia su padecimiento hace aproximadamente 3 días con hipermenorrea, dolor tipo cólico y palidez de tegumentos.

Antecedentes personales patológicos: padeció enfermedades propias de la infancia, tabaquismo y alcoholismo negativos, amigdalectomía a los 7 años de edad.

Antecedentes familiares patológicos: padres vivos aparentemente sanos, dos hijos aparentemente sanos, tío muerto de cáncer de próstata, niega antecedentes diabéticos, cardíacos, hipertensivos, lueticos, fímicos, neurológicos.

Comprensión y/o comentario acerca del problema: la paciente tiene conocimiento de su problema, pero desconoce la terapéutica.

Participación de la paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Toda la familia y principalmente la paciente colaboraron para que su restablecimiento fuera más rápido.

2.4 Exploración física.

Inspección:

Aspecto físico: paciente del sexo femenino de edad, aparentemente igual a la cronológica, con facies de dolor, angustiada, palidez de tegumentos, mucosas orales secas.

Aspecto emocional: la paciente se encuentra preocupada por su problema, ya que no sabe como va a reaccionar después de la cirugía.

Palpación: abdomen globoso, al tacto bimanual, se palpa útero aumentado de tamaño con bordes irregulares.

Percusión: campos pulmonares limpios, zona hepática sin problemas.

Auscultación: cardiopulmonar sin compromiso, peristalsis presente, con adecuados movimientos.

Medición: tensión arterial 90/50, temperatura de 36.5°C, respiración 18 por minuto, pulso de 82 por minuto, peso 65 kilos, talla 1.58 m.

2.5 Datos complementarios.

Exámenes de laboratorio:

Fecha	Tipo	Cifras normales	Paciente	Observaciones
21-XII-85	Biometría Hemática			
	Hemoglobina	12.8-17 g/dl	8.3	Anemia
	Hematocrito	40 - 50 ml/dl	30	Baja
	Leucocitos	5000-10000 mm ³	5 000	Normal
23-XII-86	Biometría H.			
	Hb.		9.5	Anemia
24-XII-86	Hb.		12.3	Normal
	Leucocitos		9 000	Alto (leucocitosis)

Estudios de diagnóstico:

Ultrasonido pélvico. Que reportó lo siguiente: se realizó ultrasonido pélvico observándose útero en anteversión, pelvis con adecuada distensión vesical, se identifica útero de 12 x 4 x 6 de contornos irregulares, sin embargo, su ecogenicidad es heterogénea a nivel de anexo derecho.

2.6 Diagnóstico de enfermería.

Paciente de sexo femenino, de 25 años de edad, bien conformada, orientada en tiempo, espacio y lugar, angustiada, intranquila, con facies de dolor, pálidez de tegumentos, mucosas orales secas, signos vitales con taquicardia de 120 por minuto, hipotensión de 90/50 mmHg, hipertermia de 38.5^oC. Presenta venoclisis con solución glucosada al 5%, la cual se encuentra permeable en MTD y en MTI, se transfunde paquete globular 600 ml.

Presenta herida quirúrgica infraumbilical con bordes hiperémicos, con aumento de la temperatura local y dolor, dehiscencia de herida en su borde distal, con penrose drenando secreción purulenta, no ha presentado evacuaciones, por lo que se observa distensión abdominal.

En miembro pélvico derecho se observa secuela de poliomielitis.

La paciente y sus familiares han colaborado con todo el personal para su tratamiento y su pronta recuperación.

III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

Nombre del paciente: L.G.V.

Fecha de ingreso: 21-XII-85

Sexo: femenino

Edad: 25 años

Servicio: ginecología

Cama: 112

Diagnóstico Médico: miomatosis uterina, descartar quiste torcido de ovario.

Objetivos: restablecer la función hemodinámica del organismo por medio de la planeación y ejecución de los cuidados de enfermería, basados en conocimientos científicos para superar la etapa crítica de la paciente en el menor tiempo posible.

Proporcionar un ambiente favorable durante el proceso de recuperación para facilitar el retorno a su núcleo familiar y social.

Desarrollo del plan:

Problema: Miomatosis uterina.

Manifestaciones clínicas del problema:

Hipermenorrea, hipotensión, dolor.

Razón científica del problema:

El sangrado abundante se debe a la inadecuada contracción del miometrio, ya que los núcleos tumorales actúan como cuerpos extraños e impiden una contracción uniforme.

Durante la hemorragia la disminución del volumen sanguíneo y el gasto cardíaco tiende a originar una baja en la presión sanguínea.

El volumen de líquidos extracelulares, incluyendo el volumen sanguíneo, influye sobre la tensión arterial, la cual es controlada en parte por los riñones.

Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres, están distribuidas en las capas superficiales de la piel y en algunos tejidos internos como las paredes arteriales, también se encuentran de manera difusa en otras más profundas.

Algunas regiones del organismo poseen receptores sensoriales exclusivos para el dolor, en los cuales se encuentran las vísceras del tórax, del abdomen y de la pelvis.

Cuando se bloquea el flujo sanguíneo hacia cierta parte del organismo el tejido isquémico causa dolor.

Acciones de enfermería:

Ministración de líquidos parenterales

Toma y registro de la tensión arterial

Ministración de analgésicos (Dipirona 1 gr. I.V.)

Aplicación de calor local.

Razón científica de las acciones:

La introducción de líquidos gota a gota a través de la vena al torrente sanguíneo, ayuda a hidratar a la paciente y a reponer el plasma sanguíneo.

Los analgésicos tienen acción deprimiendo el sistema nervioso central y sobre las vías corticotalámicas y zonas perceptivas del cerebro, causando una reducción en la sensación del dolor.

Los analgésicos inhiben la acción de la ciclo-oxigenasa inhibiendo de esta manera la síntesis de las prostaglandinas.

El calor alivia el dolor causado por contracción de fibras musculares aumenta la circulación en una zona determinada, alivia el dolor que produce la isquemia.

Evaluación de las acciones:

La tensión arterial aumentó a 110/70 a las 4 horas, por lo que la paciente sintió mejoría, ya que también el dolor cedió a las 2 horas.

Problema Anemia

Manifestaciones clínicas del problema:

Palidez de tegumentos

Disnea

Razón científica del problema:

La disminución en la cantidad de eritrocitos, secundaria al sangrado, causa una baja en los niveles de hemoglobina, las cuales son responsables de la coloración de los tegumentos.

El color sonrosado de la piel normal depende de la presencia de sangre en los vasos sanguíneos superficiales, al disminuir el riego arterial aparece palidez.

La cantidad de oxígeno que puede ser transportado por determinado volumen de sangre, depende de la cantidad de hemoglobina que contengan los eritrocitos.

La anemia reduce la capacidad que tiene la sangre para transportar oxígeno.

Acciones de enfermería:

Observar el grado de palidez que presenta la paciente y avisar al médico cualquier alteración.

Transfusión sanguínea (paquete globular 1 200 ml).

Verificación del tipo sanguíneo y Rh.

Permanecer con la paciente por lo menos durante 10 minutos después de iniciada la transfusión.

Posición semifowler.

Razón científica de las acciones:

El grado de palidez indica la evolución del padecimiento, ésto dará una pauta para el tratamiento.

El reponer el número de glóbulos rojos, principalmente va a permitir una mejor oxigenación y la recuperación parcial de las funciones normales del organismo.

La atención meticulosa, lo más detallada posible, es necesaria para evitar la administración de sangre equivocada al paciente, lo cual puede causar una reacción mortal.

Los síntomas de una reacción desfavorable suelen manifestarse durante la infusión de los primeros 50 a 100 ml., de sangre, si se detiene tempranamente la transfusión, rara vez se presentará necrosis renal aguda y muerte.

La posición semifowler permite la expansión de los músculos de la respiración y así favorece la ventilación pulmonar.

Evaluación de las acciones:

La transfusión es un procedimiento efectivo para elaborar la concentración de hemoglobina en la paciente, ésta aumentó de 8.3 g/dl a 12.3 a las 72 horas, después de la transfusión.

Problema: Histerectomía abdominal (herida infectada)

Manifestaciones clínicas del problema:

Herida quirúrgica intraumbilical

Dolor en la herida

Hipertermia

Escalofríos

Bordes de la herida hiperemicos

Dehiscencia de la herida en el borde distal

Salida de secreción serohemático.

Razón científica del problema:

La histerectomía es una cirugía en la cual se extirpa el útero, lo cual puede ser total o parcial.

Las células lesionadas liberan enzimas proteolíticas que estimulan a los receptores para el dolor.

La dilatación local de los vasos sanguíneos y el aumento consecuente del riego en la zona lastimada causa dolor.

La fiebre actúa como mecanismo de defensa ante la infección creando una temperatura indeseable, para la supervivencia, aumentando el metabolismo celular para incrementarla.

Durante la sepsis hay una producción elevada de catecolaminas que actúan directamente en las células corporales, al igual que en el sistema nervioso central, aumentando la producción de calor.

La estimulación simpática produce vasoconstricción a nivel de la piel y elevación de los folículos pilosos, lo cual tiene un efecto aislante y produce la llamada piel de gallina.

El principal centro motor de los escalofríos se localiza en el hipotálamo posterior, envía impulsos hasta los músculos estirados y aumenta su tono, cuando éste aumenta llega a ciertos límites los músculos se contraen involuntariamente.

La infección es un proceso en el cual un agente infeccioso penetra el organismo, crece y se multiplica dentro de él.

Cuando se dañan los tejidos una cantidad mayor de sangre se desvía hacia dicha zona y las células lesionadas liberan ciertas sustancias que promueven la degeneración de los tejidos.

La dehiscencia es la separación de los bordes de la herida sin profusión de órganos, se debe a que las suturas se debilitan y la cicatriz no tiene la fuerza necesaria para conservar unidos los bordes.

El término purulento quiere decir que la secreción tiene pus, el cual puede ser blanco, amarillo, rosado o verde, según el germen infectante, suele ser denso, de olor desagradable.

Acciones de enfermería:

Antibioticoterapia (penicilina sódica cristalina 5 millones I.V. cada 4 horas).

Toma y registro de la temperatura, manejando la curva térmica.

Control térmico por medios físicos.

Mantener a la paciente con ropa ligera.

Ministración de antipiréticos.

Arropar y cubrir sólo lo suficiente para el bienestar de la paciente cuando se presenta escalofrío.

Vigilar las características y los cambios que sufre la herida.

Curación diaria con soluciones antisépticas.

Cubrir la herida con apósitos estériles y sostenerlos por medio de vendaje abdominal.

Vigilancia de la salida de secreción a través del penrose.

Cambios de apósitos las veces necesarias.

Razón científica de las acciones:

Los antibióticos bloquean la reacción de transpeptidación final en la síntesis de mucopéptidos de la pared celular (peptidoglucano), y activa enzimas autolíticas en la pared celular; esta reacción da por resultado la muerte celular.

La temperatura corporal es el equilibrio entre el calor producido por los tejidos y la pérdida de calor hacia el ambiente.

El frío inhibe la formación y absorción de toxinas de origen bacteriano.

La piel está provista de terminaciones nerviosas sensitivas para la sensación de calor.

Los antipiréticos disminuyen la fiebre no, al no impedir la liberación de pirógeno endógeno por los leucocitos, sino al inhibir la acción de pirógeno endógeno sobre los centros termorreguladores del hipotálamo.

Al arropar al paciente cuando presenta escalofríos, ayuda a disminuir la molestia del castañear de los dientes y el temblor del cuerpo. Cuando el escalofrío haya pasado, se debe desarropar a la paciente.

Una vigilancia adecuada de la herida nos indicará la evolución que ésta tiene en su proceso de cicatrización hasta el cierre completo de la piel.

La fricción que se hace al limpiar ayuda a remover los gérmenes, los tejidos necrosados y las secreciones que retardan la cicatrización.

La curación diaria ayuda a promover la cicatrización de la herida.

Los apósitos estériles bien colocados y asegurados protegen la herida de todo traumatismo, disminuyen el peligro de contaminación por gérmenes extraños y absorben las secreciones.

La secreción purulenta contiene gran cantidad de electrólitos que deben valorarse, una descripción precisa de la secreción de la herida debe incluir el volumen.

Los apósitos absorben las secreciones, protegen la zona de cualquier traumatismo y restringen los movimientos que pueden interrumpir la aproximación de los bordes de la herida.

Evaluación de las acciones:

Durante el umbral de una fiebre hay un ajuste en el termostato interno del cuerpo a un nivel superior, ésto puede deberse a la presencia de sustancias pirógenas.

En la paciente, la fiebre disminuyó a 37.5°C , la cual estuvo controlada por medios físicos.

Con las curaciones diarias disminuyó la cantidad de secreciones purulentas y al quinto día ya se apreciaba tejido de granulación.

Problema: Alimentación.

Manifestaciones clínicas del problema:

Ayuno de 12 horas antes de la cirugía.

Ayuno después de la cirugía hasta nueva orden.

Razón científica del problema:

El ayuno se inicia generalmente en la media noche, antes de esta hora, la paciente debe beber y comer lo suficiente para conservar su equilibrio de líquidos y electrolitos y proporcione a su organismo los nutrientes necesarios para la cicatrización de la herida.

En el posoperatorio inmediato, por los efectos que producen los anestésicos, se debe evitar la ingestión de alimentos ya que la peristalsis está disminuida.

Acciones de enfermería:

Evitar la ingestión de alimentos vía oral.

Vigilar que la paciente no ingiera nada por vía oral.

Iniciar su alimentación con dieta líquida.

Razón científica de las acciones:

Al no ingerir alimentos antes de la cirugía, evita la posibilidad de vómito y aspiración de contenido gástrico a los pulmones.

La ingestión de líquidos después de la cirugía puede ocasionar náusea y llegar al vómito.

Al iniciar con dieta líquida pura, valorar la tolerancia que tenga la

paciente y dependiendo de ésto se indicará iniciar alimentación con dieta blanda.

Evaluación de las acciones:

Los alimentos se necesitan casi continuamente, pero se deben ingerir de manera que puedan ser absorbidos por el aparato gastrointestinal. La paciente cumplió con las 10 horas de ayuno antes de la cirugía y al iniciar la alimentación la toleró sin problemas.

Problema: Eliminación vésical e intestinal.

Manifestaciones clínicas del problema:

Distensión abdominal

Estreñimiento

Retención urinaria de 6 horas de evolución

Razón científica del problema:

La distensión abdominal proviene de la acumulación de gas en los intestinos, ésto es causado por la incapacidad de dicho órgano para impulsar al peristaltismo gases por el asa.

La manipulación de los intestinos durante la cirugía puede causar distensión posoperatoria, pues el traumatismo causado inhibe temporalmente el peristaltismo normal.

Para que el organismo funcione eficazmente, es necesario que se eliminen los residuos alimenticios, gases y sustancias tóxicas que se encuentran en el conducto gastrointestinal.

El traumatismo operatorio en la región cercana a la vejiga puede disminuir temporalmente la sensación de urgencias de la micción.

Acciones de enfermería:

Introducción de una sonda rectal

Vigilar la motilidad intestinal

Deambulación precoz .

Sondeo vesical.

Razón científica de las acciones:

La sonda rectal se introduce para dilatar el esfínter anal y expulsar los gases acumulados en el recto.

Los movimientos peristálticos en masa impulsan la materia fecal del colon sigmoideo hacia el recto.

La ambulación temprana hace que los pacientes se sientan mejor poco después de la cirugía, la postura erecta facilita la respiración profunda, estimula la circulación de las extremidades inferiores, ayuda a prevenir la retención urinaria, estreñimiento y la distensión abdominal.

Por medio de la sonda, la orina tiende a caer en dirección a la gravedad, pasando de un área de mayor presión a una de menor.

Evaluación de las acciones:

La retención de las heces fecales causa absorción de agua. La paciente al expulsar los gases mejoró, cuando evacuó la molestia desapareció, ya que esta evacuación fue de consistencia formada, la distensión vesical por retención urinaria mejoró también, ya que se le introdujo una sonda.

Problema: Alteración emocional.

Manifestaciones clínicas del problema:

A menudo la paciente se siente intranquila o tiene el sentimiento de algo desagradable. La paciente podrá estar ansiosa, sin darse cuenta que ésto es debido a la preocupación por el abandono de su familia o el temor de que una operación se traduzca a una mutilación corporal la haga menos mujer.

El miedo, son temores irracionales que el individuo es impotente para combatir, aún cuando puede darse cuenta del aspecto emocional de este miedo, con frecuencia se desarrolla en situaciones que son altamente traumáticas.

Es un sentimiento vivo de inseguridad frente a un peligro imaginario o real y cuya ansiedad es variable según las personas y las circunstancias.

Acciones de enfermería:

Establecer una comunicación directa con la paciente, evitando interrumpirla cuando empieza a hablar.

Brindar un ambiente confortable.

Dar preparación psicológica antes de efectuar cualquier procedimiento.

Dar apoyo emocional y brindar confianza.

Orientarla acerca de la cirugía a la cual será sometida.

Razón científica de las acciones:

El dejar hablar a la paciente abre el camino hacia la comprensión del tratamiento y de los problemas que puedan surgir.

El conocer el servicio en donde se encuentra y a sus compañeras de cuarto, la hará sentir más tranquila.

Al estar enterada de los procedimientos que se le van a realizar, la

paciente se sentirá más tranquila y colaborará para que éstos sean realizados sin problemas.

El mantener a la paciente informada e instruirle acerca de su estado, reduce el medio hacia lo desconocido y ayuda a la paciente a dirigir su atención hacia métodos de solución del problema para conseguir su alivio.

El hecho de darle una explicación de lo que se le hará durante la cirugía evitará que la paciente se sienta muy tensa y con miedo.

Evaluación de las acciones:

Las emociones están relacionadas con los acontecimientos diarios.

Ciertas situaciones tienen a evocar determinados sentimientos y generalmente se buscan o se evitan dependiendo del estado físico o psicológico.

Las reacciones emocionales están influidas por el contenido de ideas y los procesos cognoscitivos.

En la paciente el miedo y la ansiedad disminuyeron al estar informada de su situación y conversó con las demás pacientes que se encontraban en su cubículo.

CONCLUSIONES

El mioma uterino se encuentra frecuentemente en la patología ginecológica y su sintomatología en ocasiones aparatosa, conduce a la enferma con el especialista quien decidirá, una vez conformado el diagnóstico, la conducta terapéutica a seguir.

La conducta quirúrgica podrá ser radical, extirpando el útero o conservadora enucleando los fibriomomas. La intención principal por la que se realiza cirugía conservadora es la de preservar, mejorar o hacer posible la reproducción.

La miomectomía se realiza en pacientes jóvenes, de baja o nula paridad. Para someter a histerectomía a una paciente con esterilidad o infertilidad, se debe descartar hasta donde sea posible otro factor responsable.

Cuando los órganos sexuales y maritales son normales, permiten cumplir las esperanzas más caras de la vida, específicamente el matrimonio, y el tener hijos.

Cualquier anomalía o enfermedad de estas estructuras, ya sea congénita o adquirida impone problemas difíciles, esto afecta a las pacientes, no sólo por el problema de salud, sino que también le importa como afectará su enfermedad al marido, a la vida marital y quizá a los hijos.

Cuando la miomatosis uterina se presenta en mujeres jóvenes, en edad reproductiva y que no hay procreado, su tratamiento inicial se hará por medio de medicamentos hormonales, dependiendo del tipo de mioma y en la etapa clínica en que se encuentre, este tipo de tratamiento se realiza con el fin de dar oportunidad a la procreación.

Más, sin embargo, cuando estos sangrados excesivos y persistentes y no ceden con el tratamiento hormonal, se tomarán entonces otras medidas terapéuticas como la miomectomía, siempre buscando la conservación de la capacidad reproductiva.

Si estos dos tratamientos no dan resultado en la mejoría de la paciente y se vea comprometida su vida, a causa del excesivo sangrado, el cual la puede llevar a un choque hipovolémico, se realizará entonces una histerectomía total abdominal, con valoración de anexos, esto no quiere decir que esta medida sea tomada como última alternativa.

La miomatosis uterina provoca alteraciones en el ritmo menstrual, por lo que es importante la vigilancia de cualquier signo o síntomas que se presenten entre los 30 y 40 años de edad.

El tratamiento quirúrgico de urgencia se hará cuando haya torsión aguda u obstrucción intestinal causado por un mioma pediculado o parásito.

Quando los miomas no dan síntomas, lo mejor es no dar tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- BAENA Paz, Guillermina Instrumentos de investigación, 12a. ed., México, Editores Mexicanos Unidos, S.A., 1984, 134 pp.
- BASMAJIAN, John Anatomía humana; 7a. ed., traductor Alejandro Terán, México, Editorial Interamericana, 1977, 438 pp.
- BENSON, Ralph C. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico, 6a. ed., México, El Manual Moderno, 1982, 491 pp.
- BRUNNER, Lilian Sholtis Enfermería práctica, 3a. ed., Traductor Arnulfo Ramos, México, Editorial Interamericana, 1981, 983 pp.
- BRUNNER, Lilian Sholtis Enfermería médico quirúrgica, 3a. ed., Traductor José Rafael Blengio, México, Editorial Médica Panamericana, 1978, 1230 pp.
- CALATRONI, Carlos J. et.al. Terapéutica ginecológica, 7a. ed. Argentina, Editorial Médica Panamericana, 1978, 484 pp.
- COHEN, Jean, et.al. Enciclopedia de la vida sexual de la fisiología a la psicología; Traductor Ignacio Gaos (s.i.), Barcelona, Editorial Argos Vergara, S.A., 1973, 278 pp.
- DU Gas Vervely, Witler Tratado de enfermería práctica; Traductor Antonio Garst, 3a. ed. México, Editorial Interamericana, 1979, 554 pp.
- FACONER, et.al. Farmacología y terapéutica; 3a. ed. Traductor Luz Ma. Mota, México, Editorial Interamericana, 1982, 794 pp.

- FUERST, Elinor V. Principios fundamentales de enfermería; Traductor Esperanza Torres, México, Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1958, 523 pp.
- GOLDMAN, S.L., et.al. Bases farmacológicas de la terapéutica, 3a. ed., México, Editorial Nueva Editorial Interamericana, 1974.
- GUYTON, Arthur Fisiología y fisiopatología básica, Traductor Alberto Folch, 2a. ed., México, Editorial Interamericana, 1979, 689 pp.
- HARMER, Bethea Tratado de enfermería práctica; 5a. ed., México, La Prensa Médica Mexicana, 1974, 1309 pp.
- HOSPITAL Juárez, S.A.A. Atención en la UCI a la paciente gineco-obstétrica; Seminario, México, 1984, 75 pp.
- JUNCEDA, Avello E. Diagnóstico en ginecología y obstetricia; Barcelona, Editorial Jims, 1980, 1336 pp.
- KING, Eunice M. Técnicas de enfermería; Traductor Antonio Garst, México, Editorial Interamericana, 1980, 1336 pp.
- KRON Thora, Manual de Enfermería, traductor Sonia D. de Grenberg, 4a. ed., México, Editorial Interamericana, 1977, 225 pp.
- KRUP, Marcus A., et.al. Diagnóstico clínico y tratamiento, 16a. ed., 1a. reimp. México, El Manual Moderno, 1981, 1337 pp.
- MARRINER, Ann El Proceso de Atención de Enfermería; Traductor Alfonso Téllez 2a. ed., México, Editorial Interamericana, 1983, 325 pp.

- MASCARO, José Ma. Porcar Diccionario médico; 2a. ed., Barcelona, Salvat Editores, 1974, 984 pp.
- NOVAK, Edmundo R., et.al. Tratado de ginecología, 9a. ed., Traductor A. Terán, México, Editorial Interamericana, 1982, 794 pp.
- PELAYO Correa, et.al. Textos de patología, 4a. ed., México, La Prensa Médica Mexicana, 1980, 1162 pp.
- QUIROZ Gutiérrez, Fernando Tratado de anatomía humana, 4a. ed. México, Editorial Porrúa, Tomo III, 1970, 307 pp.
- TORTORA, Gerard J. Anagnostakos Nicholas, Peter Principios de anatomía y fisiología: Traductor Humberto Janer Ruíz (s.i.), México, Editorial Harla, 1977, 628 pp.
- VELAZQUEZ, José M. et.al. Curso elemental de psicología; 29a. ed., México, Cía. General de Ediciones, S.A., 1980, 416 pp.
- YURA, H., et.al. El Proceso de Atención de Enfermería, 1a. ed.; España, Editorial Alhambra, 1982, 222 pp.

ANEXOS

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre: L.G.V.
 Edad: 25 años.
 Sexo: Femenino
 Presenta: Glomerulonefritis
 Fecha de ingreso: 21-III-65
 No. de cama: 112

Diagnóstico de enfermería:

Diagnóstico de enfermería: Mieloma múltiple, descarta quiste intracerebral y cáncer.

Objetivos del plan:

Se aliviará la función fisiológica del organismo por medio de la planeación y ejecución de los cuidados de enfermería, basados en conocimientos científicos para lograr la etapa crítica de la paciente en el menor tiempo posible.
 Se creará un ambiente favorable durante el proceso de recuperación para facilitar el retorno a su núcleo familiar y social.

Partiente del sexo femenino, de 25 años de edad, bien conformada, orientada en tiempo, espacio y lugar, consciente, hidratada, con "frío" de dolor, pérdida de temperatura, tacañas orales rosas, lengua "holera", con temperatura de 129 X°, hipertensión de 90/50 milímetros de Hg. a 23°, presión venocentral con indicación alterada al 75, la cual se encuentra por encima de 100 y en MRI, transferridos paquete glóbulos 489 ml. Presenta herida quirúrgica infraumbilical e infraumbilical, con aumento de la temperatura local y dolor, dolorosa de tacto en el lado distal, con penoso, decaído mental agitado, ansioso, no ha presentado evacuaciones, por lo que se encierra diarrea abdominal, un odómetro péltico sereno se observa actividad de peristaltismo. La paciente y sus familiares han colaborado con todo el personal para su tratamiento y pronta recuperación.

ENFERMEDAD	MANIFESTACIONES DE ENFERMEDAD	FUNDAMENTACIONES CIENTÍFICAS DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES	EFECTOS ESPERADOS
Mieloma múltiple	Hipertensión arterial	El cuadro clínico se debe a la indicada contractura del músculo, ya que los núcleos tumorales actúan como cuerpos extraños e impiden una contractura uniforme. Durante la dormancia, la elevación del volumen sanguíneo y el gasto cardíaco tiende a originar una tala en la presión sanguínea.	Monitorización de líquidos parenterales, vigilando estos contenidos. (solución Hartmann)	La introducción de líquidos extraños, a través de la vena al torrente sanguíneo, ayuda a facilitar a la paciente y a regular el plan terapéutico.	
	Hipertensión de 90/50 milímetros.		Toma y registro de la tensión arterial cada cuatro horas.	El cuadro clínico causa hipertensión y esto da lugar a alteraciones en la tensión arterial.	La tensión arterial aumentó a 110/70 a las cuatro horas.
	Dolor	Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres, están distribuidas en las zonas superficiales de la piel y en algunos casos los plexos simpáticos, también se encuentran de manera difusa en otros tejidos profundos. Algunas regiones del organismo poseen receptores especiales exclusivos para el dolor, en las cuales se encuentran las vísceras del tórax, del abdomen y de la pelvis. Cuando se irrita el fielo empíneo hacia el exterior del organismo el tejido simpático causa dolor.	Monitorización de analgésicos. (Morfina, 1 gr. I.V.) Aplicación de calor local.	Los analgésicos tienen acción depresiva al sistema nervioso central y sobre las vías eferentes y fibras perceptivas del cerebro causando una reducción en la sensibilidad al dolor. Los analgésicos reducen la acción de la eferencia simpática inhibiendo de esta manera la dilatación de las vasos sanguíneos. El calor alivia el dolor causado por contractura de fibras musculares, aumenta la circulación en ese zona disminuida, alivia el dolor que produce la frecuencia.	Con la aplicación del analgésico y el calor local el dolor disminuyó a las dos horas.
Ansia	Falidez de tegumentos.	La disminución en la cantidad de eritrocitos, secundaria al sangrado, causa una tala en los niveles de hemoglobina, los cuales son responsables de la coloración de los tegumentos. El color rosado de la piel normal depende de la presencia de sangre en los vasos sanguíneos superficiales, al disminuir el flujo arterial aparece pallidez.	Observar el grado de pallidez que presenta la paciente y en caso de persistencia alguna alertación avisar al médico inmediatamente. Transfusión sanguínea de 1 200 ml. de paquete glóbulos, para hacer un cuadro rosa.	El grado de pallidez indica la evolución del procedimiento. Esta determinación es una pauta para el tratamiento. El reposar al paciente de glóbulos rojos, principalmente va a permitir una mejor oxigenación celular de los tejidos internos del organismo. La transfusión es un procedimiento efectivo para aliviar la concentración de hemoglobina. La atención cuidadosa, lo más detallada posible, es necesaria para evitar la administración de sangre incorrecta al paciente, lo cual puede causar una reacción mortal. Los sistemas de una reacción desfavorable serán mantenidos durante la infusión de los primeros 50 a 100 ml. de sangre, si no existen tempestivamente la transfusión, más vez se presentará necrosis renal, aguda y muerte. Esta posición permite la oxigenación del feto y así una adecuada ventilación pulmonar. El adecuado intercambio de oxígeno y ácido de carbono, evita que se determinen los cambios vitales del cerebro.	Después de 41 horas de recibida la transfusión, la hemoglobina aumentó 10.9 g.
	Diana	La cantidad de oxígeno que pasa se transporta por determinado volumen de sangre depende de la cantidad de hemoglobina que contiene los eritrocitos. La anemia reduce la capacidad que tiene la sangre para transportar oxígeno.	Posición semiofuerza		Con las medidas empleadas se observó en la paciente una mejoría en la respiración.
	Histerectomía abdominal.	La histerectomía es una cirugía en la cual se extirpa el útero en la cual puede ser parcial o total.			
	Infección	Las células leucocitos filigran a través de los vasos sanguíneos a los receptores para el dolor. La obtención local de los vasos sanguíneos y el aumento momentáneo del flujo en la zona lesionada causa dolor.	Aplicación de ultravioleta con penicilina débil cristalina, 5 millones cada cuatro horas I.V.	Los antibióticos bloquean la reacción de transaportación final en el sistema de macrófagos de la pared celular (peptidoglicano) y otros azúcares azúcares en la pared celular, esta reacción da por resultado la muerte celular.	
	Hipertensión de 90/50°C.	La fiebre actúa como mecanismo de defensa ante la infección creando una temperatura elevada para la supervivencia, aumentando el metabolismo celular para incrementar la producción de cuerpos leucocitos. Su capacidad para regular cuerpos extraños. Durante la fiebre una producción elevada de catecolaminas que actúan directamente en las células capilares al igual que el sistema nervioso central, aumentando la producción de calor.	Toma y registro de la temperatura axilar, cada 15 minutos, manteniendo la curva térmica. Control térmico por medios físicos (aplicación de bolsas de hielo) Mantener a la paciente con ropa ligera y descubierta. Administración de antipiréticos.	La temperatura corporal es el equilibrio entre el calor producido por los tejidos y la pérdida de calor hacia el ambiente. La curva térmica nos indicará las variaciones que tiene la temperatura. El frío inhibe la formación y absorción de toxinas de origen bacteriano. La piel está provista de terminaciones nerviosas sensibles para la sensación de calor. Disminuyen la fiebre no se lo impedir la liberación de pirogenos endógenos por los leucocitos, sino al inhibir la acción de pirogenos endógenos sobre las células termorreguladoras del hipotálamo.	

ENFERMEDAD	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Escalofríos		La vasodilatación simpática produce vasodilatación a nivel de la piel y elevación de los folículos pilosos, lo cual tiene un efecto dilatación y produce la llamada piel de gallina.	Amparar y cubrir sólo lo suficiente para el bienestar máximo.	Falta ayuda a disminuir la molestia del escalofrío de los dedos y el temblor del cuerpo. Cuando el escalofrío haya pasado, se debe desamparar a la paciente.	
Heridas en la herida hiperémica.		La infección es un proceso en el cual un agente infeccioso penetra al organismo, crece y se multiplica dentro de él. Cuando se dañan los tejidos, una cantidad mayor de sangre se desvía hacia dicha zona y las células fagocitadoras liberan ciertos sustancias que promueven la degeneración de los tejidos.	Vigilar las características y los cambios que sufre la herida.	Una vigilancia adecuada de la herida nos indicará la evolución que ésta tiene en su proceso de cicatrización hasta el cierre completo de la piel.	
Contusión de la herida quirúrgica.		En la exposición de las heridas de la herida sin protección de frías, se debe a que los tejidos se debilitan y la cicatrización no tiene la fuerza necesaria para conservar ondas los bordes.	Cuadrición de la herida quirúrgica disimulando con solución antiséptica. Cubrir la herida con apósitos estériles y sostenido por medio de vendaje abdominal.	La fricción que se hace al limpiar ayuda a remover los olores, los tejidos necrosados y las secreciones que rodean la cicatrización. La curación diaria ayuda a promover la cicatrización de la herida. Los apósitos estériles bien colocados y asegurados protegen la herida de todo traumatismo, disminuyen el peligro de contaminación por gérmenes extraños y absorben las secreciones.	
Salida de secreción purulenta.		El último puntado antes de que la secreción tiene pus, el cual puede ser blanco, amarillo, rosado o verde, según el agente infeccioso, suele ser denso, de olor desagradable.	Vigilar la salida de secreción a través del poro. Cambios de apósito las veces necesarias.	La secreción purulenta contiene gran cantidad de microbios que deben volarse, una descripción precisa de la secreción de la herida debe incluir el volumen. Los apósitos absorben las secreciones, protegen la zona que ha sufrido traumatismo y restringen los movimientos que pueden interrumpir la aproximación de los bordes de la herida. Al cambiar el apósito se debe observar las características de la herida y de la secreción. Los apósitos que se humedecen con el drenaje de la secreción es un medio favorable para el cultivo de gérmenes.	Después de dos días de realizar curaciones diarias, la cantidad de secreción disminuye y al 5o, día ya se aprecia tejido de granulación.
Alimentación					
	Ayuno de 12 horas antes de la cirugía	El ayuno se inicia generalmente en la media noche, antes de esa hora la paciente debe beber y comer lo suficiente para conservar su equilibrio de líquidos y electrolitos y proporcionar a su organismo los nutrientes necesarios para la cicatrización de la herida.	Evitar la ingestión de alimentos por vía oral.	Esto ayuda se realiza para evitar la posibilidad de vómitos y aspiración de contenido gástrico a pulmones.	La paciente cumplió con un ayuno de 10 horas.
	Ayuno después de la cirugía hasta nueva orden.	En el posoperatorio inmediato, por los efectos que producen los anestésicos, se debe evitar la ingestión de alimentos ya que la peristalsis está disminuida.	Vigilar que la paciente no ingiera nada por vía oral. Iniciar alimentación con dieta blanda.	La ingestión de líquidos puede ocasionar náuseas y ligeros al vómito. Se inicia con dieta líquida para mejorar la tolerancia que tenga la paciente y dependiendo de ésta se inicia con dieta blanda.	La paciente toleró la vía oral, sin tener problemas de vómito.
Eliminación vesical e intestinal					
	Distensión abdominal.	La distensión abdominal proviene de la acumulación de gases en los intestinos, esto es causado por la incapacidad de dicho órgano para impulsar el peristaltismo gases por el ano. La manipulación de los intestinos durante la cirugía puede causar distensión posoperatoria, pues el traumatismo causado inhibe temporalmente el peristaltismo normal.	Introducción de una sonda rectal.	La sonda rectal se introduce para distar al esfínter anal y expulsar los gases acumulados en el recto.	La paciente se mejoró después de expulsar los gases.
	Estreñimiento	Para que el organismo funcione adecuadamente, es necesario que se eliminen los residuos alimenticios, gases y sustancias tóxicas que se encuentran en el conducto gastrointestinal. Químicamente las heces se constituyen de agua; sales inorgánicas, moco, células epiteliales de la mucosa del canal alimentario, bacterias producto de descomposición bacteriana y partes indigeridas de alimentos no atacados por las bacterias. El traumatismo operatorio en la región cecocolónica a la vagina, puede disminuir temporalmente la sensación de urgencia de la micción.	Vigilar la motilidad intestinal. Desambulación precoz.	Los movimientos peristálticos en masa, impulsan la materia fecal del colon sigmoides hacia el recto. La embulación temprana hace que los pacientes se sientan mejor poco después de la cirugía, la postura erecta facilita la respiración profunda, estimula la circulación de las extremidades inferiores ayuda a prevenir la retención urinaria, estreñimiento y distensión abdominal.	Se presentó evacuación formada con un poco de molestias.
	Retención urinaria de 6 horas de evolución.	El traumatismo operatorio en la región cecocolónica a la vagina, puede disminuir temporalmente la sensación de urgencia de la micción.	Sonda vesical.	Por medio de la sonda, la orina tiende a caer en dirección a la cavidad posterior de una área de mayor presión a una de menor presión.	La paciente mejoró de su malestar.
Alteración emocional					
	Apatía	A menudo la paciente se siente intranquila o tiene un sentimiento de algo desagradable. La paciente podrá estar ansiosa, sin darse cuenta, que esto es debido a la preocupación por el abandono de su familia o al temor de que una operación se traduzca en una mutilación corporal que la haga menos mujer.	Establecer una comunicación directa con la paciente, evitando interrumpirla cuando empiece a hablar. Brindar un ambiente confortable. Dar preparación psicológica antes de efectuar cualquier procedimiento.	El hecho de dejar hablar a la paciente abre el camino hacia la cooperación del tratamiento y de los problemas. El conocer al servicio en donde se encuentra y a sus compañeros de cuarto, la hará sentirse más tranquila. Al estar enterada de los procedimientos que se le van a realizar, la paciente se sentirá más tranquila y colaborará para que todos sean realizados sin problemas.	
	Miedo	Son temores irracionales que el individuo es impotente para combatir, aún cuando puede dar cuenta del aspecto racional de este miedo, con frecuencia se desarrolla en situaciones que son altamente traumáticas. Es un sentimiento vivo de inseguridad frente a un peligro imaginario o real y cuya intensidad es variable según las personas y las circunstancias.	Darle apoyo emocional y brindarle confianza. Dar una orientación acerca de la cirugía.	El mantener a la paciente informada e instruída acerca de su estado, reduce el miedo a lo desconocido y ayuda a la paciente a aceptar su estado hasta sea métodos de solución del problema para conseguir su alivio. El hecho de darle una explicación de lo que se le hará durante la cirugía evita que la paciente se sienta muy temerosa y con miedo.	Después de explicarle brevemente en lo que consistía la cirugía la paciente se mostró más tranquila y cooperadora.

GLOSARIO DE TERMINOS

- ADENOMA:** Tumor mixto, formado por tejido glandular y musculo liso.
- ADHERENCIAS:** Se habla de adherencia cuando entre dos órganos, aparte de los mismos se establecen "puentes", tractos, más o menos extensos de fusión y soldadura que los ligan.
- ANEMIA:** Enfermedad de la sangre caracterizada por el empobrecimiento del número de glóbulos rojos.
- ANSIEDAD:** Estado de ánimo lleno de inquietud, expectación ante un hecho que se espera o se teme a cada momento, como consecuencia lógica de hechos y situaciones precedentes, o como un presentimiento irracional.
- BLASTOMA:** Denominación de tumores como son las neoplasias.
- COITO:** Acoplamiento sexual cuyo fin natural es el de la perpetuación de la especie, mediante la formación de un nuevo ser dotado de vida y que, a su vez, es capaz de reproducirse en edad adulta.

- DISMENORREA:** Es la menstruación irregular y dolorosa.
- DISTOSIA:** Dificultad del parto, sirve para indicar el parto difícil, laborioso.
- DISURIA:** Es la emisión dificultosa de la orina.
- ENDOMETRIO:** Es la mucosa del útero que tapiza las paredes de la cavidad interna del órgano.
- EPIPLON:** Es el repliegue que la membrana peritoneal forma entre una víscera intraabdominal y la contigua.
- ERITEMA:** Es el aumento del número de glóbulos rojos en la sangre circulante.
- ESCALOFRIOS:** Es un fino y rápido temblor que se presenta al exponerse a una corriente de aire frío estando sudado y en algunas enfermedades con accesos febriles.
- EXCRESENCIAS:** Es un término genérico que indica cualquier neoproducción carnosa circunscrita que sobresale del plano de revestimiento cutáneo o mucoso.

- FOLICULOS:** Término genérico e impreciso que se usa para indicar formaciones redondeadas, ovaladas o alargadas de diversas estructuras anatómicas y de función.
- MENOPAUSIA:** Es el fenómeno fisiológico de involución senil del organismo femenino, que consiste en el cese definitivo de las menstruaciones.
- METRORRAGIA:** Es cualquier hemorragia de origen uterino que se produce independientemente y fuera del ciclo menstrual de la maduración ovular.
- NECROSIS:** Es la muerte en el organismo viviente de algunos elementos celulares o grupos de dichos elementos.
- NEOPLASIA:** Es la formación de tejido nuevo, tanto normal como patológico.
- NODULOS:** Es un pequeño relieve bien circunscrito y duro de tejido neoformado.
- NULIPARA:** Dícese de la mujer que no ha parido nunca.

- PARAMETRIO:** Es el tejido conectivo laxo que circunda la superficie externa del útero, y está situado entre las dos hojas del llamado "ligamento ancho".
- PERINE:** Es el conjunto de tejidos blandos que limitan la pelvis con su parte inferior.
- POLICITEMIA:** Es el aumento de glóbulos rojos en la sangre.
- POLIMENORREA:** Es el aumento del número de las menstruaciones, al disminuir el intervalo entre el flujo menstrual y el siguiente.
- POLIURIA:** Es el aumento de la secreción urinaria por parte del tejido renal, con el aumento consiguiente de la micción.
- PUBERTAD:** Es la maduración de las glándulas sexuales para su función procreadora gracias a la iniciación de la producción espermática en el hombre y ovular en la mujer.
- SECRECION:** Es la función biológica de producir y emitir secreciones.

- SEPSIS:** Se denomina sepsis a cualquier proceso de infección local o de una infección sanguínea generalizada.
- URETRA:** Es el conducto por el que se expulsa la orina contenida en la vejiga durante la micción.
- QUISTES:** Son tumores interiormente vacíos, de contenido líquido y de naturaleza y origen diversos.