

00921 a
36

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



P.A.E.

**APLICADO A UNA MUJER CON MIOMATOSIS UTERINA
TRATADA CON HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL
EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :**

ALMA LAURA CERVANTES BONILLA

Nº CTA: 9854408-8

**DIRECTOR DE TRABAJO:
LIC. LORENA RODRIGUEZ RUIZ**



MEXICO, D. F.

MAYO DEL 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

b

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P.A.E

**APLICADO A UNA MUJER CON MIOMATOSIS UTERINA
TRATADA CON HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL
EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

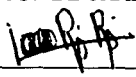
Que para obtener el título de
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

presenta:

ALMA LAURA CERVANTES BONILLA

Nº cta: 9854408-8

DIRECTOR DE TRABAJO



LIC. LORENA RODRÍGUEZ RUIZ

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

México D.F. Mayo del 2003



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por brindarme el espacio adecuado para mis estudios y donde adquirí valiosos conocimientos por parte de maestros y momentos inolvidables con mis compañeros.

Al Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" por todas las facilidades para la aplicación de los conocimientos adquiridos y por la disposición del personal de Enfermería en ser docente.

A Rebequita por ser una persona alegre y accesible, para la implementación del cuidado enfermero; brindarme su amistad y confianza.

A Lorena, mi tutor, por brindarme su conocimiento, dedicación y entusiasmo, por sus correcciones atinadas y por el tiempo dedicado a la elaboración del Proceso Atención de Enfermería.

A la Lic. Carolina Solís Guzmán y a la Maestra Zoila León Moreno, por ser profesionales en el desempeño de su profesión y por brindarme su total apoyo.

DEDICATORIAS

A Martina y Sergio, mis padres, por darme el amor, paciencia, comprensión, confianza, enseñarme el valor de la responsabilidad y darme fortaleza en la debilidad. Por todo ésto quiero decirles que los amo y que le doy gracias a Dios por tenerlos en estos momentos maravillosos.

A mi hermano Armando, por apoyarme en los momentos difíciles, compartirme sus gratos momentos; ayudarme en mis estudios y porque estoy orgullosa de ser su hermana y tenerlo a mi lado con ese corazón tan noble y alegre, que hacen de mí, una mejor persona.

A Alejandra, Ofelia y Erika, puedo confiar en ustedes en momentos difíciles, compartir mis alegrías ya que nuestra amistad se sustenta en el cariño, confianza y respeto.

CONTENIDO

	PAGS.
INTRODUCCIÓN	
1. ANTECEDENTES	1
1.1 Objetivos	2
1.1.1 Objetivo general	2
1.1.2 Objetivos específicos	2
1.2. Metodología	4
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Aspectos generales sobre el Proceso Atención de Enfermería	7
2.2 Modelo conceptual de Virginia Henderson	11
2.3 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino interno	16
2.4 Miomatosis uterina	33
2.5 Histerectomía	54
3. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	61
3.1 Presentación del caso	62
3.2 Historia Clínica	65
3.3 Exámenes preoperatorios	76
3.4 Plan de Atención de Enfermería	79
3.5 Plan de alta	104
3.6 Plan de Cuidados en Domicilio	107
3.6.1 Primer SOVP	107
3.6.2 Segundo SOVP	112
4. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	114
5. ANEXOS	117
6. GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS.	127
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	135

ÍNDICE DE FIGURAS

	PAGS.
FIGURA No. 1 Situación del útero dentro de la cavidad pélvica	19
FIGURA No. 2 Configuración externa del útero	23
FIGURA No. 3 Riego sanguíneo del útero	31
FIGURA No. 4 Ganglios linfáticos del útero	32
FIGURA No. 5 Clasificación de los miomas uterinos	40
FIGURA No. 6 Técnica de miomectomía	50

ÍNDICE DE CUADROS

	PAGS.
CUADRO No. 1 Indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía abdominal	59
CUADRO No. 2 Indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía vaginal	60
CUADRO No. 3 Valores Normales de estudios de laboratorio	77

INTRODUCCIÓN

El presente Proceso Atención Enfermería se ha elaborado con el objetivo de destacar la importancia que tiene el brindar cuidados enfermeros en forma oportuna en una mujer con factores de riesgo. Dicho proceso se llevó a cabo en el Hospital de Gineco-Obstetrica "Luis Castelazo Ayala".

Los miomas son causa del 40% de los abortos y del 10% de los casos de esterilidad. Sin embargo esta patología es benigna si se trata oportunamente ya que después degenera y ocasiona otro tipo de trastornos que pueden llevar a la mujer hasta un estado crítico o la muerte. Además, es frecuente ver un desequilibrio biopsicosocial en las mujeres que son diagnosticadas con esta patología, ya que lo asocian erróneamente con cáncer. Por esta razón el licenciado en Enfermería debe tranquilizar e informar correctamente que estos miomas son benignos y que es necesario un tratamiento oportuno.

Este proceso se ha estructurado en los siguientes capítulos:

En el primer capítulo están los Antecedentes, incluyendo los objetivos y la metodología del objeto de estudio.

En el capítulo dos se presenta el marco teórico en donde se incluyen los aspectos generales sobre el Proceso Atención de enfermería (PAE), el modelo conceptual de Virginia Henderson, la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino que para este fin se describe sólo el interno; también se incluye la patología de miomatosis uterina y los tipos, beneficios y complicaciones de una histerectomía, misma que le fue realizada a Rebeca.

En el tercer capítulo se trata propiamente el PAE comenzando con la presentación del caso, la historia clínica de enfermería bajo la influencia de las 14 necesidades de Virginia Henderson, los estudios de laboratorio que se realizaron, el plan de atención y el alta del hospital, así como dos SOVP que fueron aplicados en su domicilio.

Los últimos capítulos del proceso, lo ocupan las conclusiones y sugerencias, anexos, glosario de términos y abreviaturas, así como la bibliografía que están ubicados en el cuarto, quinto, sexto y séptimo respectivamente.

PAGINACION DISCONTINUA

1. ANTECEDENTES

El mioma, es el tumor benigno que con mayor frecuencia se desarrolla en el aparato reproductor femenino. Se observa en el 20 a 25% de las mujeres en edad adulta entre los 35 y 54 años de edad y también es la causa más frecuente de histerectomía, generalmente a causa de la hemorragia intensa, aun en la mujer joven la miomectomía implica riesgos como la pérdida del útero y por tanto su capacidad reproductiva. Los miomas pueden ocasionar problemas durante el embarazo y parto, confundir posibles diagnósticos, como menopausia o simplemente enmascarar neoplasias en donde la mujer se enfrenta a dificultades económicas por el costo elevado de una quimioterapia y que sin el tratamiento adecuado la llevan a la muerte. Es por esto que aunque es una patología común en el área de la ginecología, es importante que enfermería conozca a detalle, para poder dar los cuidados específicos a la mujer con problemas de miomatosis, intervenida quirúrgicamente.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo General:

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a una mujer adulta con patología de miomatosis uterina, intervención quirúrgica de histerectomía total abdominal y seguimiento a domicilio, con el fin de contribuir en la recuperación de la salud y aclarar dudas para lograr que Rebeca sea capaz de mantener la salud en el hogar. Y a través de éste proceso, obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

1.1.2 Objetivos Específicos:

- Realizar investigación bibliográfica a través de libros actuales, sobre la patología de miomatosis uterina.
- Valorar a Rebeca, en forma biopsicosocial basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, aplicando la historia clínica de Enfermería.
- Identificar problemas reales o potenciales de Rebeca, utilizando la historia clínica, para formular diagnósticos enfermeros.
- Estructurar un plan de cuidados enfermeros con fundamentación científica.

- Aplicar el plan de cuidado enfermero en forma veraz y oportuna.
- Valorar en forma continua cada una de las actividades encaminadas al cuidado de Rebeca, y de esta forma poder realizar cambios benéficos para su salud.
- Elaborar el plan de alta de acuerdo a las necesidades de una mujer con histerectomía.
- Realizar con aprobación de Rebeca, dos visitas a su domicilio, con el fin de evaluar el proceso de recuperación, aplicando el formato SOVP.

1.2. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este Proceso, se eligió a una mujer de edad adulta con patología de miomatosis uterina, que se encontraba en el tercer piso zona norte del Hospital de Gineco-obstetricia "Luis Castelazo Ayala". Para tal fin se dispuso de tres días, 17, 18, 19 de Enero del 2001, durante el turno vespertino con un horario de las 15:00 a 20:30 Horas.

Una vez que se obtuvo el consentimiento verbal de Rebeca, se procedió a la elaboración y ejecución de la historia clínica de enfermería que corresponde a la etapa de valoración.

Posteriormente se detectaron las necesidades de Rebeca por medio de la historia clínica para poder realizar los diagnósticos de enfermería, los cuales sirvieron como guía para la planificación de los cuidados enfermeros. Para la planificación y ejecución del plan de cuidados se tomó en cuenta la participación de Rebeca, ya que a ella, es a quien se le iban a realizar.

El último día de estancia en el hospital se elaboró un plan de alta, explicando los cuidados que debe tener en el hogar respecto a su tratamiento. También se pidió el consentimiento de Rebeca para poder realizar dos visitas en su domicilio y valorar si no presenta ningún problema en su etapa de recuperación. Estas visitas se realizaron, una el primer sábado después de su egreso del hospital y la segunda 15 días después. Para darle seguimiento a su proceso de recuperación

se elaboraron dos SOVP uno para cada visita. El SOVP es un formato que nos permite evaluar en forma rápida a un paciente, sin necesidad de hacer de nuevo una historia clínica, las siglas de este formato significan: S datos subjetivos, O datos objetivos, V valoración/análisis y P plan de cuidados.¹

Una vez que se recabó la información sobre las necesidades de Rebeca y se le brindaron los cuidados de enfermería, se procedió a la investigación bibliográfica, en la cual se incluye los aspectos generales de un PAE (Proceso Atención Enfermería), el modelo conceptual de Virginia Henderson, la Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino interno, la patología de miomatosis uterina y la histerectomía, procedimiento quirúrgico de tratamiento que le fue practicado a Rebeca.

¹ Rosalinda, Alfaro. Aplicación del Proceso de Enfermería. Ed. Doyma. 2ª ed. Barcelona, 1988. p.130

MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ASPECTOS GENERALES SOBRE EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CONCEPTO

Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas, que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.²

El proceso de enfermería es un ciclo de actividades en cinco etapas que empieza con la valoración y culmina con la evaluación.³

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

1. *Valoración*: consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente. Estos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores.⁴
2. *Diagnóstico*: una vez que se verifica que la información es correcta, se puede proceder a analizarla. Esto significa que se debe estudiar los datos obtenidos en relación con los siguientes objetivos:⁵

² Ibid, p. 6

³ Ibid, p. 11

⁴ Barbara, Kozier, et al. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica, Vol I. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 5ª ed. México, 1999. p. 91

⁵ Rosalinda, Alfaro. op. cit. p. 7

- a) Identificar Problemas/diagnósticos de enfermería reales o potenciales.
- b) Identificar la causa, o etiología, de tales problemas.
- c) Identificar el estilo de vida habitual del paciente y su forma de afrontar los problemas.
- d) Determinar qué problemas pueden ser tratados de forma independiente por la enfermera y cuáles requieren que ésta busque asesoramiento o dirección por parte de otros profesionales del cuidado de la salud.

3. *Planificación*: una vez que se identificaron los problemas para la elaboración de los diagnósticos de enfermería, se esta en condiciones de sentarse a hablar con el paciente y elaborar un plan de acción tendiente a reducir o eliminar dichos problemas y promover la salud. Este plan debe incluir prioridades, fijación de objetivos y actividades de enfermería, esto para alcanzar los objetivos y siempre se debe anotar el plan de cuidaos, especialmente porque las demás enfermeras necesitan conocer el plan a seguir del cliente.⁶

4. *Ejecución*: es el momento de llevar a la práctica el plan y continuar recopilando información acerca del paciente, para detectar si han aparecido nuevos problemas y como evoluciona el cliente con el plan de cuidados, si es necesario delega la atención a otra persona adecuada⁷

⁶ id

⁷ Barbara, Kozier. op. cit. p. 91

5. *Evaluación:* es la valoración de la respuesta del cliente a las intervenciones de enfermería,⁸ entre el cliente y la enfermera deben determinar cómo ha funcionado el plan de cuidados y si es necesario introducir en él alguna modificación. En realidad la evaluación consta de tres fases:

- a) Evaluar la consecución de los objetivos.
- b) Evaluar las demás etapas del proceso de enfermería para determinar qué factores han contribuido al éxito o fracaso del plan de cuidados.
- c) Dar por concluidos los cuidados de enfermería si éstos ya no son necesarios, o cambiar el plan de cuidados a fin de incorporar las modificaciones pertinentes.

Las etapas del proceso de enfermería están estrechamente relacionados entre sí. Cada una depende de la precisión de la etapa que la ha precedido. De esta forma, será difícil establecer un diagnóstico correcto si los datos de la valoración son poco fidedignos.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, a diferencia del plan de tratamiento médico, que se dirige a tratar la enfermedad.⁹ El paciente es un individuo único que responde a su entorno y estado de salud de una forma particular y que precisará acciones de enfermería adaptadas específicamente a él, no sólo a su enfermedad. Por lo tanto

⁸ Id

⁹ Rosalinda, Alfaro. op.cit. p. 13

el proceso de atención de enfermería nos permite brindar cuidados de enfermería, cuando todas las enfermeras lo emplean de forma regular, aumenta la calidad de los cuidados.

El beneficio de utilizar un proceso de enfermería es:

- a) La enfermera, tiene la ventaja de leer un plan de cuidados organizado antes de ver al paciente y poder proporcionar cuidados de enfermería.
- b) Impide omisiones y repeticiones innecesarias.
- c) Permite una mejor comunicación, entre las enfermeras y pacientes.
- d) Se centra en la respuesta humana única del individuo.
- e) Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- f) Estimula la participación del paciente.
- g) Aumenta la satisfacción de las enfermeras ante la consecución de resultados.

Otra característica del proceso de enfermería es su universalidad. Se puede aplicar a clientes de cualquier edad y en cualquier momento del proceso salud-enfermedad. Además, es útil en varios ámbitos, por ejemplo: en colegios, hospitales, clínicas, asistencia a domicilio, y en todas las ramas de la especialización. También puede utilizarse para la enseñanza y el aprendizaje del cliente y sus familiares, ya que ellos son parte fundamental en su estado de salud.¹⁰

¹⁰ Lillian, S. Brunner. Manual de la Enfermera. Vol 1. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 4ª ed. México, 1991. p. 5

2.2 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City, Missouri, sin embargo paso su infancia en Virginia. Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washinton, D.C. en 1921 se graduó. Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.¹¹

En su definición Henderson hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos; fue una de las primeras teóricas que incorporó los aspectos espirituales al cuidado enfermero.¹²

CONCEPTOS Y DEFINICIONES SEGÚN HENDERSON

Enfermería: Henderson definió enfermería en términos funcionales. "La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud, recuperación o una muerte tranquila, que llevaría acabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independenciam lo más rápidamente posibles"¹³.

¹¹ Ann, T. Marriner. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed. Harcourt Brace, 4ª ed. Madrid, 1999. p. 99

¹² Ruby, L. Wesley. Teorías y Modelos de Enfermería. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2ª ed. México, 1997. p. 25

¹³ Ann T, Marriner. op. cit. p. 102

Salud: Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas.¹⁴ Tal como declaró "se trata más bien de la calidad de la salud que da la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas"¹⁵

Entorno: Tampoco en éste caso dió Henderson una definición propia de entorno. Acudió, en cambio, al Webster's New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo"¹⁶

Persona: es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.¹⁷

Necesidades: en la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería y que la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades. Una necesidad: es una exigencia vital

¹⁴ Ruby L. Wesley. op. cit. p. 26

¹⁵ Ann T. Marriner. op. cit. p.102

¹⁶ Id

¹⁷ Ruby L. Wesley. op. cit. p. 26

que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.¹⁸

Necesidades Básicas de Virginia Henderson:

1. Necesidad de respirar: "Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseoso entre la sangre y los tejidos (respiración interna)"
2. Necesidad de beber y comer: "necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo"
3. Necesidad de eliminar: "Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas y los residuos por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios"
4. Necesidad de moverse y de mantener una postura adecuada: "Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la concentración de los músculos dirigidos por el sistema nervioso"
5. Necesidad de dormir y descansar: "Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas"
6. Necesidad de vestirse y desnudarse: "Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales"

¹⁸ Margot, Phabeuf. La Planificación de los cuidados Enfermeros. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1999 p. 13

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: "Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo"
8. Necesidad de estar limpio y aseado, y de proteger los tegumentos: "Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren el cuerpo)"
9. Necesidad de evitar peligros: "Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental"
10. Necesidad de comunicarse con sus semejantes: "Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas de las personas cercanas y de ejercer la sexualidad."
11. Necesidad de actuar según las propias creencias y valores: "Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones"
12. Necesidad de preocuparse de la propia realización: "Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo"
13. Necesidad de distraerse: "Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones"

14. Necesidad de aprender: "Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre si mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacerlas bien la persona debe recibir a menudo información"¹⁹

Henderson menciona, que se puede establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van de una relación dependiente a la práctica independiente: a) La enfermera como una sustituta del paciente: sustituto de las creencias del paciente, para ser completo, integro o independiente b) La enfermera como una auxiliar del paciente: ya que la enfermera, es la pierna del amputado, el amor del suicida y el ojo de quien ha quedado ciego c) La enfermera como compañera del paciente: ya que juntos formulan el plan de asistencia.

Para la recuperación del paciente, Henderson incluía a todo el equipo sanitario y familiares del paciente en el proceso de recuperación, hasta que él mismo lograra su independencia. Desde que Virginia Henderson desarrolló su concepto de cuidados, basado en las necesidades humanas, ya nos presentaba los cuidados de enfermería de forma muy amplia, y en la actualidad podría considerarse desde la perspectiva bio-psico-social.²⁰

¹⁹ Ibid. p. 32

²⁰ Lise, Riopelle. et al. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las Necesidades de la Persona, Ed. McGraw-Hill Interamericana. Barcelona, 1997. p. 75

2.3 ANATOMIA Y FISIOLÓGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO INTERNO

Los genitales femeninos comprenden una serie de estructuras alojadas en la cavidad pélvica y otras con situación superficial, son respectivamente, los órganos genitales internos y los órganos genitales externos. Para fines de este estudio, únicamente se hablara de los órganos internos y específicamente del útero, ya que es el principal órgano dañado en este caso en particular.

Aspectos Generales de los ovarios y trompas de Falopio

OVARIOS

Los ovarios o gónadas femeninas, son glándulas pares en forma de almendras.²¹

Se encuentran en la cavidad pélvica superior, uno a cada lado del útero. Los ovarios se mantienen fijos por medio de varios ligamentos, están unidos al ligamento ancho del útero, que es parte del peritoneo parietal, por medio de un doblez de peritoneo que se conoce como mesovario. También se encuentran fijos al útero por medio del ligamento ovárico y se unen a la pared pélvica por medio de los ligamentos suspensorios. Cada ovario también tiene un hilo, por medio del cual se unen al mesovario y es el punto de entrada de los

²¹ Gerad, Tortora. et al. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harla. 6ª ed. México 1993. p.1123

vasos sanguíneos y nervios. Sus dimensiones medias son 4x2x1 cm, cada ovario pesa entre 2.5 y 4 gr. Los ovarios producen ovocitos secundarios, los expulsan y secretan las hormonas sexuales progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina. En ellos se lleva a cabo la ovogénesis.

TROMPAS UTERINAS

Órgano par, la tuba uterina, antes conocida con el nombre de oviducto, por ser un conducto destinado a trasportar el ovocito hacia la cavidad uterina. En este órgano se lleva a cabo la fecundación.²²

Las trompas uterinas o trompas de Falopio miden 10 a 12 cm de largo y 1 cm de diámetro y se extienden hacia los lados desde los cuernos del útero, llevan los oocitos del ovario y los espermatozoides desde el útero hacia el sitio de fecundación en la ampolla de la trompa uterina, también conducen el cigoto en división hacia la cavidad uterina. Cada trompa se abre en su extremo proximal en los cuernos del útero y en el distal, hacia la cavidad peritoneal.

Con fines descriptivos, la trompa uterina se divide en cuatro partes: infundibulo, ampolla, istmo y parte uterina.²³

²² Rogelio, Fuentes. Anatomía Humana General. Vol. III. Ed. Trillas. México, 1997. p. 1202

²³ Keith, Moore. et al. Embriología Clínica. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 6ª ed. México, 1999. p. 25

ÚTERO

CONCEPTO

El útero o matriz es un órgano impar, esencialmente muscular, hueco, destinado a alojar y proteger al nuevo producto de la concepción y expulsión cuando la gestación ha llegado a su término. Junto con la vagina que le comunica al exterior, integra el llamado canal de parto.²⁴

Es un órgano hueco, de paredes gruesas y contráctiles, destinado a servir de receptáculo al óvulo después de la fecundación. También es el lugar donde se lleva a cabo la menstruación, el desarrollo del feto durante el embarazo y el trabajo de parto.

La forma del útero semeja a una pera invertida. Esta situado en el centro de la cavidad pélvica, se encuentra entre la vejiga urinaria y el recto. Respecto a la posición del útero, se dice que esta en anteflexión y anteversión. (Ver figura No.1)

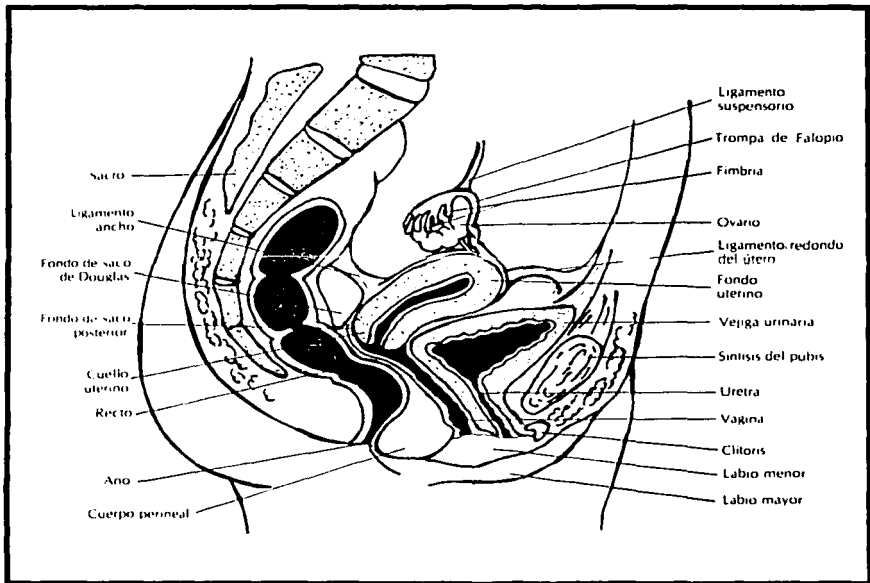
Las dimensiones medias del útero en la nuligesta adulta son: 7.5 centímetros de longitud, 5 centímetros de ancho y 2.5 centímetros de grosor. Su peso medio del útero oscila entre 50 a 60 gramos para la nuligesta y 20 gr más en la multigesta.²⁵

²⁴ Rogelio, Fuentes. op. cit. p. 1204

²⁵ Gerard, Tortora. et al. op. cit. p. 1126

FIGURA No. 1

SITUACIÓN DEL ÚTERO DENTRO DE LA CAVIDAD PÉLVICA.



FUENTE: OLDS B. Sally. Enfermería Materno Infantil. Un concepto Integral y Familiar. Ed. Interamericana. 2ª ed. México, 1987.

CONFIGURACIÓN EXTERNA

Ya se ha mencionado que el útero tiene forma de pera y que lo distinguen tres partes: cuerpo, istmo y cervix. (Ver figura No.2)

Cuerpo: esta parte es de contorno triangular y presenta dos caras, tres bordes y tres ángulos.

1. Caras:

- a) Cara intestinal: se orienta en sentido dorsocraneal; es lisa y muy convexa, cubierta en toda su extensión por el peritoneo. Se llama así porque está en relación con las asas intestinales que se interponen entre el útero y el recto; puede relacionarse también con el colon sigmoideo y ocasionalmente con uno o los dos ovarios.
- b) Cara vesical: es caudoventral, también es lisa pero un poco menos convexa y se relaciona con la vagina; el peritoneo que la reviste se refleja antes de llegar al istmo para formar la excavación vesicouterina.

2. Bordes:

- a) Borde anterosuperior: o fondo uterino, es convexo en ambos sentidos (más en la multigesta) y se continúa insensiblemente con ambas caras; obviamente, también tiene revestimiento peritoneal y se relaciona con las asas intestinales.
- b) Bordes laterales: los bordes uterinos, derecho e izquierdo, dan origen a los ligamentos anchos y se relacionan con el contenido de éstos, principalmente con los vasos uterinos.

3. *Ángulos:*

- a) **Ángulo laterales:** los ángulos laterales, llamados cuernos uterinos, corresponden al punto en que el cuerpo se continúa con la tuba uterina del lado respectivo; de su vecindad se desprenden los ligamentos redondo y uteroovárico.
- b) **Ángulo inferior:** el ángulo inferior es virtual y corresponde al istmo uterino.

Istmo: esta zona es la más estrecha, mide 1 cm de altura y separa al cuerpo del cérvix; por su cara posterior está revestido por peritoneo y comparte las relaciones de la cara intestinal del cuerpo. Su cara anterior se relaciona con el tejido graso subperitoneal, que ahí es rico en tejido fibroso, el cual se extiende también hacia los lados hasta la base de los ligamentos formando el parametrio.

Cervix: también conocida como cuello uterino, el cérvix mide 2.3 cm, constituye el tercio caudal del útero; se encaja sobre la cúpula vaginal, la cual a su vez se engarza sobre el dividiéndolo en porciones supravaginal y vaginal.

- a) **Supravaginal:** en su parte posterior, esta revestida por el peritoneo que, alcanzando una pequeña porción de la vagina, se refleja para revestir al recto y forma la excavación rectouterina (de Douglas)²⁶ que es el punto más bajo de la cavidad pelviana; normalmente puede estar ocupado por el colon sigmoideo, las asas intestinales y eventualmente por uno o los dos ovarios. Es el sitio donde, por

²⁶ Rogelio, Fuentes. op. cit. p. 1208

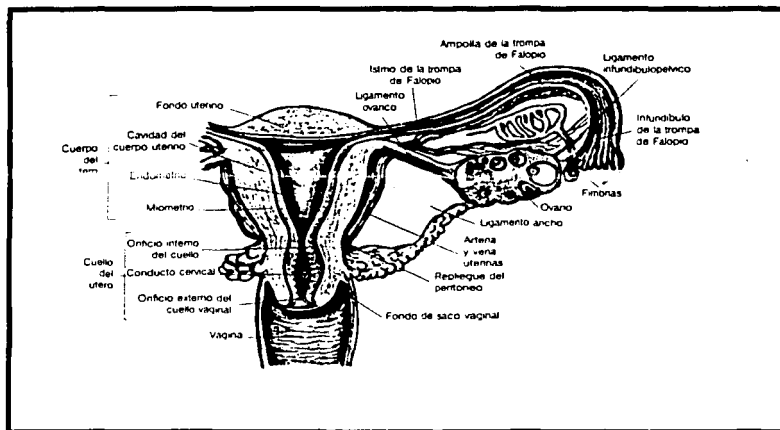
gravedad, se acumulan las secreciones anormales (pus, líquido peritoneal, sangre) y donde, por medio de exploración vaginal, se puede detectar su presencia y hasta evacuarlos. Por su cara anterior se relaciona con la vejiga, de la que está separada por el parametrio. A los lados, el cervix se relaciona con el parametrio, aproximadamente a 2 cm del cervix, la arteria uterina describe su arco y es cruzada dorsalmente por el uréter. (esta relación la debe tener presente el cirujano durante la histerectomía, pues cabe la posibilidad de herir el uréter al ligar la arteria uterina)²⁷

- b) Porción vaginal: la porción vaginal, debido a que la cúpula vaginal engarza al cervix siguiendo un plano oblicuo hacia abajo y adelante, es más amplia por detrás. Esta porción está revestida por la mucosa vaginal, así que es lisa y rosada; sobresale en el fondo de la vagina limitando con sus paredes los fórnicos anterior, posterior y laterales. La porción vaginal tiene forma cilíndrica. Su extremo distal, libre en la vagina, es redondeado y presenta en su centro el *orificio uterino*, este orificio en la nulípara es redondo y regular de apenas 1 o 2 mm de diámetro, se va transformando en una hendidura transversal a medida que aumenta el número de partos; además puede tornarse muy irregular debido a la presencia de desgarros y pliegues de dirección, longitud y profundidad variables. El orificio uterino divide el extremo libre del cervix en labios anterior y posterior.

²⁷ Id

FIGURA No. 2

CONFIGURACIÓN EXTERNA DEL ÚTERO



FUENTE: EDGE Valerie y Mindi Miller. Cuidados de Salud de la Mujer.
Ed. Mosby-Doyma libros, Barcelona, 1995. p. 6

CONFIGURACIÓN INTERNA

La cavidad uterina es triangular, de bordes convexos y aplanada en sentido ventrodorsal. Presenta una pared anterior y otra posterior, casi lisas que presentan un rafe medio apenas perceptible. Los bordes son convexos y su confluencia origina caudalmente al orificio que le comunica con el canal cervical, en los ángulos superolaterales se encuentra el orificio uterino de la tuba.

MEDIOS DE FIJACIÓN

El útero se mantiene en su sitio principalmente debido a su conexión con los músculos y fascias del periné, pero contribuyen igualmente sus relaciones con la vagina, con las vísceras vecinas y la conformación misma de la pelvis. Además cuenta con pliegues peritoneales que unen al útero con otros órganos y que, permitiéndole amplia movilidad, contribuyen a ordenar sus desplazamientos; éstos son: ligamentos anchos, ligamento propio del ovario, ligamento redondo, ligamento de Mackenrodt y pliegues rectouterinos.²⁸

- 1.- Ligamentos anchos: estos ligamentos son dos, derecho e izquierdo, están formados por dos hojas del peritoneo que, después de cubrir las caras del útero, al llegar a los bordes de éste se adosan y se extienden en forma de cortina que está dispuesta frontalmente hacia las paredes laterales de la pelvis; para su estudio presentan una cara anterior y otra posterior, un

²⁸ Rogelio, Fuentes. op. cit. p. 1210

borde superior libre, otro inferior o base y bordes medial y lateral. Además, entre sus dos hojas se forma una trama de tejido conectivo y fibras musculares no estriadas que constituyen el parametrio, especie de armazón relleno de una atmósfera adiposa. Armazón y grasa son más desarrollados en la porción caudal en la que, a nivel del cervix, se llama paracérvix. En su porción inferior se ensancha y con algunas fibras musculares y tejido conjuntivo, forma el ligamento transverso, cardinal o de Mackenrodt.²⁹

- 2.- Ligamento propio del ovario (uteroovárico): este ligamento ocupa y causa la aleta posterior del ligamento ancho, es cordoniforme y se extiende del cuerno uterino, dorsal a la llegada de la tuba uterina, hasta el borde mesovárico del ovario, cerca de la extremidad uterina. El ligamento propio mide 3 a 4 cm de longitud y de 3 a 4 mm de diámetro.³⁰ Está constituido por fibras conectivas y musculares no estriadas, éstas se continúan con las del útero.
- 3.- Ligamento redondo: es un cordón aplanado de 12 a 15 cm de longitud y de 3 a 4 mm de diámetro; es elástico y se desprende del cuerno uterino, un poco caudoventral a la llegada de la tuba. En dirección lateroventral alcanza la pared anterior del abdomen, después de haber cruzado la apertura superior de la pelvis y los vasos ilíacos externos. Penetra por el orificio profundo del canal inguinal, al que recorre y más tarde abandona por su orificio

²⁹ Héctor, Mondragón. Ginecología Básica Ilustrada, Ed. Trillas. 2ª ed. México, 1992. p. 17

³⁰ Rogelio, Fuentes. op.cit. p. 1212

superficial, para convertirse en fibras que terminan en el cuerpo adiposo y la cara profunda de la piel de los labios pudendos mayores, en la fascia del músculo pectíneo y en el tubérculo púbico. En su porción pélvica, el ligamento redondo ocupa y causa la aleta anterior del ligamento ancho, forma el límite craneal de la fosa paravesical y está rodeado por las asas intestinales. Al penetrar el canal inguinal, el ligamento redondo forman un ángulo de apertura caudomedial, que se apoya abrazando a la arteria epigástrica. En el canal inguinal es rodeado por una atmósfera grasa, que le separa de sus paredes y va acompañado por la rama genital de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico y por algunas venitas. El ligamento redondo está constituido por un manojo de fibras conjuntivas y musculares no estriadas, el cual es envuelto en su trayecto pelviano por peritoneo, en tanto que en el canal inguinal se refuerza por fibras musculares estriadas dependientes del oblicuo interno y/o del transverso. En su espesor va la arteria del ligamento redondo, rama de la funicular.

- 5.- Pliegues rectouterinos: estos son dos pliegues peritoneales, derecho e izquierdo, verticales y curvos, de concavidad medial, que limitan lateralmente la excavación rectouterina. Los pliegues rectouterinos tienen un armazón formado por una condensación de la fascia pélvica visceral, ésta, que ha sido descrita como ligamento uterosacro.

CONSTITUCIÓN ANATOMICA

Desde el punto de vista histológico, el útero esta formado por tres capas de tejido, que son la serosa, muscular y la mucosa.

Túnica serosa o perimetrio: es la capa más externa, es parte del peritoneo visceral, que posteriormente se convierte en ligamento ancho. En la parte anterior, se dobla sobre la vejiga urinaria y forma un delgado saco, el saco vesicouterino. En la parte posterior, se dobla sobre el recto y forma un saco profundo, el saco recto uterino (saco de Douglas),³¹ punto más bajo en la cavidad pélvica.

Túnica muscular o miometrio: es un grueso músculo no estriado dispuesto en forma muy compleja; sin embargo, se pueden identificar tres capas: una superficial, otra media y otra profunda. La primera y la última están constituidas por fibras que se disponen unas en sentido longitudinal y otras en el transversal. La capa intermedia o plexiforme es la más desarrollada y forma una verdadera maraña de fibras que limitan areolas revestidas de endotelio; éstas son los senos uterinos que están en continuidad anatomofuncional con los vasos que llegan y parten de la pared uterina. Las fibras musculares se continúan en el nivel de los cuernos uterinos con las de la tuba uterina y en la cúpula vaginal con las de la vagina. En el nivel del cervix, a cada lado se desprenden fibras, las cuales se dirigen en dirección dorsal y se van a insertar al sacro; ocupan el espesor del pliegue uterorrectal y son descritas con el nombre de músculo rectouterino.

³¹ Gerard, Tortora. et al. op cit. p. 1128

Túnica mucosa o endometrio: La mucosa que tapiza al miometrio se adhiere estrechamente a él y sufre cambios que permiten reconocer qué día del ciclo menstrual está trascurriendo. En general, tres a cuatro días después de la ovulación, el endometrio entra en la etapa pregestacional o secretora. El endometrio está formado por tres capas: una basal delgada, otra esponjosa intermedia y otra superficial compacta. Las dos últimas, en conjunto llamadas capa funcional, contienen numerosas glándulas uterinas; aumentan de espesor conforme avanza, al tiempo que los vasos se vuelven tortuosos y se dilatan, permitiendo que el tejido se edematice. Si no se efectúa la fecundación, en el día 28 comienza la menstruación, durante la cual se expulsa la capa funcional; entonces el endometrio entra en la fase folicular o proliferativa, durante la cual, a partir de la capa basal, se van regenerando las glándulas y vasos para formar de nuevo la capa funcional.

RIEGO SANGUÍNEO DEL ÚTERO

Los órganos reproductores tienen un abundante riego sanguíneo. De la bifurcación de la arteria iliaca común nace la arteria iliaca interna, de la rama ascendente de la arteria uterina atraviesa el ligamento ancho, formando las ramas anterior y posterior, que irrigan el cuerpo uterino y el cuello.

La rama descendente correspondiente se divide en varias ramas a lo largo del cuerpo uterino, ramificándose de nuevo en el miometrio y el endometrio, proporcionando un rico riego sanguíneo.

La arteria principal continua hacia el interior del útero, para unirse a la arteria uterina, proporcionando al útero un rico riego sanguíneo doble.

La sangre venosa vuelve a través del plexo uterovaginal y de las venas pudenda y vaginal a las venas uterinas, que siguen el mismo trayecto que las arterias uterinas.

La vena uterina derecha drena en la vena cava inferior, mientras que la vena uterina izquierda debe drenar primero en la vena renal izquierda.³² (Ver figura No.3)

GANGLIOS LINFÁTICOS DEL UTERO

Varias cadenas de ganglios linfáticos siguen a los principales sistemas arteriales, entre ellos los ganglios femorales, iliacos comunes internos y externos, inguinales superficiales y profundos, lumbares y paraaórticos.

El útero contiene tres redes linfáticas cerca de las áreas del endometrio, miometrio y peritoneo. Los linfáticos del cuerpo uterino siguen cuatro o cinco vías. Estas vías se localizan por debajo de las trompas de Falopio y se dirigen hacia arriba, junto a los vasos sanguíneos ováricos que acompañan a los linfáticos ováricos para drenar en los ganglios iliacos internos y externos y en los ganglios inguinales superficiales.

³² Valeric, Edge. Et al. Cuidados de Salud de la Mujer, Ed. Mosby-Doyma. Madrid, 1995. p. 8

Los linfáticos del segmento uterino inferior se unen en los linfáticos cervicales, que drenan en los ganglios linfáticos del obturador e iliacos.

Los linfáticos que drenan al útero superior (fondo) las trompas de falopio y los ovarios siguen a las venas ováricas para drenar en los ganglios linfáticos lumbares.³³ (Ver figura No.4)

INERVACIÓN DEL ÚTERO

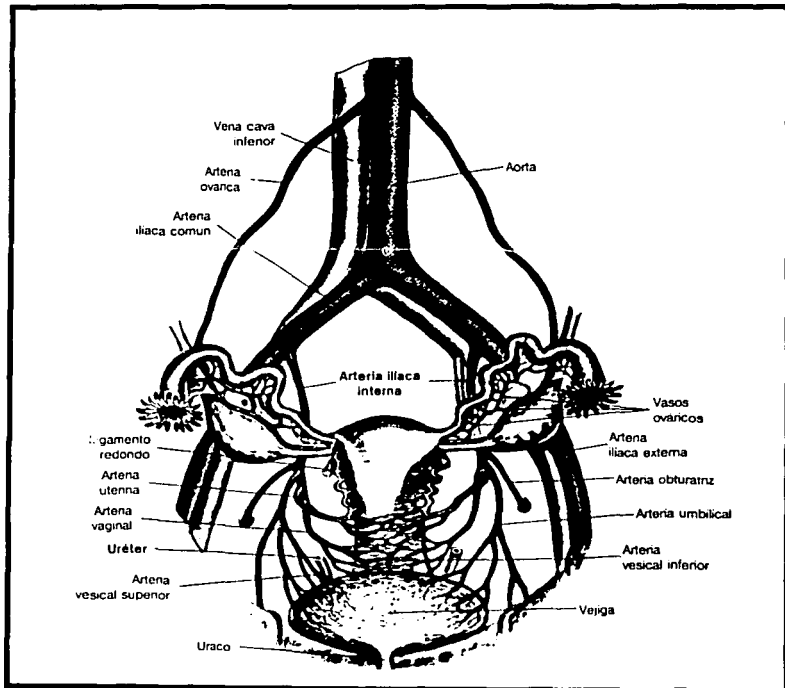
La inervación del útero, de tipo autónomo, le llega por el plexo perivascular uterino. Las fibras son eferentes para vasos, glándulas y músculo no estriado. También hay fibras aferentes, los cuales se incorporan a los nervios espláncnicos pelvianos y de éstos, con los nervios espinales S-3 y S4, a la médula. El útero también recibe inervación por medio del plexo uterovaginal, eferente del plexo hipogástrico inferior.³⁴

³³ Valerie, Edge, et al. op. cit. p. 10

³⁴ Rogelio, Fuentes, op. cit. p. 1215

FIGURA No. 3

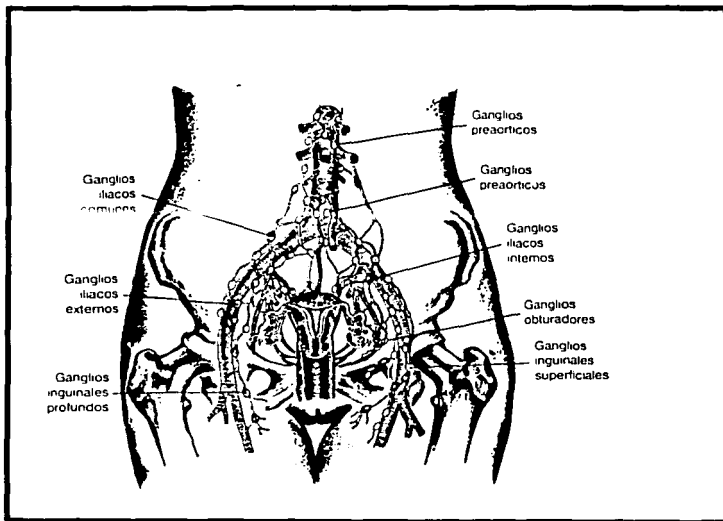
RIEGO SANGUÍNEO DEL ÚTERO



FUENTE: Misma de la figura No. 2. p. 9

FIGURA No. 4

GANGLIOS LINFÁTICOS DEL ÚTERO



FUENTE: Misma de la figura No. 2. p. 10

2.4. MIOMATOSIS UTERINA

CONCEPTO

Son tumores benignos que se encuentran con gran frecuencia en el útero.³⁵

Es un tumor benigno desarrollado a expensas de fibras musculares lisas y que contiene además tejido conjuntivo en cantidad variable, como elemento de sostén.³⁶

SINÓNIMOS DE MIOMA

Leiomiomas, fibroma, fibromioma, fibroide, fibroleiomiomas. El término más apropiado es el de Leiomiomas, ya que describe su procedencia y sus características celulares predominantes.³⁷

EPIDEMIOLOGÍA

Los leiomiomas son más comunes en mujeres de raza negra de Estados Unidos que en las de raza blanca. En cambio en las razas

³⁵ Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología, Ed. Interamericana McGraw-Hill. 8ª ed. México, 1999. p. 897

³⁶ Merlo, González. Ginecología, Ed. Masson. 7ª ed. Barcelona, 1997. p. 421

³⁷ José, R. Ahued Ahued. Obtetricia y Ginecología Aplicadas, Ed. JGH editores, México, 2000. p. 317

negras africanas el mioma es raro.³⁸ Los miomas están presentes en 20 a 25% en las mujeres de edad reproductiva, por lo que su frecuencia, varía en función a la edad. Es muy raro antes de los 20 años y excepcional antes de la pubertad. En cambio el 90% de los casos se diagnostican entre los 35 y 54 años. Pero pueden existir leiomiomas muy pequeños en mujeres más jóvenes.³⁹

La frecuencia más elevada de miomas sintomáticos se observa en el periodo perimenopáusico. El crecimiento de un leiomioma es raro en mujeres menopáusicas y en realidad, los leiomiomas reducen su tamaño después de la menopausia. Los miomas también son más comunes en mujeres obesas. Se ha observado que el tabaquismo disminuye la frecuencia de miomas uterinos.⁴⁰ Esto probablemente se debe a que el hábito de fumar interfiere con la conversión de andrógenos a estrógenos por la vía de la enzima aromatasa y por consiguiente, las mujeres que fuman tiene menor concentración de estrógenos circulantes. Los niveles altos de estrógenos exógenos y de progestinas pueden incrementar el crecimiento de un mioma. El autor Ahued, menciona "La paridad y los embarazos no parecen tener relación con su frecuencia"; sin embargo los autores Merlo y Mondragón escriben lo siguiente, " Los leiomiomas aparecen con mayor frecuencia en mujeres nullíparas o infértiles, aunque no se conoce con seguridad qué es lo primario, si el tumor o la falta de descendencia".

³⁸ Merlo, González. op cit. p. 421

³⁹ id

⁴⁰ Danforth. op cit. p. 897

ETIOLOGÍA

Estudios bioquímicos, demuestran que los miomas se inician a partir de una célula muscular única. Para la explicación de su formación existen tres teorías:

a) Teoría del estímulo mecánico y físico:

Supone que los focos de proliferación que origina el mioma, están situados fundamentalmente en el plano sagital medio del útero y menos frecuentemente, en los ángulos tubáricos y en las zonas laterales del cuello uterino. Estos focos de proliferación se localizarían, por tanto en los lugares donde se entrecruzan distintos sistemas de fibras musculares. En resumen, se basa en que su punto de partida es en los numerosos sitios de tensión y frotamiento durante la contracción de las fibras musculares lisas del útero.

b) Teoría genética:

Aunque se han observado en numerosos casos de mujeres de una misma familia, no hay estudios epidemiológicos conocidos que avalen la existencia de un familiar hereditario.⁴¹

⁴¹

c) Teoría hormonal:

Estudios epidemiológicos demuestran que los miomas crecen y presentan generalmente síntomas en los años reproductivos de una mujer, durante mucho tiempo se ha postulado que los esteroides ováricos regulan su crecimiento. Las células del mioma necesitan estrógenos para desarrollar receptores de progesterona y ésta es la que hace que el mioma crezca.

PATOLOGÍA

Los miomas suelen ser múltiples, separados y esféricos o irregulares lobulados, aunque también se pueden presentar en forma única.

Aspecto Macroscópico:

El tamaño de estos tumores es muy variable. En ocasiones pueden alcanzar grandes dimensiones, ocupando casi todo el abdomen, mientras que otras veces son tan pequeños que su diagnóstico requiere un estudio minucioso e incluso microscópico.

Tienen forma redonda o esférica y su consistencia es dura, aunque pueden sufrir procesos degenerativos. El mioma está habitualmente bien separado del miometrio circundante por una delgada capa de tejido areolar que se forma por la compresión que el

tumor ejerce sobre el tejido normal, pero que no constituye una verdadera cápsula. En la sección el aspecto del tumor es muy característico, mostrando una coloración que oscila de blanco rosado a gris con vetas nacaradas.

El mioma se localiza la mayoría de las veces en el cuerpo uterino. Con menos frecuencia puede localizarse en el cuello uterino (mioma cervical). Más rara vez, el tumor se extiende hacia los ligamentos anchos, desdoblando sus dos hojas peritoneales (leiomioma intraligamentario). La vascularización del leiomioma se origina a partir de las arterias vecinas del miometrio y generalmente es pobre, por lo que son frecuentes los procesos de degeneración. A menudo, estos tumores originan compresión y dilatación de las venas situadas en sus proximidades provocando hemorragias uterinas.

Aspecto microscópico:

El mioma está compuesto por fibras musculares lisas y tejido fibroso⁴². Las fibras musculares no estriadas están dispuestas en fascículos entrelazados de diverso tamaño que siguen distintas direcciones. Las células individuales son fisiformes, tienen núcleos alargados y son bastante uniformes en tamaño. De manera característica, diversas cantidades de tejido conjuntivo están entremezcladas con los haces de músculo liso.

⁴² Merlo, González. op.cit. p. 423

Los miomas están claramente demarcados de la musculatura normal circundante por una pseudocápsula de tejido areolar y miometario comprimido. La densidad arterial de un mioma es menor que las del endometrio circundante, y las arterias pequeñas que riegan el tumor son menos tortuosas que las arterias radiales adyacentes.

Las arterias penetran aleatoriamente en el mioma en su superficie y están orientadas en dirección a los fascículos musculares; por tanto, no presentan un patrón regular. En la base o pedículo se encuentran uno o dos vasos principales.

CLASIFICACIÓN DE LOS MIOMAS

Los miomas uterinos se originan en el miometrio y se clasifican de acuerdo a la localización anatómica:⁴³ (Ver figura No.5)

1. **Mioma Submucoso:** están situados inmediatamente por debajo del endometrio y tienden a comprimirlo al crecer hacia la luz uterina. Su impacto sobre el endometrio y su riego sanguíneo conduce con frecuencia a hemorragia uterina irregular.
2. **Miomas Intramurales:** están situados dentro de la pared uterina, dándole una consistencia variable.

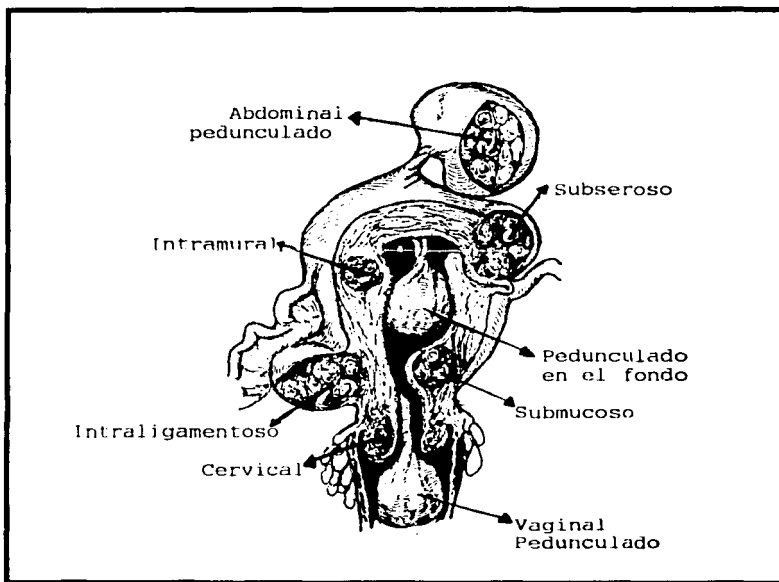
⁴³ Alan, Decherney. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Ed. El Manual Moderno. 7ª ed. México, 1994. p. 922

3. **Miomas Subserosos:** pueden estar situados justo en la superficie serosa del útero y pueden protruir hacia el exterior del miometrio.
4. **Mioma Intraligamentario:** los tumores subserosos que se originan lateralmente se pueden extender entre las dos capas peritoneales del ligamento y convertirse en miomas intraligamentosos.
5. **Mioma Pedunculado:** los miomas también pueden desarrollar pedículos que hacen protrusión completa al interior de la cavidad uterina, a veces puede hasta pasar a través del conducto cervical estando todavía fijos al cuerpo por un tallo largo. Cuando esto sucede, los miomas pueden padecer torsión e infección.

TESIS U.S.
FALLA DE ORIGEN

FIGURA No. 5

CLASIFICACIÓN DE LOS MIOMAS UTERINOS



FUENTE: DECHERNEY, Alan. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Ed. El Manual Moderno. 7ª ed. México, 1994. p. 922

CUADRO CLINICO

Síntomas:

Hay síntomas en solo 35 a 50%⁴⁴ de las pacientes con miomas. Por tanto, la mayor parte de los miomas no producen síntomas y aun los muy grandes pueden permanecer sin detectarse, sobre todo en la paciente obesa. Los síntomas de los miomas dependen de su localización, tamaño, estado de preservación y de que la paciente esté o no embarazada.

a) Hemorragia uterina anormal: es la manifestación clínica más importante de los miomas y esta presente hasta en 30% de las pacientes.⁴⁵ La hemorragia puede producir anemia por deficiencia de hierro, la cual puede volverse incontrolable con tratamiento. La hemorragia de un mioma subseroso puede producirse por interrupción del riego sanguíneo al endometrio, distorsión y congestión de los vasos circundantes, particularmente las venas, o ulceración del endometrio suprayacente. Es más común que la paciente tenga una menorragia, manchado premenstrual o tinción leve prolongada después de la menstruación, no obstante, es posible cualquier tipo de hemorragia anormal. Los grados menores de metrorragia pueden presentarse en pacientes con un tumor que tiene zonas de trombosis venosa endometrial y necrosis en su

⁴⁴ Alan, DeCherney. op. cit. p. 924

⁴⁵ Id

superficie, en particular si es pediculado y tiene una protrusión parcial a través del conducto cervical.

- b) Dolor: los miomas son habitualmente indolores, lo que ocurre es que los síntomas de compresión que dependen del volumen y localización del tumor y que pueden originar pesadez hipogástrica y molestias urinarias.⁴⁶ Así, el dolor puede ser el resultado de degeneración asociada con oclusión vascular, infección, torsión de un tumor pedunculado o contracciones miométricas para expulsar a un mioma subseroso de la cavidad uterina. El dolor que se asocia con infarto por torsión o degeneración roja puede ser muy intenso y producir un cuadro clínico consistente con abdomen agudo. Los tumores grandes pueden producir una sensación de pesantez en el área pélvica o quizás una molestia descrita como una sensación de pujo. Los tumores que se incrustan en la pelvis ósea pueden comprimir los nervios, lo que produce dolor que irradia a la espalda o a las extremidades inferiores. El dolor de espalda es una molestia tan frecuente que suele ser difícil el poder adjudicarlo específicamente a un mioma.
- c) Efectos de la presión: son poco comunes y difícil relacionarlos directamente con miomas, excepto en ciertas circunstancias. Los miomas intramurales o intraligamentarios pueden distorsionar u obstruir otros órganos. Los tumores parasíticos causan obstrucción intestinal si son grandes o afectan al epiplón o al intestino. Los tumores cervicales provocan exudado serosanguinolento y hemorragia vaginal, dispareunia e infertilidad. Los tumores

⁴⁶ Antonio, Pellicer, et al. Cuadernos de medicina reproductiva. Miomas. Vol. V. Ed. Medica Panamericana. Madrid, 1999. p. 57

cervicales grandes pueden llenar la pelvis verdadera, desplazando o comprimiendo los uréteres, vejiga o recto. La compresión de las estructuras circundantes puede producir síntomas urinarios. Los tumores grandes pueden causar congestión pélvica venosa y edema de las extremidades inferiores o estreñimiento. Rara vez, un tumor impactado puede causar retención urinaria debido a presión en la uretra. Un tumor posterior del fondo puede llevar al útero a una retroflexión extrema, distorsionando la base de la vejiga y causando retención urinaria. Esta se puede presentar como una incontinencia intermitente de flujo exagerado producida por alargamiento de la uretra con pérdida del control esfinteriano.

- d) Infertilidad: la queja de presentación puede ser la incapacidad para concebir, pero los miomas son la única causa de infertilidad en solo 2 a 10% de las pacientes. La relación entre infertilidad y mioma puede indicar un tumor endometrial pedunculado; sin embargo, la infertilidad secundaria a miomas también puede estar relacionada con hemorragia uterina anormal, motilidad uterina o tubaria anormal o interferencia con el transporte de espermatozoides.
- e) Leucorrea: es un síntoma poco específico pero en los miomas submucosos puede ser abundante, teñida con pequeñas muestras de sangre y plantear dificultades diagnósticas con los tumores malignos del útero.⁴⁷

⁴⁷ José, Merlo. op cit, p. 426

Signos:

A la exploración abdominal, el tumor es voluminoso, la simple inspección del abdomen puede orientarnos en el diagnóstico. No es raro que la mujer note como primer síntoma el aumento del volumen del vientre y que consulte por esta causa en ausencia de otros síntomas. La palpación abdominal en estos casos evidencia una tumoración centrada en el hipogastrio, de volumen variable, de consistencia dura y de superficie lisa o irregular, delimitándose un número variable de nódulos. En estos casos, la duda puede plantearse con una gestación, con una tumoración de ovario o más rara vez, con la vejiga urinaria hiperdistendida. En la inspección de cuello y vagina, en ocasiones con espéculo pone en evidencia un mioma submucoso pediculado, parcialmente parido. En el tracto vaginoabdominal, el útero se delimita aumentando de volumen, de consistencia dura y de morfología más o menos irregular según las características del tumor. En los miomas submucosos, el útero está aumentando de tamaño, pero su forma se conserva bastante normal. En cambio, en los miomas intramurales y más aun en los subserosos, la forma está muy alterada, delimitándose una serie de nódulos. Se puede concluir que los miomas, mientras más cerca estén de la serosa más fáciles son de detectar; sin embargo los tumores pequeños son muy difíciles de detectar.⁴⁸

⁴⁸ *Ibid.* p. 427

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se puede llevar a través de diferentes métodos, los cuales se menciona a continuación:

1. Examen clínico: el clínico puede casi siempre diagnosticar con facilidad los miomas mediante examen pélvico y abdominal. Aunque el examen abdominal puede fallar para revelar miomas pequeños, el examen pélvico muestra una masa irregular, firme, por lo regular móvil e indolora en la línea media. En ocasiones los miomas se extienden a la región parametrial, pero es infrecuente observar estos en una deformación concomitante del útero. Es común que una paciente no acuda a consulta sino hasta la fase de crecimiento tardía del mioma, cuando presenta una gran masa abdominal que puede extenderse hasta el abdomen superior.⁴⁹
2. Datos de laboratorio: como se ha mencionado anteriormente la anemia es una consecuencia muy común de los miomas. Esto se debe a hemorragia uterina excesiva y a agotamiento de las reservas de hierro. Sin embargo, en ocasiones algunos pacientes muestran eritrocitosis. El hematocrito retorna a valores normales después de la extirpación del útero y en esos casos se han comunicado concentraciones aumentadas de eritropoyetina. Además la relación reconocida de la policitemia y la enfermedad renal ha conducido a la especulación de que es posible que los miomas compriman los uréteres causando presión retrógrada de éstos y en esa forma, induzcan a la producción de eritropoyetina

⁴⁹ Danforth op cit. p 901

renal.⁵⁰ Puede haber leucocitosis, fiebre, y elevación de eritrosedimentación en los casos de degeneración aguda o de infección.

3. Imágenes:

- a) Ultrasonografía: Aunque el ultrasonido nunca debe sustituir el examen pélvico minucioso, puede ser de extraordinaria utilidad para identificar a los miomas, detallando la causa de otras masas pélvicas y en la identificación del embarazo.
- b) Histerosalpingografía: puede ser útil para detallar un mioma intrauterino en la paciente infértil.
- c) Urografía intravenosa: en el estudio completo de cualquier masa pélvica, debido a que con frecuencia revela desviación ureteral o compresión e identifica anomalías genitourinarias. Es indispensable durante la operación conocer la posición anatómica de uréteres y riñones.
- d) Resonancia magnética: son sumamente exactas para representar el número, el tamaño y la ubicación del mioma, pero raras veces son necesarias.
- e) Histeroscopia: puede ayudar en la identificación, así como también puede usarse para la extirpación de un mioma submucoso.
- f) Laparoscopia: muchos miomas pequeños, asintomáticos, son detectados por primera vez durante éste procedimiento, especialmente cuando se hace en la investigación de la esterilidad y esta usándose cada vez más para miomectomía.⁵¹

⁵⁰ Alan, DeCherney. op cit. p. 925

⁵¹ Antonio, Pellicer. op. cit. p. 64

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de mioma uterino no suele ser difícil, aunque cualquier masa pélvica, incluyendo el embarazo, puede ser confundida con el mioma. De hecho, los miomas son un diagnóstico preoperatorio común en el carcinoma ovárico, meiosis estromática endolinfática, absceso tuboovárico y endometriosis.

Las técnicas modernas de formación de imágenes pueden aclarar el diagnóstico, particularmente en mujeres obesas o cuando la palpación es difícil por otras razones, como por ejemplo cuando los músculos abdominales están tensos.

En el diagnóstico diferencial de miomas uterinos deben considerarse los quistes o neoplasias ováricas. Otras consideraciones relacionadas con los anexos incluyen las masas tuboováricas inflamatorias o neoplásicas.

El crecimiento uterino que semeja leiomiomas puede ser ocasionado por embarazo, cáncer endometrial, adenomiosis, hipertrofia miometrial o anomalías congénitas. Los anexos, epiplón o intestino adheridos al útero también pueden diagnosticarse de modo erróneo como miomas. Debido a que puede haber un feto de un útero obviamente miomatosos, deberá hacerse una prueba de embarazo en todas las mujeres en edad reproductiva. El síntoma más común de miomas es, la hemorragia anormal recurrente, puede ser causada por cualquiera de múltiples padecimientos que afectan al útero. El adenocarcinoma del endometrio o de la trompa uterina, los sarcomas del útero y los carcinomas ováricos son los más mortales y por lo tanto

los que son más importantes de excluir.⁵² El diagnóstico definitivo se puede establecer por dilatación y raspado, esta prueba se puede hacer a cualquier paciente con hemorragia anormal o una masa pélvica no valorada por este medio.

TRATAMIENTO

La elección del tratamiento depende de la edad, paridad, estado del embarazo, deseo de embarazos futuros, salud y síntomas de la paciente, así como el tamaño, localización y estado de preservación del mioma.

- a) *Medidas de Urgencia:* pueden ser necesarias las transfusiones de sangre para corregir la anemia. Se pueden aplicar eritrocitos aglomerados durante varios días en pacientes con anemia crónica, aun cuando sea profunda porque la paciente tiene volúmenes sanguíneos anormales y la transfusión de sangre entera puede precipitar insuficiencia cardíaca aguda. La cirugía es aceptada cuando la pacientes se vuelve hemodinámicamente estable. Se indica cirugía de urgencia en caso de mioma infectado, torsión aguda u obstrucción intestinal causado por un mioma pedunculado.
- b) *Control Hormonal:* consiste en administrar agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Los agonistas de la GnRH se encuentran en concentración más alta que los secretados normalmente por el núcleo arqueado del hipotálamo y como

⁵² Alan, DeCharney. op cit. p. 926

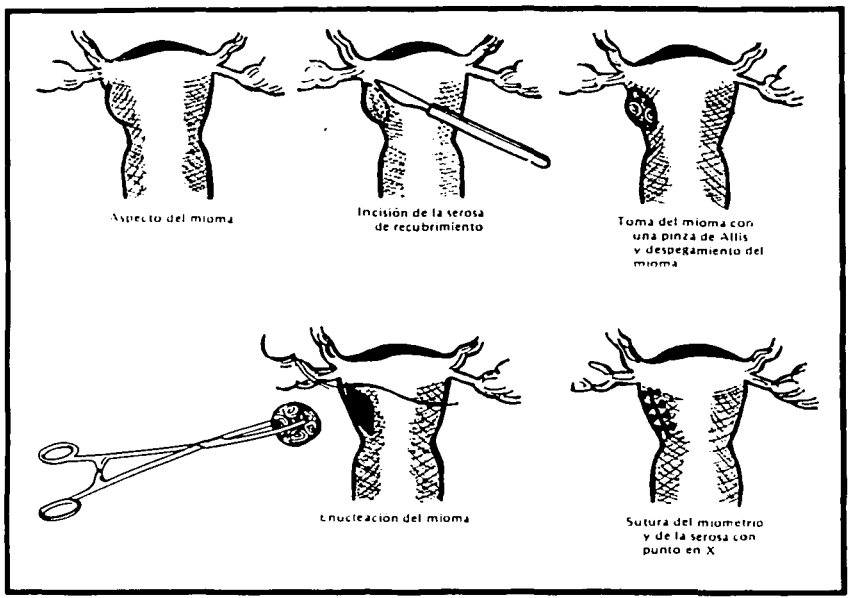
resultado, regulan a la baja los receptores celulares de gonadotropina de la hipófisis anterior causando supresión de las concentraciones sanguíneas de LH y FSH. El ovario falla entonces para desarrollar un folículo y existe una disminución concomitante de estradiol y progesterona. Poniendo a la paciente en una situación similar a la menopausia. Puesto que el mioma depende de estrógenos y progesterona para su crecimiento y mantenimiento, el resultado es el encogimiento del leiomioma. Para una mujer joven tratada con GnRH puede desarrollar los siguientes efectos colaterales: inestabilidad vasomotora y bochornos, disuria, dispareunia, pérdida de la memoria y osteoporosis; éstos efectos y su elevado costo del medicamento, limitan la duración a seis meses.⁵³ Otro tipo de tratamiento se basa en la administración de estrógeno y progestina, tienen menos efectos colaterales, pero no debe prescribirse la progestina si se ha tratado con GnRH, ya que evita la regresión del tumor.

- c) *Tratamiento quirúrgico:* a las mujeres que desean ser fecundadas se les puede ofrecer un abordaje quirúrgico conservador para extirpar los miomas tratando de dejar el útero intacto. Este procedimiento se denomina **miomectomía**. (Ver figura No.6)

⁵³ Danforth. op cit. p. 902

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**
FIGURA No. 6

TÉCNICA DE MIOMECTOMÍA



FUENTE: MONDRAGÓN, C. Héctor. Ginecología Básica Ilustrada. Ed. Trillas. 2ª ed. México, 1992. p. 260

El segundo es la **histerectomía**, que es el procedimiento definitivo para el útero miomatoso. Es la extirpación quirúrgica del útero.⁵⁴

Existen diversos tipos y vías para el procedimiento quirúrgico de histerectomía, sin embargo éste tema se explicara más adelante.

DEGENERACIÓN DEL MIOMA

Degeneración benigna:

1. **Hialina:** son miomas viejos o maduros de color blanco pero contienen áreas amarillas, blandas y frecuentemente, gelatinosas de cambios hialinos. Estos tumores suelen ser asintomáticos.
2. **Quística:** en el tumor existen zonas con tendencia a la licuefacción, que origina la existencia de cavidades quísticas con contenido líquido gelatinoso; también se le denomina transformación mixomatosa.⁵⁵
3. **Mixomatosa:** esta degeneración poco común asintomática, se presenta después de la degeneración hialina y quística.⁵⁶
4. **Cálcica:** en este tipo de transformación el mioma adquiere una consistencia dura, se necesita que el tumor esté mal vascularizado. Es más frecuente en los miomas subserosos

⁵⁴ Joan, Luckmann. Cuidados de Enfermería, Vol. II. Ed. McGraw-Hill. México, 2000. p. 1437

⁵⁵ Héctor, Mondragón. op cit. p. 256

⁵⁶ Alan, DeCherney. op cit. p. 924

- pediculado y después de la menopausia. En cambio, no se observa en los miomas submucosos.
5. **Infecciosa:** la infección aparece con mayor frecuencia en los miomas submucosos, favorecida por abortos, partos o legrados uterinos, ya que la mucosa de recubrimiento del mioma, se ulcera y constituye una vía de acceso de gérmenes que ascienden por el conducto vaginal.
 6. **Necrótica:** se produce en general por déficit de aporte sanguíneo o por una infección extensa y es más frecuente que aparezca en las degeneraciones hialinas o en miomas pediculados.
 7. **Grasosa:** en el espesor del mioma se generan zonas de grasa, que posteriormente pueden degenerar y tornarse malignas.
 8. **Roja:** la trombosis y congestión venosa con hemorragia intersticial causan el color de un mioma que sufre degeneración roja.

Degeneración maligna:

Es poco frecuente, las cifras dadas por los distintos autores oscilan entre el 0.1 a 0.5%. Es importante realizar un estudio minucioso del mioma, para descartar un sarcoma.

COMPLICACIONES

La hemorragia intensa con anemia es la complicación más común de los miomas. La obstrucción urinaria o intestinal por miomas grandes es menos común y la transformación maligna es rara.

La lesión o ligadura uretral es una complicación conocida de la cirugía para miomas, particularmente cervicales.⁵⁷

PRONÓSTICO

La histerectomía con extirpación de todos los miomas es curativa. La miomectomía, cuando es extensa y afecta significativamente al miometrio o penetra al endometrio, puede requerir parto por cesárea en los embarazos subsecuentes. Se produce recurrencia de síntomas después de miomectomía en 15 a 40%⁵⁸ de las pacientes y dos terceras partes de ellas requieren un tratamiento quirúrgico ulterior.

⁵⁷ Alan, DeCherney. op cit. p. 926

⁵⁸ Ibid. p. 928

2.5. HISTERECTOMÍA

CONCEPTO:

La histerectomía es la extirpación total del útero, incluyendo el cuello uterino.⁵⁹

Es el procedimiento quirúrgico de cirugía mayor que se realiza con más frecuencia en mujeres en edad reproductiva.⁶⁰

El término histerectomía, se refiere en forma apropiada sólo a la extirpación uterina.⁶¹

INDICADO:

Se realiza en numerosos trastornos, como:

- Miomas uterinos
- Hemorragia uterina irregular
- Prolapso uterino
- Cáncer de útero, ovario y cuello uterino
- Endometriosis sintomática
- Síndrome de relajación pélvica sintomática

⁵⁹ Alan, DeCherney. op. cit. p. 1077

⁶⁰ Norman, Gant. Manual de Ginecoobstetricia. Ed. El Manual Moderno. México, 1993. p. 160

⁶¹ Ibid. p. 161

La histerectomía se puede practicar por vía abdominal o vaginal, dependiendo de las indicaciones y contraindicaciones específicas (ver cuadro No. 2 y 3). La histerectomía vaginal es preferible, debido a que no hay incisión abdominal, la permanencia en el hospital es más corta y la recuperación es más rápida. Las pruebas de laboratorio y las consultas se deben practicar de manera externa, siempre que sea posible y apropiado, previos a la admisión hospitalaria.

TIPOS DE HISTERECTOMÍA

1. **Histerectomía abdominal:** El útero se extrae a través de una incisión abdominal abriendo la cavidad peritoneal. La indicación más frecuente de histerectomía abdominal la constituyen los miomas.

a) Subtotal: se deja el cuello uterino in situ, sin embargo se practica con menos frecuencia hoy en día que en pasado, a causa de la disponibilidad de antibióticos y mejor tratamiento de la anestesia en la paciente frágil y porque permanece el riesgo de enfermedad del cuello uterino, más notablemente carcinoma.⁶²

b) Total: se extirpa la totalidad del útero, incluyendo el cuello. Los ovarios normales se conservan para mantener la producción hormonal siempre que sea posible en mujeres menores de 45 años. Diversos estudios han demostrado que tras una histerectomía, las mujeres tienen un incremento del 20% del riesgo de quistes ováricos a los 5 años del procedimiento

⁶² Alan, DeCherney. op. cit. p. 1087

quirúrgico.⁶³ La ooforectomía bilateral seguida de tratamiento hormonal sustitutivo ha eliminado la necesidad de intervenciones posteriores por patología ovárica.

- c) Radical con disección ganglionar pélvica (procedimiento radical de Wertheim): puede realizarse en los estadios precoces del cáncer cervical invasivo y en ocasiones, en el cáncer endometrial. Implica la extirpación en bloque amplia de útero, trompas, ovarios, ligamentos y al menos el tercio superior del canal vaginal. Se extirpan y disecan los ganglios linfáticos pélvicos bilaterales y los canales linfáticos que rodean la arteria y vena iliaca externas, la arteria y vena hipogástricas.

- d) Del Manguito ancho: consiste en la extirpación de todo el útero y un manguito generoso de la vagina. Los cirujanos emplean este procedimiento ante carcinomas cervicales in situ.

- e) Histerosalpingo-ooforectomía: se extirpan las trompas de Falopio y los ovarios junto con el útero. Este procedimiento puede hacerse por cáncer endometrial, tubárico u ovárico, ante hemorragias vaginales importantes o grandes miomas.

⁶³ Lucy, Jo. Atkinson. Técnicas de Quirófano. Ed. Mosby. Barcelona, 200. p. 619

2. Histerectomía vaginal: es la extirpación del útero por vía vaginal.

- a) Total: se extirpa el útero a través de la vagina, realizando una incisión en la pared vaginal y la cavidad pélvica. Los ovarios no suelen extirparse.
- b) Radical (procedimiento de Schauta): tratamiento quirúrgico del carcinoma cervical precoz, no permite la disección de ganglios linfáticos pélvicos. Incluye la extirpación vaginal del útero, tercio superior de la vagina, los parametrios, las trompas de Falopio y los ovarios.

La vía de la histerectomía se elige de acuerdo a lo siguiente:

1. Anatomía pélvica: la candidata ideal para histerectomía vaginal tiene una pelvis ginecoide, con arco púbico mayor de 100 grados.
2. Tamaño uterino: la mayoría de los ginecólogos practican histerectomía vaginal, en un útero de tamaño equivalente al de uno de 12 semanas de gestación, o menor. Los cirujanos más experimentados practican lo que se ha dado en llamar "sección heroica", de un útero de tamaño equivalente al de 20 semanas de gestación.⁶⁴
3. Anexos: en los pacientes con síntomas o datos pélvicos sugestivos de enfermedad en los anexos, que puedan indicar una anexectomía, se prefiere la vía abdominal para efectuar la histerectomía.

⁶⁴ Alan, DeCherney. op. cit. p. 1083

4. Vías gastrointestinales: en el caso especial de pacientes de edad avanzada o con historia de quejas gastrointestinales significativas, el acceso abdominal ofrece una oportunidad para realizar un examen completo del intestino. Es una excepción a la regla, la paciente que planea colecistectomía e histerectomía concomitantes; algunos cirujanos consideran que es preferible practicar una histerectomía vaginal y una incisión subcostal, en vez de una incisión simple en la línea media del apéndice xifoides, hasta la sínfisis, en lo referente a complicaciones de la herida y tiempo de recuperación.
5. Trastornos urológicos: cuando se planea practicar una uretropexia retropúbica, es preferible una vía abdominal para la histerectomía. Si sólo se planea una colporrafia vaginal anterior, se prefiere la histerectomía vaginal.
6. Relajación pélvica: en el caso de rectocele aislado, se prefiere un acceso vaginal. La culdoplastia por enterocele, se puede practicar por cualquiera de las dos vías.
7. Trastornos médicos: en las pacientes con enfermedades cardiacas o pulmonares significativas, el acceso vaginal es preferible, cuando es posible, debido a la menor frecuencia de complicaciones pulmonares posoperatorias y a la ambulación más temprana.

CUADRO No. 1

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.

Procedimiento	Indicaciones	Contraindicaciones
Histerectomía Abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Miomas uterinos sintomáticos (dolor, presión, hemorragia) • Miomas asintomáticos (de 12 a 14 semanas de tamaño gestacional, crecimiento rápido) • Endometriosis sintomática refractaria a tratamiento médico. • Dolor pélvico crónico refractario a tratamiento médico. • Hemorragia incontrolable después de parto obstétrico (atonía uterina, placenta acreta, rotura uterina) • Infección que no responde a tratamiento médico. • Incontinencia urinaria de esfuerzo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia uterina anormal no diagnosticada. • Resultados desconocidos del frotis de Papanicolaou. • Infección activa. • Embarazo. • Anticualgulación con warfarina. • Cualquier padecimiento en el cual se contraindique la anestesia regional o general.

FUENTE: GANT, Norman F. Manual de Gineoobstetricia. Ed. El Manual Modeno. México, 1993. p. 165

CUADRO No. 2

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL.

Procedimiento	Indicaciones	Contraindicaciones
Histerectomía Vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación pélvica. • Incontinencia urinaria de esfuerzo. • Neoplasia intraepitelial cervical, grado alto. • Hemorragia uterina disfuncional que no responde a tratamiento médico. • Miomas uterinos sintomáticos de tamaño de 10 a 12 semanas de gestación o menor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Útero de tamaño mayor de 10 a 12 semanas de gestación. • Enfermedades de los anexos. • Anticoagulación con warfarina. • Cualquier padecimiento en el cual se contraindique la anestesia regional o general.

FUENTE: Misma del cuadro No. 2

*PLAN DE ATENCIÓN
DE
ENFERMERÍA*

3. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1. PRESENTACION DEL CASO

Descripción Genérica del Caso:

La señora Rebeca, de 38 años de edad, casada, católica, con licenciatura en educadora de niños; originaria de México D.F. Habita en departamento propio, cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios.

Problemática Psicosocial Fundamental:

Actualmente vive en compañía de su esposo, su hija de 12 años y una hermana de 32 años. Su familia la apoya incondicionalmente en todo lo que ella necesita, en especial su esposo, quien se interesa por su enfermedad y estuvo de acuerdo con el tipo de tratamiento que le realizaron. Al diagnosticarle miomatosis uterina ella se preocupó debido a los antecedentes de cáncer en su casa por parte de su mamá y tía. Sin embargo se tranquilizó al enterarse por parte del personal de salud, que un mioma no es canceroso, en sus primeros estadios, pero que si no se hubiera atendido de inmediato, este podría sufrir cambios, en donde su vida podría correr peligro.

Problemática física:

Rebeca es una persona obesa, con hábitos higiénicos dietético regulares, presenta prótesis dental superior, no teniendo ningún problema para masticar; su higiene es buena, fuma tres cigarrillos al día. Antes de diagnosticarle la enfermedad de miomatosis uterina, presentaba menstruaciones irregulares, con abundante sangrado y dolor abdominal, el cual se incrementaba durante el coito, provocando conflictos con su pareja, ya que él pensaba que ya no disfrutaba del acto, por lo que acude con un médico particular y le da tratamiento con Tamoxifen para deshacer el mioma, la dan de alta el día 23 de Agosto de 1993, incrementando las molestias en 1999 siendo su menstruación irregular, por lo que acude nuevamente con otro médico y le diagnostica que es el inicio de la menopausia por lo que no queda conforme y se practica en forma particular un ultrasonido en donde le informan que tiene un mioma. Al confirmar el diagnóstico ella no titubea en el tratamiento.

Problemática Espiritual:

Al saber el diagnóstico de miomatosis uterina, ella continuó trabajando y realizando su vida como de costumbre. La decisión del tratamiento la realizaron en pareja, quedando satisfechos con la paridad actual. Sin embargo a Rebeca le preocupa las consecuencias de una cirugía de histerectomía, como: una menopausia precoz, que sus relaciones sexuales se vean todavía alteradas aún después del

tratamiento o sobre si perderá la femineidad y la cicatriz de la incisión quirúrgica, sin embargo ella desea continuar y confía que todo se resolverá para bien suyo y de su familia. Posterior a la cirugía desea recuperarse pronto para poder incorporarse a su trabajo y labores domésticas para sentirse nuevamente útil.

Por todo lo anterior, conviene estudiar el caso clínico de la señora Rebeca con base en el enfoque teórico de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades, en donde podremos detectar los problemas reales o potenciales del cliente y utilizando el Proceso Atención Enfermería como herramienta para la implementación de los cuidados de la persona, detectadas durante el interrogatorio y exploración física.

3.2. HISTORIA CLINICA

Fecha: 17- Enero- 2001

Hora: 16:00 hrs

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Iniciales del cliente: PSR

Edad: 38 años

Grupo y Rh: O+

Peso actual: 89 Kg

Talla: 1.65 cm

Sexo: Mujer

Estado civil: Casada

Religión: Católica

Escolaridad: Lic. En Educadora Ocupación: Oficial de Puericultura

Lugar de Origen: México D.F.

Fecha de ingreso hospitalario: 16/Enero/2001 Servicio: Tercero Norte

Tipo de Interrogatorio: Directo

ANTECEDENTES HEREDO – FAMILIARES:

Mamá fallecida a la edad de 53 años por cáncer de mama, tía materna fallecida por cáncer cervicouterino, no recuerda edad de fallecimiento; ambas fueron tratadas con quimioterapia y radioterapia sin éxito. Padre de 60 años de edad con hipertensión arterial, la cual controla con captopril y nifedipina, ignora cifras de tensión arterial. Hermana con 32 años de edad y con enfermedad de Cushing desde hace dos años, recibiendo tratamiento con corticoesteroides.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Mujer de nivel socioeconómico medio, habita en departamento propio de tipo urbano, cuenta con dos recamaras, cocina, sala y comedor, el baño es familiar. En el departamento habitan cuatro personas (su esposo, hija y su hermana de la paciente) los cuales conviven en forma armónica apoyándose mutuamente. Considera que la higiene de su casa es buena, cuenta con todos los servicios básicos incluyendo televisión de paga. No convive ni tiene contacto con ningún animal doméstico y nocivo. El medio de transporte que utiliza con frecuencia es carro particular.

Alimentación:

Considera que tiene buen apetito, no sigue ninguna dieta, realiza las tres comidas al día, el desayuno lo realiza a las 7:00 a.m, la comida a las 14:00 p.m y la cena a las 21:00 p.m. Utiliza prótesis dental superior, sin embargo no tiene problemas para masticar. Tiene dificultad para controlar su peso corporal debido al exceso de comida ingerida, su alimentación es la adecuada en variedad pero no en cantidad. A la semana consume: tortilla 6x24x7, pan 1x24x7, carne roja 2x7, pollo 3x7, pescado 1x7, frijoles 4x7, verduras 7x7, frutas 7x7, huevo 3x7, leche un vaso diario por las mañanas, arroz 2x7, queso 1x7, refresco toma un vaso en la comida, no consume frituras y al día toma un litro de agua.

Eliminación:

Evacua dos veces al día sin problemas. Actualmente no puede evacuar por miedo a que la sutura se desprenda y la herida se abra. Al día micciona aproximadamente seis veces, la orina es de color amarillo claro.

Movilidad y postura:

Actualmente presenta dificultad para moverse y caminar por su herida quirúrgica abdominal impidiendo levantarse, sentarse y caminar por sí sola, por lo que requiere ayuda para realizarlo.

Dormir y descansar:

Refiere dormir sin ninguna dificultad, ocho horas diarias, considera que su recámara es muy confortable para descansar y dormir. Sin embargo por la cirugía y la herida en abdomen refiere sentir dolor moderado, impidiendo que ella descanse adecuadamente.

Vestido:

Le concede mucha importancia a su arreglo personal ya que ella tiene contacto con muchas personas y por lo tanto le gusta que la vean arreglada, ella viste de acuerdo al lugar y estación del año. Refiere no sentirse cómoda con la ropa del hospital ya que se abrocha por la parte trasera y no cubre totalmente su cuerpo. Actualmente para vestirse necesita de otra persona ya que la herida le impide realizarlo ella misma.

Higiene y protección a la piel:

Su higiene es buena, se baña diario con cambio total de ropa, el uso de toalla de baño es personal ya que considera que es un medio de transmisión de enfermedades, al igual que los artículos de uso personal; se lava los dientes tres veces al día, el lavado de manos lo realiza antes de comer y antes y después de ir al baño. Por el momento no es capaz de realizar totalmente su aseo personal sobre todo al lavar sus miembros inferiores.

Evitar peligros.

No presenta problemas en los órganos de los sentidos, en su casa aparentemente no corre ningún peligro así como en su trabajo. Su enojo y estrés lo soluciona permaneciendo sola por un momento y su tristeza lo remedia saliendo a pasear con su familia.

Comunicación y sexualidad:

No tiene problemas para comunicarse con los demás, refiere tener una vida sexual activa con su pareja, cuando llegan a tener algún desacuerdo lo solucionan hablando, de esta forma sus relaciones son placenteras. Sin embargo por su enfermedad, antes de operarse las relaciones sexuales eran dolorosas, pero su esposo comprendía el problema apoyándola en todo.

Creencias y valores:

Es una mujer que considera que la vida lo es todo y la muerte es algo inevitable que todo ser viviente debe de pasar. Conserva las

tradiciones comunes de toda persona que profesa la religión católica como festejar la navidad, el día de la virgen de Guadalupe, día de muertos etc. Menciona tener como único pendiente una recuperación sin problemas, para que pronto se incorpore a su trabajo y labores del hogar, siendo lo más importante para ella su familia.

Trabajo y recreación:

Es una mujer que trabaja cinco días a la semana y descansa dos con un horario de 7:00 a.m a 4:00 p.m, refiere que el horario y días de descanso le son suficientes para poder descansar, su tiempo libre lo dedica a las labores del hogar y a los estudios y cuidado de su hija, los fines de semana sale a pasear con su familia al cine, al bosque o a conocer lugares turísticos. No realiza ningún tipo de ejercicio refiriendo cansarse muy rápido. Fuma tres cigarrillos al día, el hábito de fumar lo inicio a los 19 años de edad, no ingiere bebidas alcoholicas. Su estancia en el hospital le resulta aburrida por la propia rutina del hospital.

Aprendizaje:

Debido a la histerectomía que le realizaron, la paciente tiene dudas sobre ¿porqué le dejaron los ovarios?, además desea saber si seguirá menstruando aún sin el útero y si no tendrá complicaciones posteriores.

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

Menarca a los 15 años de edad, con un ciclo regular de 28 días hasta hace tres años, en los cuales dejaba de menstruar hasta tres meses. Su fecha de última menstruación fue el 31 de diciembre del 2000, con duración de seis días y sangrado abundante, presenta dismenorrea muy severa con inflamación de abdomen, esto era aliviado con buscapina (butiliosina). Durante la menstruación no siente dolor en mamas ni pequeña bolitas, sin embargo se realiza la exploración mamaria una vez al mes durante el baño, ya que ella tiene miedo de padecer la misma enfermedad que su mamá. Su vida sexual activa la inició a los 22 años de edad con un solo compañero sexual, actualmente no tiene relaciones sexuales por la histerectomía practicada, antes de operarse presentaba dolor durante el acto sexual a nivel de abdomen bajo. Menciona que su pareja no se encuentra circuncidado. Desde su inicio de la vida sexual sólo utilizaban como método anticonceptivo el método del ritmo, después de su parto utilizo el dispositivo intra uterino y desde 1991 ya no utiliza ninguno ya que su esposo se realizo vasectomía. La prueba de papanicolaou se la realiza cada seis meses, la última fue en agosto del 2000, refiriendo no haber encontrado hallazgos de importancia. Refiere no haber padecido ni padecer de enfermedades de transmisión sexual. Gestas 1, partos 0, cesárea 1, abortos 0. Siendo su único embarazo con 40 semanas de gestación, el parto ocurrió el 4 de diciembre de 1988, es una mujer que nació por cesárea, hace 12 años; con un peso de 3.800 kg; lloró inmediatamente al nacer, pero tuvo complicaciones, ya que los médicos le diagnosticaron ictericia por lo que se quedo internada para

realizarle tratamiento con fototerapia. La paciente refiere haber amamantado a su hija durante seis meses. Fue un embarazo planeado y deseado.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Refiere enfermedades de la infancia como: varicela, sarampión y paperas, no recuerda edad y forma de adquisición. La paciente es alérgica a las sulfas manifestándose con Rash generalizado. Niega haber recibido anteriormente transfusiones sanguíneas. Ha tenido dos intervenciones quirúrgicas, a los ocho años le realizaron amigdalectomía y la segunda es de histerectomía total abdominal por miomatosis uterina a los 38 años de edad. Cuenta con esquema básico de vacunación, las últimas vacunas que se ha aplicado son la antigripal, tétanos y hepatitis B, todas en noviembre del 2000, faltando las dosis correspondientes.

Actualmente esta tomando los siguientes medicamentos por prescripción médica, por la histerectomía realizada:

1. Ampicilina 500 mg IV c/6 horas
2. Dexametasona 20 mg IV c/ 24 horas
3. Naproxen 500 mg VO c/ 12 horas
4. Hidroxido de aluminio y Magnesio 1 cucharada VO c/ 6 horas
5. Dolac 10 mg IV c/8 hrs.
6. Glucosada al 5% de 1000 cc IV, p/24 hrs.

PADECIMIENTO ACTUAL

Con médico particular le diagnosticaron hace seis años un mioma del tamaño de un chicharo, como medida terapéutica le dieron Tamoxifen para deshacer el mioma; la dieron de alta el 23 de agosto de 1993. A los 33 años incrementaron las molestias, su menstruación era muy irregular, reglando un día si y un día no durante quince días. Al acudir con otro médico particular le diagnostica que es el inicio de la menopausia por lo que no queda conforme y se practica un ultrasonido particular el día 23 de septiembre del 2000, en donde le informan que tiene un mioma y decide acudir a este hospital en donde le realizaron un segundo ultrasonido para corroborar el anterior, el día 27 de septiembre le dan el diagnóstico final de miomatosis uterina. Por todo lo anterior los médicos deciden operar realizando Histerectomía Total Abdominal debido a que el mioma era de 4.2 x 3.5 cm. Ella estuvo de acuerdo con el tipo de operación ya que su paridad estaba satisfecha. Para poder realizar la operación le tomaron muestras de sangre y de orina, obteniendo como resultado: hemoglobina de 14.4g/dl, hematocrito de 45.5%, tiempo de coagulación 12.6 seg. Por el momento se siente un poco intranquila por los resultados de patología, los cuales serán entregados el día 17 de febrero. Físicamente se siente molesta e incomoda por la herida quirúrgica.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Rebeca un poco inquieta en su cama, cooperadora cursando sus primeras horas de post operatorio mediato de una histerectomía abdominal total.

Signos vitales: Temperatura 37.5 °C, Tensión arterial 120/90 mmHg en brazo izquierdo en semi fowler, Frecuencia Cardiaca 86 por minuto, Respiración 26 por minuto.

Estado nutricional: Estatura 1.65 cm, Peso 89 Kg, complexión robusta, estilo de vida sedentario con periodos ocasionales de actividad.

Estado mental: Procesos mentales claros, lógicos, orientada en tiempo, lugar y espacio.

Piel: Tonos de piel blanca uniforme en todo el cuerpo, lunares en abdomen y piernas; zonas tibias, lisas, flexibles e hidratadas en codos, rodillas y pies y cicatriz antigua en rodilla izquierda.

Cabello: Limpio, negro con canas, espeso, ondulado, largo y sin restos de pintura, no alopecia, axilas y piernas rasuradas.

Uñas: Largas, arregladas, sin descamación, sin cutícula, lechos de tono rosado; llenado capilar inmediato.

Cabeza: Normocefalo, sin lesiones; cara simétrica

Ojos: Cejas escasas por depilación, pestañas completas con curva hacia fuera. Párpados intactos, fisuras parpebrales iguales. Aparato lagrimal funcional. Escleróticas blancas; conjuntivas normocrómicas, con buen reflejo pupilar y ojos de color negro.

Oídos: orejas simétricas, sin lesiones, conductos auditivos con mínimo serumen.

Nariz: Narinas permeables sin salida de secreciones con ligera dificultad para respirar, observándose respiraciones frecuentes y superficiales por lo que porta catéter binasal con oxígeno suplementario con un flujo de 3 litros por minuto.

Boca: Labios de tono pálido, simétricos, lisos, poco hidratados, sin lesiones. Encías rosas intactas con prótesis dental superior, mucosas orales semi-hidratadas. Lengua en la línea media con movilidad, sin lesiones y papilas presentes, paladares intactos, deglute sin problemas

Cuello: Simétrico, sin lesiones, se encuentran presentes pulsos carotídeos y traquea movable.

Tórax y pulmones: mamas grandes, simétricas; sin ninguna anomalía o tumoraciones, pezón bien formado sin salida de secreción; ruidos cardíacos rítmicos de tono e intensidad normal; expansión torácica superficial. Se palpa columna vertebral no encontrando malformaciones.

Miembros superiores: en mano derecha porta venoclisis permeable al 100% con jelco número 18, y una solución glucosada al 5% de 1000 ml para 24 horas faltando por pasar 800 cc, se palpan pulsos periféricos normales.

Abdomen: con tricotomía, inflamado, blando a la palpación, con ruidos intestinales presentes, ombligo en la línea media, se aprecia estrías y herida quirúrgica por histerectomía abdominal con 9 horas de post operatorio y con sutura continua con longitud de

11 cm y 15 puntos; la herida se encuentra limpia, inflamada, moderado eritema en la periferia en proceso de cicatrización, cubierta con gasas y micropore.

Genitales: de acuerdo a edad y sexo, con tricotomía, porta sonda vesical a derivación con bolsa recolectora de orina con un volumen de 200 ml, la orina es de color amarillo claro; moderado sangrado transvaginal, por lo que porta toalla femenina.

Miembros Inferiores: Se palpan miembros inferiores fríos, con edema de ++ cruses valorado con signo de godete y llenado capilar de 3 seg.

Alma Laura Cervantes Bonilla

Nombre de la Enfermera que lo elaboró

3.3. EXAMENES PREOPERATORIOS

Estudios de Laboratorio:

Los estudios de laboratorio que se le realizaron a Rebeca fueron los siguientes: BH, EGO, Coagulograma, PIE y Grupo y Rh.

Cabe señalar que solo se anotaron los más importantes para llevar a cabo la intervención quirúrgica y se busco los valores normales.

BIOMETRÍA HEMATICA:

- ❖ Leucocitos 7000/ mm³
- ❖ HGB 14.4 g/dl
- ❖ HCT 45.5 %
- ❖ Plaquetas 269 000/mm³

EXAMEN GENERAL DE ORINA:

- ❖ Densidad: 1.012
- ❖ PH 5.9
- ❖ Hemoglobina: Negativo
- ❖ Glucosa: Negativo
- ❖ Leucocitos: Ausentes

COAGULOGRAMA:

- ❖ TP 12.6 seg

PRUEBA DE EMBARAZO:

- ❖ Negativo

GRUPO Y Rh:

- ❖ O positivo

Comparando con lo valores normales, no se encuentra ninguna alteración. (Ver cuadro No.4)

CUADRO No. 3
VALORES NORMALES DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

BIOMETRIA HEMATICA
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Leucocitos 4.500 a 10.000/mm³ ❖ HGB 12-16 g/dl ❖ HCT 37-47 % ❖ Plaquetas 150 000 a 350 000/mm³
EXAMEN GENERAL DE ORINA
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Densidad: 1.010-1025 ❖ PH 4.5 y 7.5 ligeramente ácida con un promedio de 6 ❖ Hemoglobina: Negativa ❖ Glucosa: Negativa ❖ Leucocitos: Ausentes
COAGULOGRAMA
<ul style="list-style-type: none"> ❖ TP 12 a 14 seg
PRUEBA DE EMBARAZO
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Negativo o Positivo
GRUPO Y Rh
<ul style="list-style-type: none"> ❖ A positivo o negativo ❖ B positivo o negativo ❖ O positivo o negativo ❖ AB positivo o negativo

FUENTE: EDGE valerie y Mindi Miller, Cuidados de Salud en la Mujer.
Ed. Mosby-Doyma libros, Barcelona, 1995. p. 324

Ultrasonografía

Fecha: 23-Septiembre-2000

Se efectuó rastreo ecográfico sobre la región pélvica utilizando un equipo de tiempo real con transductor lineal de 3.5 MHz observándose.

Llenado vesical: de características morfológicas adecuadas, útero lateralizado a la derecha, aumentado de volumen, en anteversión.

Tamaño: 11.2 cm eje longitudinal, 5.7 cm; eje anteroposterior, 7.6 cm eje transversal.

Patrón ecográfico: heterogéneo, con algunas zonas de mayor y menor densidad, predominante hacia la cara posterior en donde se aprecia una zona redondeada de aproximadamente 4.2 x 3.5 cm, con bordes más o menos definidos y disminución de la ecogenidad, compatible con mioma intramural.

Endometrio: central, regular y con grosor adecuado al día del ciclo.

Anexos: Con ligero aumento de la ecogenidad predominante hacia el lado izquierdo.

Ovario derecho: 3.5 cm x 1.7 cm x 2.1 cm

Ovario izquierdo: 2.5 cm x 1.8 cm x 2.0 cm

Observaciones: el ovario derecho se localiza hacia la cara posterior del útero. No se aprecian imágenes quísticas ni foliculares en ambos ovarios

3.4. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Primer Día: Cirugía

Fecha: 17/01/01

Hora: 16:00 p.m

Diagnóstico Preoperatorio: Miomatosis Uterina

Diagnóstico Post operatorio: Histerectomía Total Abdominal.

Diagnósticos de Enfermería:

1. Alteración en el patrón respiratorio relacionado con efectos de anestesia quirúrgica, postura y obesidad, manifestado por respiraciones rápidas y superficiales.
2. Alteración de la movilidad física relacionado con la sonda vesical a derivación y venoclisis, manifestado por incapacidad para moverse intencionalmente en la cama, traslados y deambulación.
3. Alteración del sistema circulatorio relacionado con estancia prolongada en cama, manifestado por edema de miembros inferiores.
4. Alteración de la eliminación vesical relacionado con colocación de sonda vesical por incomodidad y ardor en la zona de inserción.
5. Alteración de la eliminación fecal relacionado con herida quirúrgica, manifestado por distensión abdominal y por contener el deseo de defecar por temor a que la herida quirúrgica se abra.
6. Dolor relacionado con procedimiento quirúrgico, manifestado por su expresión facial, cambio en los signos vitales y molestias en abdomen bajo, además de que lo expresa verbalmente.

ESTA COPIA NO SALE
DE LA ASESORIA

7. Alteración en la nutrición relacionado con una ingesta que excede las necesidades metabólicas, manifestado por obesidad.
8. Alteración del patrón del sueño relacionado con equipo para venoclisis, sonda vesical y dolor de la herida quirúrgica.
9. Potencial de hemorragia relacionado con histerectomía.
10. Potencial de infección relacionado con insición abdominal reciente y obesidad.
11. Potencial de alteración de la imagen corporal relacionado con herida quirúrgica.
12. Potencial de alteración del aparato respiratorio relacionado con hábitos de fumar.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración en el patrón respiratorio relacionado con efectos de anestesia quirúrgica, postura y obesidad, manifestado por respiraciones rápidas y superficiales.

Objetivo: Mejorar el patrón respiratorio de Rebeca, manteniendo la vía aérea permeable.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Respirar	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Colocar a Rebeca en semi fowler. ❖ Aplicación de oxígeno a través de un catéter binasal con oxígeno húmedo a 3 litros x´. ❖ Orientar al paciente sobre el procedimiento. ❖ Tomar, registrar y valorar Frecuencia respiratoria. ❖ Animar a la paciente a que respire profundamente. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mejora la expansión torácica permitiendo respiraciones más profundas. ❖ El catéter binasal proporciona aproximadamente 24 a 44% de oxígeno a velocidades de flujo de 1 a 6 litros por minuto. ❖ La explicación de las ventajas de la oxigenoterapia y la participación esperada del paciente disminuye el estado tensional. ❖ Es un signo vital o manifestación objetiva que se puede percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante, para valorar el estado de salud o enfermedad. En la edad adulta las cifras correctas son de 16 a 20 respiraciones por minuto ❖ Facilita la eliminación del anestésico. 	Una vez identificado el problema y haber implementado las acciones de enfermería, Rebeca mejoró su expansión torácica, la cantidad de respiraciones por minuto fue de 20. Se observó que al explicarle el procedimiento de la oxigenoterapia, disminuyó su inquietud, por lo tanto se mostró cooperativa en todo lo que se le pedía.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la movilidad física relacionado con la sonda vesical a derivación y venocclisis, manifestado por incapacidad para moverse intencionalmente en la cama, traslados y deambulación.

Objetivo: Ayudar a Rebeca a mantener una postura adecuada.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Movimiento	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Explicar la importancia de la venocclisis y la sonda vesical. ❖ Indicar que realice movilización activa. ❖ Proteger las prominencias óseas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El explicarle cualquier tipo de procedimiento, sobretodo sus beneficios, se obtienen mejores resultados en cuanto a cooperación por parte de ella. El objetivo de la administración de líquidos IV es corregir o prevenir los trastornos hidroelectrolíticos o la administración de medicamentos IV. La colocación de la sonda vesical tiene como objetivo en el intraoperatorio, evitar puncionar la vejiga, manteniéndola vacía; en el post operatorio su finalidad es vaciar la vejiga en caso de retención urinaria, evitar micciones involuntarias, además de facilitar la eliminación urinaria y observar si existen hemorragias. ❖ Ejercita los miembros y robustece los músculos y articulaciones, estos ejercicios se pueden realizar con el paciente encamado. ❖ Las prominencias óseas se protegen con cambios posturales cada 15 minutos hasta 2 horas dependiendo del estado de salud de Rebeca. También con almohadas en maleolos y rodillas 	Al recibir a Rebeca, ella manifestaba tener mucho miedo para moverse ya que pensaba que la sonda se le saldría; sin embargo después de explicarle la función y beneficios de la sonda vesical y venocclisis; la paciente pudo moverse. Con los ejercicios activos en cama refiere sentirse mejor, esto se incremento al realizar cambios posturales y proteger las prominencias óseas.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración del sistema circulatorio relacionado con estancia prolongada en cama, manifestado por edema de miembros inferiores.

Objetivo: Mejorar el retorno venoso de miembros inferiores a través de medidas asistenciales de enfermería y tratamiento farmacológico.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Moverse y conservar una buena postura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Colocar calcetas o vendajes en las piernas. ❖ Colocar a Rebeca con las piernas levemente elevadas y que realice ejercicio activo en cama. ❖ Dar masaje en extremidades inferiores. ❖ Ministrarse Naproxen 500 mg VO c/12 horas. ❖ Ministración de Dexametasona 20 mg IV, DU. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se debe realizar con compresión uniforme y moderada de la parte distal a lo proximal y de izquierda a derecha, ya que el retorno venoso sanguíneo, se efectúa de la periferia al centro, la presión excesiva puede causar dolor y alterar la circulación; provocando necrosis en el tejido. ❖ El ejercicio favorece el restablecimiento o conservación del tono muscular y movilidad de las articulaciones, así como la estimulación de la circulación sanguínea y la adaptación a la actividad. ❖ El masaje, incrementa el riego sanguíneo periférico y elimina el exceso de líquidos. ❖ Tiene propiedades analgésicas, antiinflamatorio y antipiréticos; inhibe la agregación plaquetaria y prolonga el tiempo de protrombina. Atraviesa la barrera placentaria, se elimina a través de orina y leche materna, está contraindicado en enfermedades reumáticas. ❖ Corticosteroide, indicado en casos de enfermedades de la colágena, reumáticas, alergias graves, gastrointestinales. Así como para procesos de inflamación aguda localizada, que es el caso de Rebeca. 	<p>Aplicando la posición con piernas parcialmente elevadas y el masaje, disminuyo el dolor de piernas; sin embargo lo ideal es que ella comience a caminar para favorecer la circulación sin embargo no es posible por el día de hoy ya que Rebeca no quiere hacerlo por incomodidad con la sonda vesical. El problema de edema disminuirá a través de varios días por lo que hoy es imposible eliminar totalmente el problema; sin embargo con la aplicación de naproxen disminuye considerablemente las molestias.</p>

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la eliminación vesical relacionado con colocación de sonda vesical manifestado por incomodidad, ardor en la zona de inserción.

Objetivo: Mejorar la eliminación vesical a través de cuidados de enfermería a pacientes con sonda vesical.

NECESIDAD	ACCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mantener la privacidad de Rebeca. ❖ Proporcionar abundantes líquidos. ❖ Vigilar, coloración, cantidad y olor de la orina. ❖ Fijar correctamente la sonda en la región del muslo. ❖ Ayudar a Rebeca a adoptar una posición cómoda y segura. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La ayuda en forma emocional a tolerar la sonda, sin pena al que dirán los demás. ❖ Cómo mínimo 2 litros de agua al día, para favorecer la irrigación continua de la vejiga y prevenir la sedimentación de la orina en el tubo de sonda. ❖ Ayuda a identificar si existe hemorragia o inicios de infección en las vías urinarias. ❖ Debido a que la sonda se mantiene en su lugar por medio del globo inflado que esta dentro de la vejiga, es recomendable fijar la sonda, para que esta no se desprenda y ocasione ruptura de vejiga y ureter. ❖ Proporciona seguridad y comodidad. 	Debido a que Rebeca se encuentra en una habitación privada no fue necesario tener una privacidad estricta. El cliente se rehúsa a tomar líquidos debido a que el abdomen lo tiene distendido. Al fijar correctamente la sonda y colocarla en una posición correcta favoreció a que tolerara la sonda y disminuyera su cansancio. Hasta el momento no se observa acumulación de secreción en la inserción de la sonda y en el trayecto. El total de diuresis en el turno fue de 900 ml de orina concentrada.

	<ul style="list-style-type: none">❖ Vaciar la bolsa de diuresis cada 8 horas como máximo.	<ul style="list-style-type: none">❖ La orina de la bolsa de diuresis es un medio excelente para el crecimiento de microorganismos y limpiar la bolsa evita el desarrollo de éstos y olores desagradables. Si antes de las ocho horas el paciente tiene 1,500 ml o más hay que vaciar la bolsa y más si el paciente deambula.	
	<ul style="list-style-type: none">❖ Limpiar la zona de inserción.	<ul style="list-style-type: none">❖ Para disminuir el riesgo de infección o la presencia de secreción en la zona de inserción de la sonda. Como mínimo se debe realizar limpieza en los primeros 5 cm de la sonda cada ocho horas.	

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la eliminación fecal relacionado con herida quirúrgica, manifestado por distensión abdominal y por contener el deseo de defecar por temor a que la herida quirúrgica se abra.

Objetivo: Disminuir los factores que impiden que Rebeca realice una evacuación espontánea para que ella expulse gases y defeque antes del alta.

NECESIDAD	ACCION DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Iniciar alimentación líquida. ❖ Una vez que tolere los líquidos, insistir en la ingesta del mismo. ❖ Colocar vendaje abdominal a Rebeca. ❖ Registrar los movimientos intestinales. ❖ Ofrecer estimulantes naturales. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El paciente tiene pocas horas de ser operada, es necesario introducir poco a poco el alimento ya que por efectos de anestesia el paciente puede tener reflejos nauseosos hasta llegar al vómito. ❖ Sirve para evitar el estreñimiento, favoreciendo el reblandecimiento de heces y para hidratar. ❖ Favorece la confianza de Rebeca para evacuar y moverse, además de que evita dehiscencia de herida. ❖ Permite valorar si no existe alteración intestinal, provocado por traumatismo y manipulación del colon durante la cirugía. ❖ Una vez que haya tolerado líquidos iniciar con dieta blanda ofreciendo estimulante naturales como la papaya o la ciruela pasa, evitando el pujo fuerte al defecar. 	<p>Cursando sus primeras horas de post operada, es normal que Rebeca no evacue, ya que no tiene ningún alimento en el estómago, sin embargo es necesario valorar el ruido intestinal y movimiento peristáltico, al termino del turno, no se encontró ningún problema intestinal. Rebeca refiere eliminar gases.</p>

Diagnóstico de Enfermería: Dolor relacionado con procedimiento quirúrgico, manifestado por su expresión facial, cambio en los signos vitales y molestias en abdomen bajo además de que lo expresa verbalmente.

Objetivo: Disminuir el dolor a través de técnicas de relajación y ministración de medicamentos.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Dormir y descansar	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar el grado de dolor por medio de la escala del 0 al 10 ❖ Valorar los signos vitales. ❖ Ministrar Dolac 10 mg IV c/12 hrs. ❖ Promover técnicas de relajación, masaje, distracción y respiración lenta. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Muchas personas suelen ser muy aprensivas y confundir su miedo con dolor, por lo que es importante tranquilizar y fijarse en la expresión facial. La escala del 0 al 10 denota que 0 es ausencia de dolor y 10 es la presencia de máximo dolor. ❖ El desequilibrio físico o psicológico provoca alteración en los signos vitales, tales como respiraciones más rápidas y superficiales, aumento en el pulso y tensión arterial, además de que la temperatura se eleva. ❖ Analgésico y antiinflamatorio. Se absorbe a través de mucosa gastrointestinal, se metaboliza en hígado y se elimina por orina. ❖ Estas estrategias cognitivas o conductistas son eficaces porque contrarrestan el grado de atención que se da al estímulo sensorial doloroso. 	<p>Rebeca expresa moderado dolor en la región de herida quirúrgica, refiere en tres por medio de la escala del dolor. Al valorar los signos vitales se registro: pulso 82 x', respiración 22 x' y temperatura de 37°C y una T/A de 120/90 mmHg, por lo que se ministro Dolac 10 mg IV Cada 12 horas como indicado. La explicación de técnicas de relajación llamaron la atención de Rebeca por lo que ella solo implemento el método de respiración y de imaginación guiada. Al termino del turno Rebeca refiere que el dolor disminuyo considerablemente y por lo tanto su comodidad mejoró</p>

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la nutrición relacionado con una ingesta que excede las necesidades metabólicas, manifestado por obesidad.

Objetivo: Modificar hábitos alimenticios en Rebeca, en cuanto a porciones de comida necesarias para su cuerpo.

NECESIDAD	ACCION DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Investigar hábitos alimenticios. ❖ Valorar los factores causales de la ingesta excesiva de alimentos. ❖ Explicarle los riesgos que provoca la obesidad para la salud. ❖ Modificar en Rebeca sus hábitos alimenticios. ❖ Aumentar el nivel de actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ya en la historia clínica se realizó y nos sirve para identificar cuales es la causa por la que Rebeca es obesa la causa es la ingesta excesiva de alimentos. ❖ Muchas personas refieren comer cuando se sienten nerviosas, cuando estan tristes o cuando no se encuentran haciendo nada. ❖ Ser obesa ocasiona diversos trastornos como la fatiga, enfermedades digestivas, cardiovasculares y cáncer. ❖ Ya que se identifico que la obesidad de Rebeca es por el consumo excesivo de alimento y no por la ingesta de malos nutrientes. Es más fácil orientarla en cuanto a porciones de comida, ejemplo: <ol style="list-style-type: none"> 1. beber 1 vaso de agua antes de los cada alimento. 2. Evitar servirse por segunda vez. 3. Usar platos más pequeños 4. Comer despacio y masticar bien la comida. ❖ Una vez que Rebeca se recupere de su cirugía, debe realizar ejercicio para 	<p>Al explicarle las consecuencias del estar obesa, ella refirió saberlo y que le cuesta un poco de trabajo cambiar sus hábitos alimenticios. Ella pensaba que se le iba a dar un regimen dietético pero al comunicarle que los nutrientes que consume son los correctos y lo que ella tiene que disminuir es su cantidad refirió poder lograrlo y se observo más satisfecha al sugerirle que su familia puede contribuir en su tratamiento.</p>

	<ul style="list-style-type: none">❖ Animar a los familiares a unirse al programa de ejercicios.	<p>producir pérdida de peso. Un ejercicio recomendado es una caminata diaria de 20 minutos y utilizar las escaleras.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ De esta forma Rebeca no se sentirá sola al realizar su caminata lo cual en lugar de resultarle aburrida y tediosa le será divertido.	
--	---	---	--

Diagnóstico de Enfermería: Alteración del Patrón del sueño relacionado con equipo para venoclisis, sonda vesical y dolor de la herida quirúrgica.

Objetivo: Crear un ambiente adecuado para favorecer el descanso y sueño de Rebeca.

NECESIDAD	ACCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Descanso y Sueño	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Limitar el sueño durante el día. ❖ Mantener la cama caliente, limpia y cómoda. ❖ Limitar el número de visitas. ❖ Ministración de analgésicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evita que durante la noche Rebeca sufra de insomnio. ❖ El ambiente confortable hace que Rebeca concilie el sueño más rápido, ya que proporciona confort y seguridad. ❖ El número grande de visitas, hacen que Rebeca se fatigue, por que lo hacen hablar y por lo tanto esforzarse. Lo mejor es que solo los familiares directos la puedan ver por un rato y que sólo se quede un familiar a la vez. ❖ Controlan el dolor y mejoran el estado de bienestar de Rebeca, por lo tanto ella puede conciliar el sueño (los analgésicos se describen en diagnósticos anteriores. 	Es natural que por los efectos de anestesia y por la cirugía, Rebeca se sienta fatigada y cansada, sin embargo ella misma manifestó, que debido al gran número de visitas ella no podía descansar por lo que solicitó que solo su esposo se quedara con ella, ya que se sentía más segura y que podría descansar mejor. Al final del turno Rebeca logro conciliar el sueño.

Diagnóstico de Enfermería: Potencial de hemorragia relacionado con histerectomía.

Objetivo: Evitar posibles complicaciones a través de la valoración del sangrado transvaginal.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Evitar peligros	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tomar, registrar y valorar signos vitales. ❖ Valorar la cantidad de sangrado por vía vaginal ❖ Enseñar a Rebeca a buscar y notificar signos de hemorragia. ❖ Cambiar toalla femenina. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Si existe, taquicardia, tensión arterial baja, aumento de sangrado, agitación, palidez, diaforesis, son signos de hemorragia. Los signos vitales normales en una persona adulta son: Pulso: 88-90/min, Respiración: 16-20/min, Temperatura: 36.5°C, Tensión Arterial: 120/80 mmHg. ❖ El aumento de volumen sanguíneo por vía vaginal, orienta al diagnóstico de hemorragia ya que lo normal es que ésta disminuya. ❖ Debido a la gran cantidad de vasos sanguíneos que hay en la pelvis de la mujer la histerectomía conlleva un mayor riesgo de hemorragia, normalmente la hemorragia aparece en las 24 horas siguientes a la operación, una característica importante de detectar la hemorragia, es que la sangre es de color rojo brillante. ❖ Favorece la higiene, comodidad e integridad de la piel. Es importante que en cada cambio, se observe la cantidad y características del sangrado. 	El sangrado transvaginal del Rebeca es moderado. La enseñanza respecto a los signos de hemorragia provoca ansiedad, sin embargo cuando se le explico que el sangrado que ella tiene es moderado y que sus signos vitales se encontraban dentro de parámetros normales, posteriormente se tranquiliza. Durante el turno se cambio dos veces la toalla femenina para comodidad de Rebeca.

Diagnóstico de Enfermería: Potencial de infección relacionado con incisión abdominal reciente y obesidad.

Objetivo: Evitar que el cliente contraiga una infección nosocomial, a través de las medidas asistenciales de enfermería.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Evitar Peligros	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lavar la herida quirúrgica con técnica aséptica. ❖ Cubrir la herida quirúrgica con apósito estéril y micropore. ❖ Instruir a Rebeca, sobre como mantener limpia una herida. ❖ Vigilar aparición de signos de infección. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Esto implica el calzado de guantes esteriles, así como todo el material, esto evita la contaminación de la herida. Es importante secar bien la herida antes de cubrirla, hay que recordar que la humedad y la oscuridad son factores para que una herida se infecte. ❖ Evita que cualquier agente patógeno se introduzca en la herida y cause un proceso infeccioso, además el micropore es menos agresivo que la tela adhesiva. ❖ Debido a que ella se ira a su casa, y continuara con los cuidados de su herida, es necesario que conozca la técnica aséptica y el manejo de vendajes. ❖ Debido a que las infecciones de herida son la segunda causa más común de infección nosocomial es importante detectarlos, los cuales son: Rubor, edema, hipersensibilidad, calor, pus u otro tipo de secreción, fetidez, todo de la herida, además de escalofríos generalizados o fiebre. 	Debido a que el cliente se encuentra cursando sus primeras horas de post operatorio, es difícil que se aprecie si existe o no infección de la herida quirúrgica, sin embargo como medida de prevención se realizaron las anteriores acciones de enfermería previa instrucción a Rebeca, ya que es ella quien tendrá que realizar la curación de la herida en su casa. Otra medida de prevención se realizo con la aplicación de ampicilina IV.

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reducir el tiempo de hospitalización al mínimo. ❖ Realizar lavado de manos, antes y después de revisar la herida de Rebeca ❖ Ministran Ampicilina 500 mg IV cada 6 horas. Con solución Glucosada al 5% de 1000cc para 24 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evita que adquiera una infección nosocomial. ❖ El lavado de manos es importante debido a que no le transmitimos infecciones de otros pacientes, además es una medida preventiva para la misma enfermera. ❖ Antibiótico bactericida de amplio espectro, se elimina por orina y leche materna. Esta indicado en infecciones graves por microorganismos susceptibles a cepas de Haemophilus, Salmonela, Echerichia Coli, Shigella, proteus y Neisseria. También funciona como método de prevención a las infecciones. La solución glucosada es una fuente de calorías, se emplean para cubrir las necesidades de agua y en la rehidratación del organismo, se utiliza para iniciar venoclisis, esta contraindicados en diabéticos. 	
--	---	---	--

Diagnóstico de Enfermería: Potencial de alteración de la imagen corporal relacionado con herida quirúrgica.

Objetivo: Crear un vínculo de confianza enfermera-paciente con la finalidad de ayudar en la percepción de la imagen corporal.

NECESIDAD	ACCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Mantener la piel íntegra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar la percepción de la imagen corporal ❖ Animar a Rebeca a observar la herida quirúrgica ❖ Crear una atmósfera de confianza, mostrando empatía y no compasión. ❖ Canalizar al departamento de Psicología. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Para observar la amenaza que éste constituye para ella. ❖ Si logra mirarla y posteriormente tocarla, favorecerá a la aceptación de la misma. ❖ La confianza hace que Rebeca exteriorice sus miedos y temores y de esta forma se sabe con certeza su problema. ❖ Como último recurso, si se observa que Rebeca no acepta su realidad, es necesario canalizarla al departamento de psicología o personal calificado. 	<p>Anteriormente Rebeca fue intervenida quirúrgicamente y por lo tanto ya contaba con una cicatriz por cesárea, la preocupación de ella es que quedara peor de lo que la tenía, sin embargo la incisión quirúrgica se la realizaron en el mismo sitio con bordes afrontados. Una vez que Rebeca se animo a observar su herida quirúrgica se relajó y se despreocupó de tener una segunda cicatriz, además expresa verbalmente sus temores. Es importante mencionar que Rebeca no necesita de ayuda psicológica.</p>

Diagnóstico de Enfermería: Potencial de alteración del aparato respiratorio relacionado con hábitos de fumar.

Objetivo: Explicar y orientar a Rebeca sobre las consecuencias de fumar y como poder dejar de fumar.

NECESIDAD	ACCION DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evitar peligros 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Preguntar inicio del hábito de fumar. ❖ Identificar las causas por las que fuma Rebeca. ❖ Explicarle los daños que ocasiona el fumar. ❖ Dar alternativas para que deje de fumar. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rebeca inicio a la edad de 19 años. Mientras más tiempo tenga fumando, más le costara dejarlo y probablemente ya queden secuelas de la nicotina, dióxido de nitrógeno, monóxido de carbono y alquitran. ❖ Es importante que ella misma la identifique y pueda controlarlo, al igual que la comida las causas de fumar son estrés y la convivencia con personas fumadoras. ❖ Es más notorio en personas que tienen un mayor tiempo de fumar. Los daños que ocasiona son: cáncer de pulmón, labio, encía, faringe y laringe, etc, así como el daño económico y a las personas que los rodean, convirtiendolos en fumadores pasivos. ❖ La persona que lleva muchos años fumando se le puede decir que es adicto o dependiente por lo que dejar de fumar no le será fácil, pero existen gomas de mascar o parches que contienen nicotina pero no es tan dañino ya que no contiene las otras sustancias del cigarro y la cantidad de nicotina es mínima por lo que poco a poco ira disminuyendo su ansiedad por fumar. 	<p>Rebeca, antes de la plática acerca de los daños que provoca el fumar, no tenía idea de lo malo que le estaba haciendo a su cuerpo, ya que consideraba que tres cigarros al día no era mucho. Además identifiqué que el estar con amigos fumadores y el estrés por el trabajo le insitaba a fumar, por lo que ya esta considerando comprar los parches para poder dejar de fumar y masticar una goma de mascar cuando este en reuniones y todo esto lo ara por su salud y por la de su familia.</p>

Segundo Día

Fecha: 18/01/01

Hora: 15:00 p.m

Diagnósticos de Enfermería:

1. Alteración del bienestar físico relacionado con distensión abdominal, manifestado por pena de Rebeca al contener las flatulencias.
2. Déficit de autocuidado parcial para bañarse relacionado con equipos de venoclisis y sonda vesical, manifestado por limitación del movimiento voluntario.
3. Déficit de conocimientos relacionado con la intervención quirúrgica y tratamiento del mismo, manifestado por preguntas formuladas por Rebeca al personal de enfermería.
4. Déficit de actividad recreativa relacionado con estancia en cama manifestado por aburrimiento y periodos ocasionales de mal humor.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración del bienestar físico relacionado con distensión abdominal, manifestado por pena de Rebeca al contener las flatulencias.

Objetivo: Favorecer la comodidad de Rebeca, así como disminuir la distensión abdominal.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aplicar calor en abdomen por medio de lámpara de chicote. ❖ Ministración de Melox VO, 1 cda. Cada 6 horas. ❖ Valorar el retiro de sonda vesical. ❖ Estimular a Rebeca a que deambule. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Favorece la peristalsis, alivia el dolor y aumenta la circulación sanguínea, para favorecer la cicatrización ❖ Contiene Hidróxido de Aluminio, Magnesio y Dimeticona. Proporciona rápido alivio de los síntomas que acompañan la hiperacidez como son: agruras, ardor distensión abdominal y elimina las molestias por exceso de gases. Contraindicado en daño renal y cálculos. En grandes dosis produce estreñimiento. ❖ Facilita el traslado de Rebeca. ❖ Al deambular favorece la actividad muscular y la motilidad intestinal. 	<p>Al aplicar calor mejora la comodidad de Rebeca, ayudando también la ministración del Melox. Al solicitar al medico la valoración para el retiro de sonda, éste explico que aunque no hay datos de sangrado ni retención urinaria, es preferible esperar otro día más, por tal motivo la acción de enfermería en cuanto a la deambulacion se pospondrá para el día de mañana.</p>

Diagnostico de Enfermería: Déficit de Autocuidado parcial para bañarse relacionado con equipos de venoclisis y sonda vesical, manifestado por limitación del movimiento voluntario.

Objetivo: Ayudar a Rebeca a satisfacer las necesidades de higiene corporal, así como la enseñanza para bañarse en su casa.

NECESIDAD	ACCION DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Proporcionar intimidad durante el baño. ❖ Proporcionar una silla en el cuarto de baño, así como tenerle al alcance todos los utensilios. ❖ Asistir a Rebeca en lo que necesite y no pueda realizar por si sola. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Debido a que Rebeca se encuentra desnuda, es necesario no mirar fijamente su cuerpo para evitar que se apene. Preferente que sea una enfermera quien la asista, o instruir al familiar para que le ayude. ❖ Es un medio de seguridad, además de que Rebeca tiene colocada una venoclisis y una sonda vesical. Esto le proporciona mayor confianza y alcance de sus extremidades inferiores. ❖ Como es lógico en una cirugía de abdomen es muy difícil doblarse para alcanzar los pies o colocarse la ropa interior, es por esto que Rebeca necesita asistencia. 	Posterior al baño ella se sienta más relajada, manifestando haber aprendido como poder bañarse en su casa, ya que la idea de la silla se le hizo factible y cómoda.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimientos relacionado con la intervención quirúrgica y tratamiento del mismo, manifestado por preguntas formuladas por Rebeca al personal de enfermería.

Objetivo: Aclarar las dudas de Rebeca en terminología clara para ella.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Explicar a Rebeca la interrupción de la menstruación. ❖ Explicar la función de los ovarios. ❖ Aclarar las complicaciones posteriores a la cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La mujer que se somete a histerectomía, experimenta una menopausia prematura, debido a la interrupción de la menstruación, ya que el útero contiene la capa de endometrio que es la que cada 28 días se desprende y produce el sangrado. ❖ Los ovarios tienen dos funciones, una endocrina de producción de hormonas, estrógenos y progesterona, precisos para el buen funcionamiento hormonal de la mujer. Y la función de producción de gametos femeninos, los óvulos. Que en este caso ella ya no podrá tener hijos. ❖ Puede aparecer quistes en ovarios. 	<p>Rebeca comprendió el porque de la interrupción de la menstruación, al parecer en ella no hay ningún problema, ya que su paridad estaba satisfecha. Al explicarle las posibles complicaciones de una histerectomía ella manifestó que si tendrá los mismos síntomas de la mujer con menopausia, por lo que se le explico que ella aun conserva sus ovarios y por lo tanto seguía produciendo estrógeno y progesterona, hormonas que en ausencia le podrían provocar los síntomas de menopausia.</p>

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de actividad recreativa relacionado con estancia en cama manifestado por aburrimiento y periodos ocasionales de mal humor.

Objetivo: Propiciar medios de distracción a Rebeca.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Recreación	❖ Pedir a un familiar que la acompañe durante su estancia en el hospital, así mismo pedir permiso al hospital para el uso de televisión o radio, o pedirle al familiar que traiga un libro o revista del interés de Rebeca.	❖ La hospitalización separa al individuo de su casa, la familia y todo lo familiar para ella y lo coloca en una situación de incomodidad. La estancia de un familiar permite que ella platique y exprese sus temores o inquietudes con mayor facilidad o si así lo desea distraerse con su programa o revista favorita.	Rebeca refiere que la televisión le ayuda mucho a distraerse y la presencia del familiar le brinda mayor confianza y seguridad.

Tercer Día

Fecha: 19/01/01

Hora: 15:00 p.m

Diagnósticos de Enfermería:

1. Alteración de la movilidad física relacionado con herida quirúrgica, manifestado por marcha con postura encorvada.
2. Temor relacionado con resultados de estudios patológicos, manifestado por sentimientos de preocupación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la movilidad física relacionado con herida quirúrgica, manifestado por marcha con postura corvada.

Objetivo: Fomentar en rebeca una buena postura al caminar.

NECESIDAD	ACCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Moverse y conservar una postura adecuada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Explicar la importancia de mantener una postura adecuada. ❖ Colocar vendaje abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mantener una adecuada postura evita una deformidad de la columna vertebral, además en casos de cirugías abdominales, evita deficientes cicatrizaciones. ❖ Hace que rebeca se sienta con confianza y seguro al proteger la herida quirúrgica, ayuda también a mantener una postura adecuada. Es importante decirle que debe de retirar el vendaje al ser retirada la sutura, para que comiense a fortalecer la musculatura abdominal. 	<p>Posterior a la colocación de la faja de venda, Rebeca mejora su caminar, optando por una postura erguida. Entiende la importancia de la alineación para evitar deficientes cicatrizaciones.</p>

Diagnóstico de Enfermería: Temor relacionado con resultados de estudios patológicos, manifestado por sentimientos de preocupación.

Objetivo: Disminuir el temor referido por Rebeca.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Creencias y valores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Animar a Rebeca a plantear sus dudas. ❖ Tranquilizar a Rebeca. ❖ Explicar la importancia sobre la regularidad de un examen ginecológico. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Es importante que aclare sus dudas y temores antes del alta, para que enfermería pueda elaborar un plan de alta de acuerdo a las necesidades y dudas de ella. ❖ Una vez que expreso sus temores, es necesario no engañarla en cuanto su diagnóstico y posibles consecuencias. Sin embargo hay que aclarar que es mínima la probabilidad de que resulten cancerosos los miomas. ❖ Aunque Rebeca ya no tenga útero, esto no impide que en los anexos desarrolle tumores o también en los senos, ya que ella tiene como factor hereditario el cáncer de mamario por parte de su mamá. Además puede desarrollar cáncer de vagina. 	<p>La orientación por parte de enfermería tranquiliza a Rebeca, ya que ella refiere que el personal médico no le informa ni le explica nada, únicamente anotan en el expediente y hacen preguntas y se retiran, sin embargo enfermería se preocupa por que ella entienda las cosas, además manifiesta ser creyente de Dios y que con su ayuda y de su familia podrá salir adelante.</p>

3.5. PLAN DE ALTA

Rebeca dejó la institución el día 19 de enero del 2001, a las 16:45 horas.

El tipo de alta fue un egreso por mejoría (recuperación satisfactoria)

- ❖ Diagnóstico de Ingreso: Miomatosis Uterina.
- ❖ Diagnóstico de egreso: Histerectomía Total Abdominal por miomatosis.

Rebeca se fue de la institución acompañada de su esposo, el cual fue la persona responsable durante su estancia en el hospital.

El plan de alta por parte de enfermería fue el siguiente.

Cuidados en el Hogar:

1. El ejercicio que debe de realizar será de bajo impacto, por ejemplo caminar.
2. Evitar baños en tina y estar sentada por periodos prolongados (esto provoca la acumulación de sangre en los vasos pélvicos)
3. No levantar objetos pesados. Se consideran objetos pesados los que no se pueden levantar con una mano.
4. No conducir en un periodo de tres semanas como mínimo.

Educación para el paciente y la familia:

1. Lavar la herida quirúrgica durante el baño con agua y jabón neutro, secarla muy bien con toalla limpia o gasa estéril y dejarla sin cubrir durante 15 minutos, posteriormente cubrir con gasa estéril.
2. Evitar el uso de polvos y pomadas no prescritas por el médico.
3. El familiar ayudara a colocar el vendaje abdominal. Únicamente cuando la paciente deambule. La faja no deberá usarse por más de quince días.
4. Vigilar que no aparezcan datos de infección en la herida, tales como temperatura de más de 37.8 °C, edema, enrojecimiento, prurito, dolor y salida de secreción fétida de la herida o por vía vaginal. En caso de ser así acudir con su médico,
5. Acudir en ocho días al departamento de curaciones para el retiro de la sutura.
6. Caminar por lo menos de 10 a 15 minutos tres veces al día. En reposo mantener las piernas elevadas a la altura de la cintura.
7. Mantener una alimentación adecuada y balanceada, para favorecer a la cicatrización de la herida, que sean ricos en proteínas, fibra, hierro y vitamina C.
8. Disminuir la ingesta de grasas
9. Deberá ingerir por lo menos 6 vasos de agua al día.
10. Evitar el coito hasta que el médico lo indique; se permitirá una vez cicatrizada la herida abdominal y el saco vaginal, que es alrededor de 4 a 6 semanas.

Estado Psicosocial:

1. Rebeca deberá hablar constantemente con su pareja sobre su estado emocional, en cuanto a la cirugía de histerectomía abdominal y reanudo de relaciones sexual.
2. Es importante que Rebeca este enterada, que ella no tiene porqué referir síntomas de menopausia, ya que ella aun conserva los ovários.

Medicamentos: Los prescritos por su médico

1. Ampicilina 1 gr. Tomar una tableta cada 6 horas durante 6 días.
2. Dolac 10 mg VO, tomar una tableta cada 12 horas durante tres días.

3.6. PLAN DE CUIDADOS EN DOMICILIO

3.6.1. PRIMER SOVP

Fecha y Hora de elaboración: 20/Enero/2001 a las 16:00 hrs.

Datos Subjetivos: Rebeca refiere que en su casa se esta recuperando más rápidamente, y se siente más cómoda. Rebeca presenta molestias al caminar por lo que sólo lo hace durante 15 minutos por la mañana, tarde y noche; se le inflama su abdomen y tiene moderadas flatulencias. Menciona que después de que le quitaron la sonda vesical ya no retiene por mucho tiempo la orina y cuando tose o estornuda moja poco su pantaleta. Escaso sangrado transvaginal no fétido. Al estornudar o toser le duele la herida. Su alimentación es sin grasas y con abundantes líquidos, no toma bebidas refrescantes artificiales y no come frijoles, pero si come cebolla. Rebeca manifiesta no saber si esta lavando adecuadamente su herida quirúrgica. No le preocupa el quehacer de su casa mencionado que su hermana le ayuda por el momento.

Datos Objetivos: Rebeca se encuentra descansando en su recámara, sin faja. Se toman signos vitales obteniendo una T/A de 120/80 mmHg, FC 77x', FR 18x', Tem 36.5°C. A la auscultación de la herida, se observa limpia, en proceso de desinflamación con sutura continua

íntegra. Se encuentra cooperadora, muy amable y realiza preguntas sobre su estado de salud. Se encuentra bañada y con pijama.

Valoración / Análisis:

1. Alteración de la eliminación vesical relacionado con retiro de sonda urinaria, manifestado por incontinencia urinaria de esfuerzo.
2. Alteración del sistema digestivo relacionado con ingesta de comida inflamatoria, manifestado por distensión abdominal y flatulencias.
3. Dolor de abdomen al caminar relacionado con insición de Hxqx manifestado verbalmente por Rebeca. (Ver pág. No. 87)
4. Deficit de conocimientos relacionado con procedimientos en el lavado de la Hxqx manifestado verbalmente por ella.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la eliminación vesical relacionado con retiro de sonda urinaria, manifestado por incontinencia urinaria de esfuerzo.

Objetivo: Enseñar a Rebeca técnicas de fortalecimiento de músculos pélvicos para desaparecer su incontinencia urinaria.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tranquilizar a Rebeca, respecto al porqué de su incontinencia. ❖ Enseñar ejercicios de Kegel a Rebeca. ❖ Sugerirle utilizar toalla femenina. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ En ocasiones al retirar una sonda vesical, se estimula el esfínter, provocando relajación del mismo. ❖ Son ejercicios destinados a fortalecer los músculos pélvicos. <ol style="list-style-type: none"> 1. Apretar los músculos en torno al ano mientras se está sentado o de pie. 2. Iniciar y detener el chorro de orina durante la micción. 3. Mantenga los glúteos, los muslos y músculos abdominales relajados. 4. Contraiga y relaje los músculos pélvicos en forma rápida y lenta. 5. Realizar estos ejercicios diario, durante tres meses. ❖ Como la orina es mínima, puede utilizar una toalla femenina para que no moje su pantaleta y se sienta cómoda. 	<p>Rebeca se tranquiliza al saber que su problema tiene solución. Los ejercicios de Kegel le son un poco difíciles de realizar, pero refiere que esforzara para realizarlos y de esta forma erradicar su problema de incontinencia, quedando claro que los resultados se observaran en un plazo de tres meses.</p>

Diagnóstico de Enfermería: Alteración del sistema digestivo relacionado con ingesta de comida inflamatoria, manifestado por distensión abdominal y flatulencias.

Objetivo: Cambiar tipo de dieta en Rebeca, para disminuir las molestias de distensión abdominal y flatulencias.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sugerir dieta rica en fibra. ❖ Motivar a Rebeca a que deambule. ❖ Explicarle que debe masticar bien y lentamente sus alimentos. ❖ Mencionarle que alimentos no debe consumir. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La fibra no se degrada por el sistema digestivo. Absorbe líquido y se mueve a través de los intestinos en una masa voluminosa que puede absorber colesterol. Disminuye el tiempo de tránsito intestinal y por tanto reduce el estreñimiento y la formación de gases. ❖ Estimula el peristaltismo disminuyendo la producción de gases. ❖ Al masticar bien sus alimentos, obtiene una mejor digestión, evitando flatos después de comer. ❖ Estos alimentos pueden provocar la formación de flatos como los frijoles, cebolla, postres dulces y alimentos fritos. 	Rebeca puede identificar las causa por las que ella presenta distensión abdominal y flatulencias refiriendo corregirlas para evitarse problemas gastrointestinales.

Diagnóstico de Enfermería: Deficit de conocimientos relacionado con procedimiento en el lavado de Hx qx manifestado verbalmente por ella.

Objetivo: Aclarar dudas de Rebeca en cuanto al lavado de Hx qx para evitar una infección.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Evitar peligros	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Explicar a Rebeca la forma de lavar la herida. 1. Realizar su aseo corporal diario 2. Lavar la herida con jabón neutro y enjuagar bien con agua de regadera. 3. Secar bien la herida con gasas estériles y dejarlo sin cubrir durante 15 min. 4. No aplicar ningún polvo o pasta en la herida. 5. Cubrir con gasa estéril y fijarlo con micropore hasta que le sea retirada la sutura. ❖ Enseñar a Rebeca a identificar los signos de infección. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Durante su aseo personal ella puede aprovechar para lavar su herida. 2. El jabón neutro tiene menos químicos que otro tipo de jabón. El enjuagar abundantemente evita que se queden residuos de jabón que puedan provocar infección. 3. La humedad favorece el crecimiento bacteriano. 4. Una herida no infectada no requiere de ninguna sustancia para cicatrizar. Por lo contrario pueden provocar infección. 5. La protección de herida con material estéril evita su contaminación. Posterior al retiro de la sutura ya no necesita cubrir la herida favoreciendo la cicatrización. ❖ Ella se tranquiliza al saber identificar los signos de infección los cuales son: enrojecimiento, edema, secreción fétida y separación de los bordes, todo de la herida quirúrgica así como la presencia de temperatura mayor de 37.8 °C. 	Rebeca no sabía si estaba lavando en forma correcta su herida. Al explicarle nuevamente el procedimiento ella manifestó que si con el jabón neutro era suficiente y se le explico porqué solo deberá lavarla con ese jabón ella lo comprendió. Así mismo al recordarle los signos de infección ella se quedo más tranquila ya que no presentaba ninguno de estos signos.

3.6.2. SEGUNDO SOVP

Fecha y Hora de elaboración: 26/Enero/2001 a las 13:30 Hrs.

Datos Subjetivos: Rebeca refiere ya no tener ninguna molestia, más que al caminar le molesta un poco la herida quirúrgica, ya no siente el abdomen inflamado, continua con su dieta baja en grasas y esta consumiendo fibra, ya que menciona que con esto se siente mejor, la cantidad de agua que toma es la misma. Lo único que sigue teniendo es la dificultada para retener la orina. En cuanto al estado emocional, ella menciona preocuparle poder padecer de cáncer mamario al igual que su mamá.

Datos Objetivos: Al tocar la puerta de la vivienda, la señora Rebeca fue la que me abrió, ya que se encontraba sola, se observa que puede caminar mejor, le sugerí pasar a su recamara para que pueda valorar la herida quirúrgica, la cual se encuentra limpia en proceso de cicatrización y sin sutura la cual le fue retirada el día 25 de Enero. Presenta los siguientes signos vitales: T/A 120/80 mmHg, FC 80x', FR 20x', Tem 36.5 °C. Se encuentra igual de cooperadora y amable que la vez anterior.

Valoración / Análisis:

1. Alteración de la eliminación vesical relacionado con retiro de sonda urinaria manifestado por incontinencia urinaria. (ver página No. 109)
2. Potencial de contraer cáncer en mamas y anexos del útero y vagina.

Diagnóstico de Enfermería: Potencial de contraer cáncer de mama, anexos del útero y vagina, relacionado con antecedentes familiares.

Objetivo: Enseñar a Rebeca a detectar cualquier cambio en mamas y genitales.

NECESIDAD	ACCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Evitar peligros	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Motivar a Rebeca a realizarse la exploración de mama una vez al mes. ❖ Explicarle que debe ser durante la ducha. ❖ Motivarla a bajar de peso. ❖ Recomendarle visitar a su ginecólogo por lo menos cada seis meses. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Es recomendable para prevenir el cáncer de mama. Se aconseja que desde la primera menstruación se realice cada mes. (Ver anexo No. 2) ❖ Ya que las yemas de los dedos se deslizan con facilidad sobre la piel mojada. ❖ La obesidad es un factor de riesgo para favorecer la aparición de bolitas de grasa en los senos. ❖ Para revisión semestral de mamas, ovarios y vagina, ya que en estas partes también puede contraer cáncer y no únicamente del útero. 	Rebeca se autoexplora las mamas una vez al mes, para poder detectar cualquier cambio en ellas, sin embargo ella quiso que se le enseñara bien la técnica para saber si lo hacía correctamente. Ella no sabía sobre el cáncer de vagina por lo que refiere estar al pendiente sobre sus visitas con el ginecólogo para una revisión.

CONCLUSIONES
Y
SUGERENCIAS

4. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Los profesionales del campo de enfermería tenemos una gran responsabilidad hacia las personas enfermas o sanas, ya que somos nosotros los que jugamos un papel importante en la prevención, detección, cuidado y tratamiento de estas. En este caso en particular y desde el campo de la Enfermería debemos fomentar los controles ginecológicos anuales en todas las mujeres a partir de los 18 años o desde el inicio de la menstruación, ya que esto permitirá el diagnóstico precoz de miomas uterinos o cualquier otro tipo de patología, principalmente en aquellas mujeres con factores de riesgo como la obesidad.

Los licenciados en Enfermería estamos capacitados para brindar apoyo emocional al cliente, debido a esto no debemos olvidar el tratamiento psicológico además del enfermero y sobre todo aclarar siempre las dudas respecto a: administración de medicamentos, creencias erróneas sobre la pérdida de la femineidad y relaciones sexuales después de una histerectomía, temor a las posibles alteraciones hormonales o sentimientos de impotencia ante la posibilidad de no poder tener hijos.

Por todo lo anterior tenemos la obligación no solo de cuidar, sino de educar a la persona, familia, comunidad y/o población, para que ellos mismos reconozcan cualquier tipo de alteración en su cuerpo, mente o espíritu.

Los objetivos que se plantearon al principio del proceso, se realizaron al 100%, gracias a la confianza que Rebeca depositó en mí, dejándome entrar hasta la intimidad de su hogar. Esto demuestra que en una persona que se encuentra en un proceso mórbido es capaz de aceptar ayuda, física, espiritual y psicológica, sobre todo del personal de enfermería que es el grupo de salud que más interactúa con el paciente.

El realizar un PAE no es fácil, ya que se requiere de conocimientos previos para su elaboración, éstos conocimientos son tanto de anatomía y fisiología; psicología, farmacología, metodología y las propias de enfermería para brindar los cuidados con su fundamentación científica.

La visita domiciliaria me hizo reflexionar que si se diera un seguimiento a domicilio muchos pacientes no regresarían al hospital por complicaciones en su salud por déficit de conocimientos en el manejo de su tratamiento.

Por la experiencia adquirida durante la carrera de enfermería y sobre todo en la implementación de este proceso, sugiero a los futuros egresados de la licenciatura, que se esfuercen siempre por poner en práctica el Proceso de Atención de Enfermería.

ANEXOS

5. ANEXOS

ANEXO No. 1

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____

Hora: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Iniciales del cliente: _____ No. de Registro: _____
 Edad _____ Grupo y Rh: _____ Peso actual: _____
 Talla _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
 Religión _____ Escolaridad: _____
 Ocupación _____ Lugar de Origen: _____
 Domicilio _____
 Teléfono _____ Tipo de Interrogatorio _____
 Fecha de ingreso hospitalario _____ Servicio _____

ANTECEDENTES HEREDO - FAMILIARES

¿Alguno de sus familiares tiene o tuvo alguna enfermedad de importancia? Si () No ()

Mencione el parentesco, edad, enfermedad, tratamiento y si aun vive, así como la edad en que murió:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

¿La casa donde vive es? a) Propia () Rentada () Otro _____
 b) Sola () Compartida () Otro _____
 ¿El tipo de suelo donde vive es? Concreto () Tierra () Mixto ()
 ¿Los muros de su casa son de? Tabique () Madera () Cartón () Lámina ()
 ¿El techo de su casa es de? Concreto () Lámina () Tabique ()
 Su casa ¿con cuantas recamaras cuenta? Una () Dos () Más de 3 ()
 Su cocina ¿esta separada de los demás cuartos? Si () No ()
 ¿El sanitario de su casa es? Familiar () Colectivo () Otro _____
 ¿Con cuantas personas vive usted y cual es su parentesco? _____
 ¿Describa como es la relación familiar? _____
 ¿Cómo considera que la higiene de toda su casa? _____
 ¿En su casa cuenta con los siguientes servicios?

Agua potable	Si () No ()	Computadora	Si () No ()
Drenaje	Si () No ()	Teléfono	Si () No ()
Boiler	Si () No ()	Luz eléctrica	Si () No ()
Gas	Si () No ()	Estufa	Si () No ()
Fax	Si () No ()	Microondas	Si () No ()
Celular	Si () No ()	Lavadora	Si () No ()

Recolección de basura Si () No () Otro _____
 ¿Convive con animales domésticos? Si () No () ¿Cuáles? _____
 ¿En su casa hay animales nocivos? Si () No () ¿Cuáles? _____

¿El medio que con frecuencia utiliza para trasportarse es?

Carro particular () Camión () Metro () Colectivo ()

Alimentación:

¿Tiene usted buen apetito? Si () No () ¿Por qué? _____

¿Sigue usted alguna dieta? Si () No () ¿Por qué? _____

¿Realiza usted las siguientes comidas?

Desayuno Si () No () Comida Si () No () Cena Si () No ()

¿Cuál es su horario de Alimentos?

Desayuno: _____ Comida: _____ Cena: _____

¿Tiene usted alguna prótesis dental? Si () No () ¿En dónde? _____

¿Tiene problemas para masticar? Si () No ()

¿Tiene dificultades para controlar su peso? Si () No () ¿Cuáles? _____

¿Toma usted agua? Si () No ()

¿Cuántos vasos de agua toma al día? _____

¿Considera que su alimentación es la adecuada? Si () No () ¿Por qué? _____

¿En qué cantidad ingiere a la semana los siguientes alimentos?

Tortilla _____	Pan _____	Carne roja _____
Pollo _____	Pescado _____	Frijoles _____
Verduras _____	Frutas _____	Huevo _____
Leche _____	Arroz _____	Queso _____
Refresco _____	Frituras _____	

Eliminación:

¿Cuántas veces defeca al día? _____

¿Tiene algún problema para evacuar? Si () No () ¿Cuál? _____

Hemorroides () Sangrado () Heces negras () Heces con alimentos ()

Incontinencia fecal () Dolor al evacuar () Otro _____

¿Cómo soluciona estos problemas? _____

¿Cuántas veces orina al día? _____ ¿De que color es su orina? _____

¿Presenta alguna molestia para orinar? Si () No ()

¿Cuál?: Ganas frecuentes de orinar () Dolor al orinar ()

Incontinencia urinaria () Esfuerzo al orinar () Otro _____

¿Qué hace para remediar estos síntomas? _____

Movilidad y postura:

¿Actualmente es usted capaz de moverse y caminar con facilidad?

Si () No () ¿Cuál es su problema? _____

¿Tiene alguna limitación? Si () No () ¿Cuál? _____

¿Actualmente presenta dificultad para?

Levantarse _____ Sentarse _____ Caminar _____

Dormir y descansar:

¿Duerme usted bien? Si () No () ¿Por qué no? _____

¿El nerviosismo le impide dormir? Si () No ()

¿Qué hace para poder dormir? _____

¿Cuántas horas duerme? _____ ¿Duerme por la tarde? _____

¿El lugar donde duerme favorece su descanso y sueño? Si () No ()

¿Por qué? _____

Vestida:

¿Qué importancia concede a su arreglo personal?

Mucha _____ Regular _____ Poca _____ ¿Por qué? _____

¿La forma de vestirse es adecuada al lugar, estación del año y circunstancias? Si () No () ¿Por qué? _____

¿Requiere de algún calzado en especial? Si () No () ¿De qué tipo? _____

¿Se siente usted cómoda con la ropa que le proporciona el hospital?

Si () No () ¿Por qué? _____

¿Tiene alguna limitación para vestirse? Si () No () ¿Cuál? _____

Higiene y protección de la piel:

¿Cada cuanto se baña? _____

¿Su cambio de ropa es? Completo _____ Parcial _____

¿El uso de toalla de baño es personal? Si () No () ¿por qué? _____

¿Se lava los dientes? Si () No () ¿Con que frecuencia? _____

¿Se lava las manos? Si () No () ¿Con qué frecuencia? _____

¿Utiliza los siguientes artículos en forma personal?

Crema _____ Jabón de baño _____ Ropa interior _____
 Estropajo _____ Cepillo de dientes _____ Zapatos _____
 Desodorante _____ Cosméticos _____ Pañales _____

¿Es usted capaz en este momento de cuidar su limpieza personal? Si () No () ¿Por qué? _____

Evitar peligros:

¿Tiene algún problema con los órganos de los sentidos? Si () No ()

¿Con cuál? _____ ¿Cuál es su problema? _____

¿En su casa hay algún problema que la ponga en riesgo? Si () No () ¿Cuál? _____

¿En su trabajo existe algún problema o condición física que lo ponga en peligro? Si () No () ¿Cuál? _____

¿Cómo maneja su enojo, tristeza, estrés etc? _____

Comunicación y sexualidad:

¿Tiene algún problema para comunicarse con los demás? Si () No () ¿Cuál es su problema? _____

¿Tiene algún problema para ejercer su sexualidad con su pareja? Si () No () ¿Cómo lo soluciona? _____

¿Sus necesidades sexuales están siendo satisfechas? Si () No () ¿Por qué? _____

¿Sus necesidades coinciden con las de su pareja? Si () no ()

¿Cómo negocia la diferencia en caso de existir? _____

¿Actualmente tiene relaciones sexuales? Si () No () ¿Por qué? _____

Creencias y valores:

¿Qué sentido tiene para usted la vida? _____

¿Qué opina de la muerte? _____

¿Usted conserva alguna tradición durante el año? Si () No () ¿Cuál? _____

¿De que religión es? _____ ¿La profesa? _____

¿En este momento tiene algún pendiente? Si () No () ¿Cuál? _____

¿Qué es lo más importante para usted en la vida? _____

Trabajo y recreación:

- ¿Trabaja? Si () No () ¿Cuántos días a la semana trabaja? _____
- ¿Sus días y horas de descanso es suficiente? Si () No () ¿Por qué? _____
- ¿Cuenta con tiempo libre? Si () No () ¿Cuánto? _____ ¿A que lo dedica? _____
- ¿Cómo se divierte? _____
- Realiza ejercicio? Si () No () Frecuencia _____ ¿De que tipo? _____
- ¿Fuma? Si () No () ¿Cantidad? _____
- ¿Toma bebidas alcohólicas? Si () No () ¿Cantidad? _____

Aprendizaje:

- ¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? Si () No ()
- ¿Hay algo que usted desearía saber sobre la operación que le realizaron? Si () No () ¿Cuál? _____
- ¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra? Si () No () ¿Cuál? _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

- ¿A que edad tubo su primera menstruación? _____
- ¿Cuál era su ciclo menstrual antes de la intervención quirúrgica? _____
- ¿Cuál fue su fecha de ultima menstruación? _____
- ¿Su menstruación era abundante o normal? _____
- ¿Sentía dolor abdominal o de cadera, cólicos, cefalea durante la menstruación?
Si () No () ¿Cómo soluciona este problema? _____
- ¿Durante la menstruación le duelen las mamas? Si () No ()
- ¿Siente pequeñas bolitas en ellas? Si () No ()
- ¿Se ha realizado algún examen de mamas? Si () No () ¿Por qué? _____
- ¿A que edad comenzó a tener relaciones sexuales? _____
- ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido o tiene? _____
- ¿Tiene actividad sexual en la actualidad? Si () No () ¿Por qué? _____
- ¿Su pareja se encuentra circuncidada? Si () No ()
- ¿Experimenta dolor durante las relaciones sexuales? Si () No ()
- ¿Utiliza algún método anticonceptivo? Si () ¿Cuál? _____ No () ¿Por qué? _____
- ¿A padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual? Si () No ()
- ¿Cuándo fue el último examen citológico vaginal que se realizo? _____
- ¿Su examen tuvo resultados normales? Si () No ()
- ¿Cuántas veces se ha embarazado? _____ ¿Cuántos partos ha tenido? _____
- ¿Su parto fue por vía vaginal o cesárea? _____ ¿Ha tenido abortos? _____
- ¿Su embarazo de cuantas semanas fue? _____ ¿Cuál fue la fecha de su parto? _____
- ¿Cuál es el sexo de si hijo? _____ ¿Cuánto peso al nacer? _____
- ¿Tuvo alguna complicación el bebe al nacer? Si () No ()
- ¿En caso de haber alguna complicación cual fue el tratamiento? _____
- ¿Amamanto a su bebe? _____ ¿Cuánto tiempo? _____
- ¿Fue un embarazo planeado y deseado? Si () No ()

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

- ¿Ha padecido de alguna enfermedad? Si () No () ¿Cuál? _____
- ¿Es alérgico algún medicamento? Si () No () ¿Cuál y como se manifiesta? _____

¿Es alérgica algún alimento? Si () No () ¿Cuál y como se manifiesta? _____

¿Es intolerante algún alimento? Si () No () ¿Cuál y como se manifiesta? _____

¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea? Si () No () ¿Por qué? _____

¿Tiene algún problema para respirar? Si () No () ¿Qué problema? _____

¿La han operado de algo? Si () No () ¿Por qué? _____

¿a tenido algún accidente? Si () No () ¿Cuál? _____

¿En su niñez le aplicaron todas las vacunas? Si () No () ¿Cuál le falta? _____

¿Se ha vacunado recientemente? Si () No () ¿Contra qué? _____

¿Esta tomado actualmente algún medicamento? Si () No ()

¿En caso de tomar alguno fue por prescripción médica? Si () No ()

Nombre del medicamento	Dosis	Horario
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PADECIMIENTO ACTUAL

¿Describe cuál es el motivo de su hospitalización?

¿Para su problema le dieron algún tratamiento? Si () No () ¿Cuál? _____

¿Qué estudios le han hecho para detectar su problema? _____

¿Usted estuvo de acuerdo con el tipo de operación? Si () No () ¿Por qué? _____

¿Cómo se siente emocional y físicamente en estos momentos? _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Inspección General

Signos Vitales

Temperatura: _____ Tensión arterial: _____

Frecuencia Cardíaca: _____ Respiración: _____

Estado Nutricional _____

Estado Mental _____

Piel _____

Cabello

Uñas

Cabeza

Ojos

Oídos

Nariz

Boca

Cuello

Torax y Pulmones

Miembros Superiores

Abdomen

Genitales

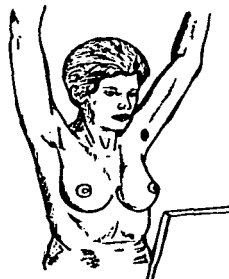
Miembros Inferiores

Nombre de la Enfermera que lo elaboro

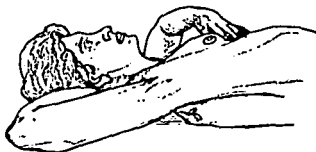
AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA



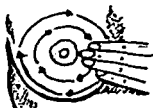
- 1.- Examine las mamas en el baño o la ducha y enjabonada.



- 2.- Sentada o parada frente a un espejo, inspeccionar con las manos en jarras y luego levante los brazos, mirando si existen cambios en el contorno u hoyuelos en la piel.

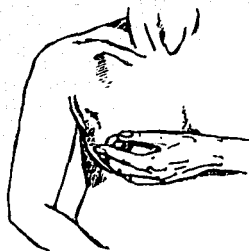


- 3.- Acostada horizontal, colocando una mano detrás de la cabeza y una almohada debajo de la escápula.



- 4.- Palpe la mama con la otra mano usando el método de círculos concéntricos, incluya el borde externo de la mama y la axila.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



- 5.- Por último, sentada palpe las áreas de las areolas de ambas mamas e inspeccione y apriete los pezones para detectar si hay secreción.

FUENTE: LONG C. Barbara y Wilma Phipps, et.al. Enfermería Medicoquirúrgica. Tomo II. Ed. Harcourt, 3ª ed. Madrid, 1998. p. 1181

GLOSARIO
DE
TERMINOS
Y
ABREVIATURAS

6. GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS

GLOSARIO DE TERMINOS

A

ADENOCARCINOMA: Amplio grupo de tumores malignos de células epiteliales de las glándulas.

ADENOMIOSIS: Endometriosis, desplazamiento de un tejido endométrico. Puede ser interna cuando se localiza en el útero o en la trompa de falopio o externa en ovario, peritoneo, etc.

ADOSAN: Arrimar una cosa a otra.

ALBÚMINA: Proteína hidrosoluble y termocoagulable que contiene carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno y sulfuro.

AGONISTAS: Dícese del músculo que efectúa un determinado movimiento por oposición al que obra el movimiento contrario antagonista.

ANEXECTOMÍA: Extirpación quirúrgica de estructuras accesorias.

ANEFLEXIÓN: Posición anómala de un órgano, el cual presenta una marcada inclinación hacia delante y está plegado sobre sí mismo.

ANTEVERSIÓN: Posición anormal de un órgano, en la que este se halla inclinado hacia delante sobre su eje y se aleja de la línea media.

AREOLA: Pequeño espacio o cavidad dentro de un tejido. Área circular de diferente color que rodea a un punto central.

B

BASAL: Relativo o perteneciente a lo fundamental o la base.

BIFURBICACIÓN: División en dos ramas.

C

CAUDAL: Que presenta una posición situada en el extremo distal de la columna.

CIGOTO: Huevo en desarrollo desde el momento en que es fecundado hasta que, como blastocisto, es implantado en el útero.

COLPORRAFIA: Procedimiento quirúrgico en el que se sutura la vagina, como cuando se realiza un estrechamiento de vagina.

CONCOMITANTE: Que acompaña, unido a otro. Se dice de una clase de estrabismo y de ciertos síntomas.

CONFLUENCIA: Que discurren juntos, como los senos de la duramadre que confluyen.

CONSECUCIÓN: Acción de conseguir.

COTAS: La mayor altura de un punto.

CONVEXA: Que tiene una superficie que se curva hacia fuera.

CÚPULA: Cualquier estructura en forma de copa o bóveda, como la parte superior de un ganglio linfático en el intestino delgado.

D

DECIDUA: Tejido epitelial del endometrio que tapiza el útero. Se desprende durante la menstruación.

DENSIDAD: Cantidad de masa de una sustancia para un determinado volumen.

DISPAREUNIA: Trastorno de la mujer, en el que la relación sexual se acompaña de dolor.

DISURIA: Expulsión difícil, dolorosa e incompleta de la orina.

DORSOCRANEAL: Porción posterior o superior convexa de un órgano orientado hacia el cráneo.

E

ENDOTELIO: Tejido formado por células aplanadas dispuestas en una sola capa. Reviste interiormente las paredes de algunas cavidades como la pleura y los vasos sanguíneos.

ENTEROCELE: Hernia que contiene intestino. Hernia vaginal posterior.

ENZIMA: Proteína producida por las células vivas que cataliza las reacciones químicas de la materia orgánica.

EPIPLON: Extensión del peritoneo que engloba a uno o más órganos próximos al estómago.

ERITROCITOSIS: Aumento del número de glóbulos rojos de la sangre circulante como resultado de algún estímulo.

ERITROPOYETINA: Hormona glucoproteica sintetizada principalmente por los riñones y liberada al torrente sanguíneo en respuesta a la anoxia.

ESTEROIDES: Perteneciente a un numeroso grupo de sustancias hormonales con una estructura química básica similar, producidas principalmente en la corteza suprarrenal y las gónadas.

ESTRATIFICADO: Disposición por capas o estratos.

ESTRADIOL: El estrógeno natural humano más potente.

ESTRÓGENO: Elaborado por el ovario, testículo, corteza suprarrenal y placenta, que estimula el desarrollo y mantenimiento de las características sexuales y órganos genitales femeninos.

ESTROMA: Tejido de sostén o matriz de un órgano, para distinguirlo de su parénquima.

F

FASCIA: Tejido conectivo fibroso del cuerpo que puede diferenciarse de otras estructuras específicamente organizadas, como tendones, aponeurosis y ligamentos.

FASCICULO: Pequeño haz de fibras musculares, tendinosas o nerviosas.

FOLÍCULO: Depresión en forma de bolsa, como los folículos pilosos presentes en la epidermis.

FÓRNICES: Estructuras en forma de arco.

FUNICULAR: Cordón umbilical, columnas o cordones medulares.

G

GAMETO: Célula germinal madura masculina o femenina, capaz de intervenir en la fertilización. Óvulo o espermatozoide.

GANGLIO: Agrupación de células nerviosas, en especial las que se agrupan por fuera del SNC.

GLÁNDULA: Cualquiera de los numerosos órganos del cuerpo, constituida por células especializadas que secretan o excretan hormonas.

GLUCOGENO: Polisacárido. Se forma a partir de la glucosa y se almacena principalmente en el hígado y en menor cantidad en las células musculares.

GÓNADA: Glándula productora de gametos, como el ovario o el testículo.

H

HEMATÓCRITO: Medida de volumen del conjunto de hematíes, expresado como un porcentaje sobre el volumen de sangre total.

HIPOGASTRIO: Región media anterior e inferior del abdomen, entre las dos fosas ilíacas, región infraumbilical.

I

INHIBINA: Hormona del sistema reproductor que inhibe la actividad de la hormona foliculoestimulante.

L

LECHO: Matriz tisular que actúa de soporte.

LEUCOCITOSIS: Aumento anormal del número de leucocitos circulantes.

LEUCORREA: Secreción vaginal blanca.

LICUEFACCIÓN: Proceso por el que un sólido o gas se trasforma en líquido.

M

MENORRAGIA: Menstruaciones anormal, intensa o prolongada.

MESOSALPINGE: Borde superior libre del ligamento ancho sobre el que se sitúan las trompas de falopio.

METRORRAGIA: Hemorragia uterina diferente a la menstruación.

MIXOMA: Neoplasia del tejido conectivo, tumor.

MIXOMATOSA: Desarrollo de mixomas múltiples.

O

ÓCIO: Descanso, entretenimiento, distracción.

OOCITO: Óvulo primordial o desarrollo de forma incompleta.

OOFERECTOMÍA: Extirpación quirúrgica de uno o ambos óvulos.

OVOCITO: Oocito, óvulo.

OVOGENESIS: Origen y desarrollo del óvulo.

P

PARACISTIO: Conjunto de tejidos que rodean la vejiga urinaria.

PARAMETRIO: Prolongación lateral del tejido conectivo subseroso uterino en el ligamento ancho.

PEDÍCULO: Conducto estrecho de tejido unido a un tumor colgajo cutáneo.

PLACENTA ACRETA: Cuando las vellosidades de la placenta se adhieren de manera anormal a la pared uterina, lo que hace difícil o imposible la separación placentaria.

PLEXO: Red de nervios y vasos sanguíneos que se cruzan o de vasos linfáticos.

POLICITEMIA: Aumento de hemáties como hematocrito, hemoglobina, leucocitos, plaquetas y volumen sanguíneo total.

PONDERAR: Equilibrar, celebrar mucho, encarecer, llevar a cabo.

PROGESTERONA: Hormona sexual del cuerpo lúteo, que prepara el endometrio para la recepción y desarrollo del huevo fecundado.

PROGESTINA: Hormona segregada por el cuerpo luteo, la placenta o la corteza suprarrenal que tiene efecto similar a la de la progesterona sobre el útero.

PROLAPSO: Caída, salida, procedencia de una parte o viscera.

PROTROMBINA: Proteína plasmática precursora de la trombina.

PUDENDA: Genitales externos.

R

RAFÉ: Línea de unión de las mitades de varias partes simétricas, como el rafe abdominal.

RECTOCELE: Protrusión del recto y de la pared posterior de la vagina hacia la vagina.

REFRACTARIA: Resistente a la acción del fuego o de determinados venenos o microorganismos.

RELAXINA: Hormona obtenida del cuerpo lúteo, se emplea para relajar los ligamentos pélvicos y para dilatar el cérvix durante el parto.

RETROFLEXIÓN: Posición anormal de un órgano en la que éste se inclina hacia atrás de forma aguda, doblándose sobre sí mismo.

RETROGRADA: Que se mueve hacia atrás o que se mueve en dirección opuesta a la que se considera normal.

S

SEDIMENTACIÓN: Deposito de materiales insolubles en el fondo de un líquido. El proceso se puede acelerar mediante la centrifugación.

SENO UTERINO: Uno de los pequeños canales vasculares irregulares en el endometrio del útero gestante.

T

TEJIDO CONJUNTIVO: El de sostén derivado del mesodermo formado por fibras elásticas y células.

TONO: Grado normal de vigor o tensión de los tejidos del cuerpo, especialmente de los músculos.

TROMBINA: Enzima formada en el plasma durante el proceso de coagulación a partir de la protrombina del calcio y de la tromboplastina.

TUBÉRCULO: Nódulo o pequeña eminencia, tal como la del hueso.

U

URETROPEXIA: Operación para corregir el prolapso o hipermovilidad uretral.

V

VASOMOTORA: Relativo a los nervios y músculos que controlan el calibre de la luz de los vasos sanguíneos.

VESICOUTERINA: Relativo a la vejiga y al útero.

VETAS: Vena, una veta metálica, vena de madera.

ABREVIATURAS

BH	Biometría Hemática	HxQx	Herida Quirúrgica
c/	Cada	IV	Intravenoso
°C	Grados centígrados	LH	Hormona Leutenizante
cc	Centímetros cúbicos	mg	Miligramos
cda	Cucharada	MHZ	Mega Hertz
cap	Cápsula	ml	Mililitros
DU	Dosis Única	mm	Milímetros
ed	Edición	mmHg	Milímetros de Mercurio
Ed	Editorial	PIE	Prueba Inmunológica de Embarazo
FC	Frecuencia Cardiaca	SOVP	datos Subjetivos y Objetivos, Valoración y Plan
FR	Frecuencia Respiratoria	SNC	Sistema Nervioso Central
FSH	Hormona Folículo Estimulante	T/A	Tensión Arterial
EGO	Exámen General de Orina	Tem	Temperatura
GnRH	Hormona liberadora de Gonadotropina	TP	Tiempo de Protrombina
g/dl	Gramos sobre decilitro	VO	Vía Oral
gr	Gramos	x'	Por minuto
HCT	Hematocrito		
HGB	Hemoglobina		
hrs	Horas		

*REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS*

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHUED, Ahued José y Carlos Fernández. Obstetricia y Ginecología Aplicadas. Ed. JGH editores. México, 2000. 477 p.p.

ALFARO, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Ed. Doyma. 2ª. Ed. Barcelona, 1988. 182 p.p.

ATKINSON, Lucy Jo. Técnicas de Quirófano. Ed. Mosby. Madrid, 2000. 990 p.p.

BALSEIRO, Almarío Lasty. Investigación en Enfermería. Guía de Elaboración de Tesis, proceso de Atención de Enfermería y Trabajos Académicos para titulación. Librería Acuario. México, 1991. 225 p.p.

BRUNNER, Sholtis Lillian y Doris Smith Suddarth. Manual de la Enfermera. Vol. I. Ed. Interamericana McGraw-Hill. México, 1991. 1797 p.p.

CARPENITO Linda J. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1996. 754 p.p.

CARPENITO, Linda J. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la Práctica Clínica. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 3ª ed. Madrid, 1991. 969 p.p.

DECHERNEY, Alan H y Martín L. Pernoll. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Ed. El Manual Moderno, 7ª ed. México, 1994. 1535 p.p.

DE WITT, Susan C. Fundamentos de Enfermería médico Quirúrgica. Ed. Harcourt. 4ª ed. Madrid, 1999. 1125 p.p.

EDGE Valerie y Mindi Miller. Cuidados de Salud de la Mujer. Ed. Mosby-Doyma. Madrid, 1995. 338 p.p.

FUENTES, Santoyo Rogelio, et. al. CORPUS Anatomía Humana General. Vol. III. Ed. Trillas, México 1997. 1750 p.p.

GANT, Norman F. Manual de Ginecoobstetricia. Ed. El Manual Moderno. México, 1993. 608 p.p.

GAUNTLETT, Beare Patricia y Judith L. Myers. et. al. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. II. Ed. Mosby, 3ª ed. Madrid, 2000. 1985 p.p.

GONZÁLEZ, Merlo J. Ginecología. Ed. Masson, 7ª ed. Madrid. 1997. 685 p.p.

GRIFFIN P, Anne y Patricia Potter A. Enfermería Clínica, Técnicas y Procedimientos. Ed. Harcourt Brace. Madrid, 1999. 1418 p.p.

HOLLOWAY, Nancy M. Planes de Cuidados en Enfermería Médico quirúrgica. Ed. Doyma. Madrid 1990. 505 p.p.

IGNATAVICIUS, Donna y Marilyn B. Varner. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. II. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1995. 2522 p.p.

KOZIER, Barbara y Glenora Erb, et. al. Fundamentos de Enfermería. Vol. I. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 5ª ed. México, 1999. 448 p.p.

LONG, Barbara y Wilma Phipps, et al. Un Enfoque del Proceso de Enfermería. Vol. II. Ed. Harcourt, 3ª ed. Madrid, 1998. 1714 p.p.

LUCKMANN, Joan. Saunders Cuidados de Enfermería. Vol. II. Ed. Mc Graw-Hill. México, 2000. 2005 p.p.

MARRINER, Tomey Ann y RAILE, Allgood Martha, et. al. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed. Harcourt Bracc, 4ª ed. Madrid, 1999. 555 p.p.

MONDRAGÓN, Castro Hector. Ginecología Básica Ilustrada. Ed. Trillas, 2ª ed. México, 1992. 560 p.p.

MOORE, Keith L, et. al. Embriología Clínica. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 6ª ed. México, 1999. 599 p.p.

MOSBY. Diccionario, Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Ed. Harcourt. 5ª ed. Madrid, 2000. 2026 p.p.

NETTINA, Sandra M. Enfermería Practica. Vol. I y II. Ed Mc Graw-Hill Interamericana, 6ª ed. México, 1999. 1504 p.p.

OLDS, Sally B y Marcia L. London, et. al. Enfermería Materno Infantil. Un concepto integral y familiar. Ed. Interamericana, 2ª ed. México, 1987. 1283 p.p.

PELLICER, Antonio y Carlos Simon, et. al. Cuadernos de medicina Reproductiva. Miomas. Vol. V. Ed. Medica Panamericana. Madrid, 1999. 252 p.p.

PHANEUF, Margot. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1999. 284 p.p.

REEDER, Sharon J. Enfermería Materno-Infantil. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 3ª ed. México, 1995. 1421 p.p.

RIOPELLE, Lise y GRONDIN, Louse, et. al. Cuidados de enfermería. Un Proceso Centrado en las Necesidades de la persona. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid, 1997. 352 p.p.

RODRÍGUEZ, Carranza Rodolfo. Vademécum Académico de Medicamentos. Ed. Interamericana McGraw-Hill, 2ª ed. México, 1995. 887 p.p.

ROSALES, Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería. Ed. El Manual Moderno. México, 1991. 463 p.p.

SCOTT, James y Philip Sala Di, et al. DANFORTH. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Ed. Mc Graw-Hill, 8ª ed. México, 1999. 1024 p.p.

TORTORA, Gerard J y Nicolas P. Anagnostakos. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harla, 6ª ed. México, 1993. 1206 p.p.

TUKER, Martín S y Mary M. Conobbio, et al. Normas del Cuidado del Paciente. Guía de Planificación de la Práctica Asistencial Conjunta. Ed. Harcourt Brace, 6ª ed. Madrid, 1997. 1147 p.p.

WESLEY, Ruby L. Teorías y Modelos de Enfermería. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2ª ed. México, 1997. 179 p.p.